

Marcel NUSS

DU RÊVE À LA RÉALITÉ

**Bilan de la mise en place de la loi
du 11 février 2005**

RAPPORT ETABLI A LA DEMANDE

DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DU SENAT

Juin 2007

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier pour leur participation active à l'élaboration de ce rapport, car sans leur contribution écrite et leurs éclairages, il n'aurait pas pu être aussi approfondi.

Merci donc à :

Dominique Rabaud, CHA et Etre et Avoir 31 (Coordination Handicap & Autonomie)

Vincent Assante, ANPIHM (Association nationale pour l'intégration des personnes handicapées moteurs)

Christian François, CHA et ANPIHM

Catherine Cousergue, GISH (Groupement pour l'insertion scolaire des enfants, adolescents et jeunes adultes handicapés) et FNASEPH (Fédération nationale des associations au service des élèves présentant un handicap)

Odile Morin, Handi-Social, CHA, Etre et Avoir 31 et CIAH 31 (Collectif inter-associatif handicaps 31)

Jean-Claude Cunin, AFM (Association française contre les myopathies)

Sophie Tual, directrice de la maison départementale des personnes handicapée 22 (MDPH 22)

Nathalie McCarthy, directrice de la maison départementale des personnes handicapée 67 (MDPH 67)

Arnaud de Broca, FNATH (Association des accidentés de la vie)

Michel Salines, APAJH (Association pour adultes et jeunes handicapés)

Comité d'entente : Jean-Claude Cunin (AFM), Patrice Tripoteau (APF), Laurence Godefroy (GHIP), Marie-Christine Philbert (NAFSEP)

L'ADF (Association des départements de France)

Et

Marie Girard, Marie-Christine Agon et Mireille Stickel pour leur aide précieuse.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION.....	9
TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	11
I. DÉFINITION DU HANDICAP.....	11
II. REPRÉSENTATION DES ASSOCIATIONS DE PERSONNES HANDICAPÉES	14
TITRE II - PRÉVENTION, RECHERCHE ET ACCÈS AUX SOINS.....	15
I. PRÉVENTION	15
A. SERVICES DE VEILLE	15
B. CONSULTATIONS DE PRÉVENTION.....	15
II. DÉLÉGATION DES GESTES DE SOINS	16
TITRE III - COMPENSATION ET RESSOURCES	17
I. COMPENSATION DES CONSÉQUENCES DU HANDICAP.....	17
A. LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP, VOLET AIDE HUMAINE	17
1. <i>La PCH aide humaine en mode prestataire</i>	17
a) Tarif horaire à 16,92 euros.....	17
b) Reste à charge du 1 ^{er} janvier 2006 au 31 mars 2007 en service prestataire	19
2. <i>La PCH aide humaine en mode gré à gré</i>	20
a) La revalorisation du tarif de 11,02 euros.....	20
b) Le solde de tout compte en cas de décès.....	23
c) Le paiement de la période de préavis en cas de licenciement.....	25
d) Le contrôle de l'utilisation de la PCH aide humaine en gré à gré.....	27
3. <i>Autres précisions</i>	29
a) Annualisation	29
b) ACTP.....	30
c) Déplafonnement.....	30
d) Convention collective.....	30
B. LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP, VOLET AIDES TECHNIQUES ET AMÉNAGEMENTS.....	31
C. L'ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU HOSPITALIER.....	32

D. L'ACCOMPAGNEMENT SEXUEL.....	34
II. RESSOURCES DES PERSONNES HANDICAPÉES.....	36
TITRE IV - ACCESSIBILITÉ.....	43
I. SCOLARITÉ, ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL	43
A. PRINCIPE D'INSCRIPTION À L'ÉCOLE.....	43
1. <i>Accueil de l'élève en situation de handicap à l'école ordinaire.....</i>	44
2. <i>Moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire.....</i>	45
B. ÉTABLISSEMENT DE RÉFÉRENCE	47
1. <i>Le référent scolarité.....</i>	48
2. <i>Une procédure complexe d'autorisations en cascades</i>	49
3. <i>L'équipe de suivi de la scolarisation et l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH</i>	49
C. PROJET PERSONNALISÉ DE SCOLARISATION ET ÉVALUATION.....	50
1. <i>Parcours scolaire des élèves en situation de handicap.....</i>	52
2. <i>L'aide humaine à l'école : auxiliaires de vie scolaire (AVS).....</i>	53
3. <i>L'enseignement à distance.....</i>	54
D. ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR.....	55
1. <i>Préliminaires</i>	55
2. <i>Constats.....</i>	55
a) <i>Les constats positifs.....</i>	55
b) <i>Les difficultés.....</i>	56
c) <i>Les poursuites d'études.....</i>	58
II. EMPLOI, TRAVAIL ADAPTÉ ET TRAVAIL PROTÉGÉ	59
A. PRÉLIMINAIRES.....	59
1. <i>L'emploi en entreprise ordinaire</i>	59
2. <i>L'emploi en entreprise adaptée</i>	61
3. <i>L'emploi protégé.....</i>	62
B. LES DIFFICULTÉS PERSISTANTES.....	64
1. <i>La retraite anticipée</i>	64
2. <i>La formation des personnes handicapées</i>	65
a) <i>Pour les demandeurs d'emploi travailleurs handicapés</i>	65
b) <i>Pour les salariés</i>	65
3. <i>La lourdeur du handicap</i>	65
4. <i>Les accords d'entreprise</i>	65
5. <i>Les entreprises adaptées.....</i>	66
6. <i>L'emploi dans la fonction publique.....</i>	66
III. CADRE BÂTI.....	67
A. REMARQUES COMMUNES À L'ENSEMBLE DES TYPES D'HABITAT	68
1. <i>Dans la loi du 11 février 2005.....</i>	69
a) <i>Construire pour son propre usage</i>	69
b) <i>Subvention et notion du gros œuvre.....</i>	69
2. <i>Dans les textes réglementaires</i>	70
a) <i>Espace de manœuvre de porte</i>	70
b) <i>Unité de vie.....</i>	71
c) <i>Escaliers « adaptés ».....</i>	72
d) <i>Chambres adaptées.....</i>	75
e) <i>Cabinet d'aisances.....</i>	76
f) <i>Accès aux balcons</i>	79

B. BÂTIMENTS D'HABITATION COLLECTIFS NEUFS	81
1. <i>Appartements situés en rez-de-chaussée et ceux desservis par ascenseur ou susceptibles de l'être.....</i>	81
2. <i>Les appartements « duplex ».....</i>	83
3. <i>Bâtiments d'habitation collectifs existants</i>	84
4. <i>Maisons individuelles neuves</i>	86
5. <i>Maisons individuelles de plain-pied.....</i>	86
6. <i>Maisons individuelles à étages.....</i>	87
7. <i>Maisons individuelles existantes.....</i>	89
a) <i>En ce qui concerne les maisons individuelles existantes privées.....</i>	89
b) <i>En ce qui concerne les maisons individuelles existantes gérées par les bailleurs sociaux ou assimilés</i>	89
 TITRE V - ACCUEIL ET INFORMATION DES PERSONNES HANDICAPÉES, ÉVALUATION DE LEURS BESOINS ET RECONNAISSANCE DE LEURS DROITS	93
I. LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE	93
II. LES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES.....	94
A. COMITÉ D'ENTENTE.....	94
B. AUTRES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LES MDPH.....	96
C. REMARQUES GÉNÉRALES	100
D. ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES	101
E. DIRECTEURS(TRICES) DE MDPH.....	102
F. CONCLUSION DE L'ENTREVUE AVEC DES MEMBRES DU COMITÉ D'ENTENTE	103
G. PROBLÈMES DU GUIDE BARÈME	104
H. POSITIONS DE LA FNATH SUR LES MDPH.....	105
III. LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL CONSULTATIF DES PERSONNES HANDICAPÉES	106
IV. LA COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE.....	107
 TITRE VI - LA POSITION DE QUELQUES DIRECTEURS DE MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES.....	109
I. LES RÉPONSES DES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES.....	109
A. MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES 22.....	109
B. MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES 67.....	124
II. LA POSITION DE L'ASSOCIATION DES DÉPARTEMENTS DE FRANCE	143
1. <i>Difficultés.....</i>	143
2. <i>Aspects positifs</i>	146
 CONCLUSION.....	153

INTRODUCTION

La loi du 11 février 2005 est une avancée indéniable en de nombreux points, même ses détracteurs le reconnaissent.

Elle a suscité énormément d'espoirs chez de « nombreuses personnes autrement capables », ainsi que nous définissent les Mauriciens, nous les personnes en situation de handicap, et a apporté un certain nombre de réponses à leurs besoins et à leurs attentes qui représentent un virage sans précédent en matière de politique du handicap. Et particulièrement en matière de compensation. A ce titre, nous semble-t-il, la prestation de compensation du handicap (PCH) restera une avancée majeure.

Néanmoins, après un an d'application, des lacunes et des carences sont apparues au fil des mois, aussi bien au niveau législatif qu'à celui de l'application de la loi dans les départements.

Mais qu'en est-il exactement ? C'est ce que nous allons nous efforcer de montrer, tout en proposant des pistes pour « rectifier le tir » et permettre à cette loi de tenir ses promesses, toutes ses promesses.

Pour ce faire, nous avons souhaité conserver la construction originelle de la loi et nous aborderons donc chaque titre et chapitre de façon aussi exhaustive que possible. Nous allons ainsi analyser chaque champ d'application par le biais du regard croisé de spécialistes de l'accompagnement à la personne et de responsables de maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) que nous avons sollicités par courriel - notons que seules deux directrices¹ de MDPH ont accepté de répondre à nos questions ! Pourquoi alors qu'elles et ils sont en première ligne et que les MDPH sont censées être indépendantes ? Nous aurions tendance à pointer une mainmise des conseils généraux sur les MDPH, ce qui semble aller dans le sens des craintes émises par les responsables associatifs que nous avons interrogés. Du reste, un directeur s'était engagé à répondre à nos questions à condition que ces réponses restent anonymes avant de se rétracter. Quoi qu'il en soit un tel constat, nous semble-t-il, devrait amener à poser clairement la question du rôle et de la place de chacun dans la politique du handicap, et particulièrement celle des conseils généraux par rapport aux MDPH, quitte à les remettre en question après trois ans de fonctionnement.

¹ Néanmoins, ce n'est pas sans l'aval du conseil général, du moins pour l'une d'entre elles.

En fait, quelle décentralisation voulons-nous et à quel prix, sachant qu'aujourd'hui une inégalité de traitement entre départements règne de façon inacceptable et injustifiable, au détriment des personnes en situation de handicap, évidemment.

De toute façon, si nos inquiétudes devaient se confirmer, nous irons vers une déviance de l'esprit de la loi, une appropriation de la politique du handicap, à cause des effets pervers d'une décentralisation mal négociée, par des conseils généraux dont le moins qu'on puisse dire est qu'un certain nombre d'entre eux est loin d'avoir intégré la culture du handicap à ce jour, et n'est pas prêt à lâcher une politique du handicap qu'il mène « en dépit de la loi », de façon hégémonique et autoritaire, allant à l'encontre de l'autonomie voire de la sécurité de la personne, loin d'une politique du handicap juste et humaine, encore moins innovante.

Ceci dit, en raison de l'ampleur et de la complexité du travail, nous avons demandé à plusieurs personnes, en fonction de leur domaine de compétence, d'assumer la rédaction de certaines parties du rapport pour rester au plus près des problèmes rencontrés sur le terrain, à tous les niveaux. Et pour faire des propositions aussi justes et concrètes que possible.

Précisons également qu'il ne s'agit ici aucunement de juger mais de constater et d'aller vers une plus grande cohérence dans les textes, ainsi que vers une application égalitaire de la loi sur tout le territoire.

TITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

I. DEFINITION DU HANDICAP

À propos de la définition du handicap, nous avons sollicité le point de vue de Jean-Claude Cunin, directeur du pôle Revendications à l'AFM.

Mais, avant de lui céder parole, nous aimerions préciser que, au-delà du fait que nous sommes en total accord avec lui, nous sommes enclin à penser que le fait d'avoir mis désormais la politique du handicap sous la tutelle du ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, en lieu et place du ministère de la santé, est une avancée positive qui permettra peut-être une évolution de la définition du handicap et, espérons-nous, est peut-être le signe d'un vrai changement de regard ? Du moins, le souhaitons-nous afin de sortir d'une logique des quotas qui est contraire à la notion d'autonomie, nous semble-t-il, mais également d'une participation tronquée, d'une autonomie assistée et d'une citoyenneté qui se cherche. Mais soyons clair : pour que cette autonomie et cette citoyenneté soient trouvées, il faudra entre autres que la politique d'ouverture prônée par le Président de la République n'oublie pas les personnes autrement capables, comme c'est le cas à l'heure où nous terminons ce rapport.

- **La définition du « handicap » en question**

La loi du 11 février 2005, certes, a doté notre société d'une définition du handicap. Son adoption a fait naître un large débat soutenu notamment par tous ceux, parlementaires, associations, professionnels, qui souhaitaient profiter de cette loi pour faire reconnaître la notion de situation de handicap en s'appuyant sur la classification internationale de l'OMS.

Nous rappellerons que les associations membres du Comité d'entente des associations représentatives de personnes handicapées et de parents de personnes handicapées avaient adopté, à l'unanimité, une proposition de définition qui avait ensuite été reprise et soutenue par le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH).

Nous en redonnons le texte complet :

*« Constitue une situation de handicap, l'interaction entre une altération substantielle, durable ou définitive, voire multiple et complexe d'un organe ou d'une fonction motrice, sensorielle, mentale, cognitive, psychique ou un trouble de santé d'une personne, et un environnement, qu'il soit facilitateur ou générateur d'obstacle lorsque cette interaction limite ses activités ou réduit sa participation à la vie sociale, **au regard du projet** formulé par la personne ou, à défaut, avec ou pour la personne lorsqu'elle ne peut exprimer son avis. »*

Le manque d'une définition ouverte de la situation de handicap s'est fait particulièrement sentir dans la mise en œuvre de la garantie de ressources. Le CNCPH en a fait état dans son rapport sur la question de l'évolution des ressources des personnes handicapées début 2007. L'évaluation de la capacité de travail a mis en péril l'application de la garantie de ressources. L'échec de la règle des moins de 5 % de capacité de travail édictée par les textes d'application de la loi du 11 février 2005 montre bien la nécessité de trouver une autre approche que l'évaluation strictement médicale et fonctionnelle de cette capacité ou incapacité.

Nous devons revenir aux discussions qui ont entouré la définition du « handicap », telle qu'elle figure dans la loi et à la référence aux concepts de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS (CIF).

Il est utile de revenir brièvement sur l'apport essentiel de la CIF dans l'analyse du processus de production d'une situation de handicap.

Dans sa classification, l'OMS pose comme point de départ un trouble de la santé auquel peut être confrontée toute personne : la maladie, l'anomalie génétique, l'accident, les effets du vieillissement.

Ce problème de santé va rejaillir sur l'organisme de la personne, des organes manquent, des fonctions ne sont plus réalisables.

Le problème de santé peut rejaillir aussi sur les activités de la personne. Elle ne pourra plus faire ce qu'elle veut, comme elle le souhaite ou comme la société dans laquelle elle vit attend qu'elle le fasse.

Les conséquences du problème de santé peuvent aussi agir sur sa participation sociale. Elle ne pourra plus jouer le rôle qu'elle voudrait jouer dans la société ou le rôle que la société attendrait qu'elle joue.

Mais cela ne se passe pas dans un monde de solitaires. Toute personne est confrontée à des facteurs environnementaux, au sens le plus large. Ces facteurs seront soit générateurs d'obstacles supplémentaires, soit facilitateurs.

Mais, élément particulièrement important, l'OMS nous dit que toutes les conséquences du problème de santé seront impactées par les facteurs personnels, le caractère de la personne, sa manière de réagir, qui feront qu'elle sera plus ou moins gênée dans sa vie quotidienne par le trouble de la santé.

Même si cela n'est pas formalisé de la sorte, la CIF nous montre alors que **l'interaction entre tous** ces facteurs va créer ou générer une situation de handicap. Un seul facteur ne peut être seul responsable de la production de la situation de handicap. Un seul de ces facteurs ne peut servir d'indicateur isolé pour qualifier et encore moins quantifier la situation de handicap.

- Cette approche se trouve confortée par **l'expérience et la réalité quotidienne**. Deux exemples en attestent aisément.

Le premier est celui d'une personne pour qui le niveau d'atteinte organique est particulièrement important, il en résulte sur le plan fonctionnel une tétraplégie avec des troubles respiratoires qui ont nécessité une trachéotomie. Au niveau des activités, de vie quotidienne ou de vie sociale, rien ne peut être réalisé sans une assistance technique et/ou humaine très importante qui existe et qui, tout à fait adaptée, compense parfaitement ses limitations. Par ailleurs, cette personne vit dans un environnement qui a limité au maximum les obstacles : architecture adaptée, transports accessibles... Mais surtout, ses facteurs personnels, caractère, volonté, capacité d'adaptation, niveau intellectuel, l'ont rendue tout à fait participante et opérationnelle : elle a pu faire des études, elle a un métier et elle travaille. (Nous pensons à quelques exemples de chercheur au CNRS, manager de PME, cadre associatif...).

Le second est celui d'une personne avec une atteinte fonctionnelle moindre, dont il résulte une hémiplégie (une « petite hémiplégie », dit-on souvent sans en mesurer réellement les conséquences). Les activités quotidiennes ou sociales sont tout à fait réalisables moyennant de petites adaptations ou de petites aides. Dans un environnement difficile, avec une situation d'isolement, si elle vit dans une zone peu desservie en matière de transports, cette personne supporte très difficilement les conséquences de son trouble de la santé. Comme souvent dans ce genre de situation, la proximité d'un état de validité physique est difficile à vivre. Elle génère des troubles psychologiques importants, un état dépressif quasi permanent, un manque d'appétence, un manque de « combativité ». Ces facteurs personnels ont rejailli sur ses études et sa formation. Un apprentissage peu performant a ouvert sur un métier très peu valorisé. Il n'y a pas de possibilité de travail à la clef.

Peut-on imaginer alors que seule l'analyse médicale de l'état fonctionnel conditionne la reconnaissance de la capacité à travailler ?

Malheureusement, nous sortons difficilement d'une ère de catégorisation des personnes, de barème, clefs de toutes les reconnaissances administratives et de toutes les ouvertures de droits.

Certes il n'est pas aisé d'y substituer une analyse plus globale et situationnelle pour approcher une évaluation réelle des besoins de la personne et une préconisation des réponses à mettre en œuvre au regard de sa situation individuelle et de son projet personnel.

N'est-ce pas le défi que se propose de relever la loi du 11 février 2005 ? Un défi déjà lancé dans la mise en œuvre du droit à compensation.

II. REPRESENTATION DES ASSOCIATIONS DE PERSONNES HANDICAPEES

En matière de représentation des associations de personnes handicapées, nous déplorons une trop grande absence des associations non gestionnaires (en général les plus petites et les moins nanties), aussi bien au niveau local que national.

On peut aussi constater que lorsque les petites associations sont représentées, elles le paient très cher, dans tous les sens du terme. En effet, siéger au CNCPH, par exemple, induit des frais de déplacement, voire d'hébergement, que les petites associations ne peuvent pas assumer n'ayant pas un fonds de trésorerie suffisant ; d'autant plus qu'il faut attendre au minimum un an et demi pour voir les frais remboursés par l'État, ce qui est inacceptable.

Par conséquent, quand mettra-t-on en place **une avance de frais pour ces petites associations** ? Sauf à vouloir les asphyxier financièrement, donc les pousser vers la porte de sortie ?

Prévoir une avance de frais est démocratiquement indispensable.

Propositions

- ▲ Il faut revoir la règle des moins de 5 % de capacité de travail ;
- ▲ Pour une meilleure compréhension de la personne et un meilleur accompagnement dans son besoin de compensation, il serait nécessaire de reconsidérer la définition du handicap ;
- ▲ Il faut donner davantage de place aux associations non gestionnaires et leur accorder également les moyens suffisants pour leur permettre de tenir leur rôle.

TITRE II

PREVENTION, RECHERCHE ET ACCES AUX SOINS

I. PREVENTION

A. SERVICES DE VEILLE

D'après Jean-Claude Cunin :

« La loi prévoit la mise en place, dans les départements, d'un service de veille pour les soins infirmiers. Aucun texte d'application n'a été vu au CNCPPH sur cette question et à notre connaissance aucun département ne l'a mis en œuvre. »

Par ailleurs, ajouterons-nous, aujourd'hui, une personne en situation de handicap qui embauche en emploi direct ou en mandataire est systématiquement en situation de précarité, voire en danger, lorsqu'elle est amenée à se séparer définitivement ou pour une certaine période d'un de ses accompagnants (pour raison de santé). En effet, face à la pénurie d'aidants compétents et/ou qualifiés, il est fréquent qu'un employeur en gré à gré ou en mandataire soit contraint de tourner avec une équipe réduite pendant des semaines, si ce n'est des mois, avec tout ce que cela entraîne de surcharge de travail pour les aidants restant et d'instabilité – il est important de remarquer que la convention collective du particulier employeur, qui régit les employés à domicile, n'est absolument pas adaptée aux compétences des aidants à domicile et aux besoins des personnes employeurs directes à domicile, pénalisant ainsi les premiers et mettant régulièrement les seconds en infraction avec le Code du travail.

B. CONSULTATIONS DE PREVENTION

Jean-Claude Cunin fera également remarquer :

« De même est prévue la possibilité de recourir, pour les personnes en situation de handicap, à des consultations spécifiques de prévention, dont la teneur et la périodicité devaient être précisées par arrêté du ministre de la santé. Là encore, aucun texte d'application ni aucune discussion n'ont été engagés. »

Propositions

- ▲ Il est urgent de mettre en place un service de veille pour les soins infirmiers ;
- ▲ Il est également urgent de mettre en place un service de remplacement des aidants, travaillant en mandataire ou au gré à gré, afin de pallier une absence prolongée de l'un d'entre eux pour maladie, démission inopinée ou licenciement ;
- ▲ Il est primordial d'engager une concertation autour des consultations spécifiques de prévention.

II. DELEGATION DES GESTES DE SOINS

La délégation des gestes de soins est une avancée majeure inscrite dans la loi du 11 février 2005. Malheureusement cette avancée, entre autres pour des raisons mercantiles, nous semble-t-il, reste à ce jour « en état d'hibernation ». Quand bien même son application est indispensable pour bon nombre de personnes en situation de dépendance vitale.

Il est primordial d'obtenir une effectivité de cette avancée, si nous voulons protéger les personnes autrement capables et leurs accompagnants. Si nous voulons offrir un cadre et un suivi clairs à une pratique toujours contrainte à s'exercer de façon illégale.

Pour ce faire, nous ne pouvons, pour notre part, qu'espérer que le nouvel Ordre des infirmières saura enfin écouter la raison et accepter un dialogue constructif et responsable.

Proposition

- ▲ Il est primordial de faire appliquer la délégation des gestes de soins, si nous voulons cesser de mettre des personnes en situation de handicap dans l'obligation de prendre des risques inconsidérés pour être pleinement autonomes et en sécurité - rappelons entre autres, qu'aucune infirmière ne viendra changer une canule à 23 heures ou à 1 heure du matin, nous avons déjà été confrontés à ce genre de difficultés.

TITRE III

COMPENSATION ET RESSOURCES

I. COMPENSATION DES CONS EQUENCES DU HANDICAP

A. LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP, VOLET AIDE HUMAINE

Nous citons Dominique Rabaud :

1. La PCH aide humaine en mode prestataire

a) Tarif horaire à 16,92 euros

On constate maintenant que les conseils généraux choisissent les associations qu'ils veulent bien conventionner :

- Des associations « copains politiques » (même non agréées par la Ddass) ;
- Refus total du secteur marchand, bien qu'il existe de très bons professionnels agréés ;
- Ignorant même les associations qui ont obtenu l'agrément qualité de la Ddass ;
- Et celles qu'ils conventionnent le sont à des prix exorbitants (22 euros, voire jusqu'à 27 euros).

Pour toutes les autres associations, ils appliquent tout bonnement le tarif de base à 16,92 euros qui est trop faible par rapport à la réalité des tarifs (raisonnablement entre 18 à 22 euros).

Nota : Pour une personne lourdement handicapée, nécessitant une présence de vingt-quatre heures par jour, 730 heures par mois, un euro d'écart représente un reste à charge de 730 euros par mois !

Aberration trouvée

La circulaire Cnav n° 2007-25 du 27 février 2007 a décidé de revaloriser le montant des participations horaires nationales de l'aide ménagère à domicile pour les heures effectuées à compter du 1^{er} janvier 2007.

Voici ce qu'elle dit :

Le Conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse, au cours de sa séance du 7 février 2007, a décidé d'augmenter de 0,21 euro les participations horaires nationales pour les heures d'aide ménagère à domicile effectuées à compter du 1^{er} janvier 2007 par les prestataires de services conventionnés avec les caisses régionales et générales.

Il est rappelé que ces participations horaires nationales prennent déjà en considération les incidences des indemnités kilométriques, de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) ainsi que la mise en œuvre de l'accord du 29 mars 2002 relatif aux emplois et aux rémunérations dans la branche professionnelle de l'aide à domicile.

Cette augmentation prend en compte les récentes mesures salariales du secteur de l'aide à domicile portant notamment sur une revalorisation du montant des indemnités kilométriques et sur un accord relatif à la modulation du temps de travail.

Les nouveaux montants applicables à compter du 1^{er} janvier 2007 sont en conséquence les suivants :

1) jours ouvrables : 17,16 euros

2) dimanches et jours fériés : 19,83 euros

Concernant l'Alsace-Moselle, les montants sont fixés respectivement à 17,39 euros (jours ouvrables) et 20,06 euros (dimanches et jours fériés).

Si on fait une moyenne sur 365 jours, dont 52 dimanches, 11 jours fériés et 302 jours ouvrables, cela donne un ***tarif horaire moyen à 17,62 euros (17,85 euros pour l'Alsace-Moselle).***

Donc :

• Déjà, 16,92 euros constitue un prix inférieur (car c'est un tarif moyen, incluant tout, y compris les majorations pour dimanches et jours fériés), à ce qui est **pourtant reconnu par la Cnav** pour les aides ménagères, qui plus est sur la base du **même accord de branche professionnelle de l'aide à domicile** ;

- Plus encore, cela veut dire que les auxiliaires de vie sont bien moins considérées que les aides ménagères auprès des personnes âgées (*sic* !);

- Nos services prestataires vont devoir recruter du personnel « au rabais », alors que nous avons besoin de personnels qualifiés, expérimentés et responsables, qui assument des gestes de soins.

Il faudrait qu'au moins le tarif de la PCH soit en conformité avec cette circulaire et ne continuent pas à être dangereusement au rabais !

Propositions

- ▲ Obtenir la revalorisation du 170 % à 180 %, ce qui donnerait un tarif de 17,91 euros, tarif à peu près acceptable par les services prestataires (en province) et un reste à charge limité ;

- ▲ Donner une instruction aux DDASS, afin qu'avec les fonds dont elles disposent, elles puissent étudier, au cas par cas, le reste à charge (maximum 10 %) au titre du fonds de compensation et selon les règles du taux de prise en charge (100 % et 80 % : règle inférieure ou supérieure à deux fois le montant de la MTP¹) en fonction des ressources de la personne handicapée (en ne tenant pas compte des ressources à exclure, comme pour la PCH).

b) Reste à charge du 1^{er} janvier 2006 au 31 mars 2007 en service prestataire

Pour les départements qui ont mis en place la PCH depuis janvier 2006 et le paiement à 14,43 euros, plusieurs scénarios se sont déroulés :

- Les personnes handicapées ont réduit le nombre d'heures décidées, pour pouvoir honorer leurs factures (c'est une très grande majorité), avec le risque de réduction du nombre d'heures ou de récupération des indus, lors du contrôle par le conseil général;

- Elles ont puisé sur leurs propres deniers pour payer la différence (peu de situations) ;

- Elles ont puisé sur la part dite de dédommagement de l'aidant familial, pour honorer la facturation de l'écart (finalement, beaucoup de situations) ;

- Enfin, dans quelques cas où la réduction des heures n'était pas possible, ne pouvant pas honorer les paiements, elles ont laissé des dettes auprès de leurs services.

La difficulté se renforce du fait du non-fonctionnement des fonds de compensation qui ne veulent pas financer le reste à charge des aides humaines, arguant

¹ Majoration pour tierce personne.

de la non-précision de la circulaire du 19 mai 2006, alors qu'il reste beaucoup d'argent de l'Etat provenant de l'alimentation de ce fonds de compensation.

Nota : Pour certaines situations, peu nombreuses certes, l'écart entre 14,43 et 18,19 euros correspond à des dettes mensuelles qui se sont élevées de 1 500 à 2 500 euros par mois, et ceci depuis quinze mois.

Propositions

▲ Diffuser d'une instruction claire, adressée aux Ddass, pour préciser la prise en charge des aides humaines et étudier au cas par cas les dettes de 2006 de chacune des situations en mode prestataire ;

▲ Déterminer le reste à charge (maximum 10 %) au titre du fonds de compensation et selon les règles du taux de prise en charge (100 % et 80 % : règle inférieure ou supérieure à deux fois le montant de la MTP), en fonction des ressources de la personne handicapée (en ne tenant pas compte des ressources à exclure comme pour la PCH) ;

▲ Ordonner de payer, sur les reliquats du fonds de compensation 2006, ces restes à charge.

2. La PCH aide humaine en mode gré à gré

a) La revalorisation du tarif de 11,02 euros

Le tarif horaire TTC de 11,02 euros (la règle du 130%) est un problème majeur pour le recrutement pérenne de personnels qualifiés.

Ce problème est particulièrement aigu pour les personnes en situation de dépendance vitale, qui ont besoin de trouver des auxiliaires expérimentées et/ou qualifiées et responsables (pour la délégation des gestes de soins, par exemple).

En effet, ce tarif de 11,02 euros TTC donne au maximum (depuis le 1^{er} juillet 2006) :

- En mode déclaration au forfait, un salaire net horaire de 7,97 euros incluant les 10 % de congés payés, soit 7,25 euros hors congés ;
- En mode déclaration au réel, un salaire net horaire de 7,68 euros, incluant les 10 % de congés payés, soit 6,98 euros hors congés.

AU FORFAIT

ANCIENNETE	Taux Horaire Brut	CP (10%)	Taux Brut CP	Salaires Horaire Net	Charges Salariés	Charges Patronales	Exo. In validité 80%	COUT TOUTES CHARGES
Mini (0 année) au 1 Décembre 2005 : 8,48 €	8,48 €	0,85 €	9,33 €	7,27 €	2,1101 €	3,7991 €	-2,8574 €	10,32 €
3 années d'ancienneté : 8,73 €	8,73 €	0,87 €	9,60 €	7,54 €	2,1101 €	3,7991 €	-2,8574 €	10,59 €
4 années d'ancienneté : 8,82 €	8,82 €	0,88 €	9,70 €	7,64 €	2,1101 €	3,7991 €	-2,8574 €	10,69 €
5 années d'ancienneté : 8,90 €	8,90 €	0,89 €	9,79 €	7,73 €	2,1101 €	3,7991 €	-2,8574 €	10,79 €
6 années d'ancienneté : 8,99 €	8,99 €	0,90 €	9,89 €	7,83 €	2,1101 €	3,7991 €	-2,8574 €	10,88 €
7 années d'ancienneté : 9,07 €	9,07 €	0,91 €	9,98 €	7,92 €	2,1101 €	3,7991 €	-2,8574 €	10,97 €
	9,12 €	0,91 €	10,03 €	7,97 €	2,1101 €	3,7991 €	-2,8574 €	11,02 €
8 années d'ancienneté : 9,16 €	9,16 €	0,92 €	10,08 €	8,02 €	2,1101 €	3,7991 €	-2,8574 €	11,07 €
9 années d'ancienneté : 9,24 €	9,24 €	0,92 €	10,16 €	8,10 €	2,1101 €	3,7991 €	-2,8574 €	11,15 €
10 années d'ancienneté : 9,33 €	9,33 €	0,93 €	10,26 €	8,20 €	2,1101 €	3,7991 €	-2,8574 €	11,25 €

AU REEL

ANCIENNETE	Taux Horaire Brut	CP (10%)	Taux Brut CP	Salaires Horaire Net	Charges Salariés	Charges Patronales	Exo. In validité 80%	COUT TOUTES CHARGES
Mini (0 année) au 1 Décembre 2005 : 8,48 €	8,48 €	0,85 €	9,33 €	7,25 €	2,1589 €	3,9282 €	-2,9545 €	10,38 €
3 années d'ancienneté : 8,73 €	8,73 €	0,87 €	9,60 €	7,45 €	2,2184 €	4,0364 €	-3,0359 €	10,67 €
4 années d'ancienneté : 8,82 €	8,82 €	0,88 €	9,70 €	7,54 €	2,2453 €	4,0849 €	-3,0725 €	10,80 €
5 années d'ancienneté : 8,90 €	8,90 €	0,89 €	9,79 €	7,61 €	2,2663 €	4,1231 €	-3,1011 €	10,90 €
6 années d'ancienneté : 8,99 €	8,99 €	0,90 €	9,89 €	7,68 €	2,2870 €	4,1609 €	-3,1296 €	11,00 €
7 années d'ancienneté : 9,07 €	9,07 €	0,91 €	9,98 €	7,75 €	2,3078 €	4,1987 €	-3,1581 €	11,10 €
8 années d'ancienneté : 9,16 €	9,16 €	0,92 €	10,08 €	7,81 €	2,3258 €	4,2315 €	-3,1825 €	11,18 €
9 années d'ancienneté : 9,24 €	9,24 €	0,92 €	10,16 €	7,87 €	2,3437 €	4,2639 €	-3,2070 €	11,27 €
10 années d'ancienneté : 9,33 €	9,33 €	0,93 €	10,26 €	7,95 €	2,3676 €	4,3071 €	-3,2395 €	11,39 €

De plus, ce tarif interdit aux employeurs de **majorer les dimanches et jours fériés ou de prendre en charge les frais annexes** (tels que : la part carte orange en Ile-de-France, les frais de médecine du travail obligatoire, etc.).

Les AMP (aide médico-psychologique), que nous pouvons trouver, ont vite fait le calcul : en travaillant dans des services prestataires appliquant l'accord de branche de l'aide à domicile, elles touchent pratiquement 8 euros net, plus les majorations des dimanches et jours fériés, plus les congés payés pour le même travail et les mêmes responsabilités. Or, les personnes lourdement handicapées exigent un accompagnement très qualifié que seuls des professionnels peuvent leur assurer, des professionnels dont on déplore de surcroît la pénurie énorme.

Nota : Si nous n'aboutissons pas sur une revalorisation raisonnable de la PCH, en mode gré à gré et mandataire, les personnes lourdement handicapées vont devoir se tourner vers les services prestataires, ce qui aura pour conséquence de faire exploser les budgets prévisionnels.

La solution raisonnable serait :

- Pour les personnes qui nécessitent à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante, due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne, la possibilité d'embaucher des accompagnants expérimentés, qualifiés ;

- De prendre la référence de dix ans d'ancienneté d'une assistante de vie pour personne dépendante de niveau 3, au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur ;
- Et de majorer le tarif de 5 %, pour les frais annexes (soit 135 %).

Proposition

▲ Dans l'arrêté du 28 décembre 2005, fixant les tarifs de l'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, à l'article premier, il pourrait être rajouté un deuxième alinéa au a), ainsi libellé : « *Toutefois, lorsque l'état de la personne nécessite à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne, en cas de recours à une aide à domicile employée directement, le tarif est égal à 135 % du salaire horaire brut avec dix ans d'ancienneté d'une assistante de vie pour personne dépendante de niveau 3, au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999.* »

Estimation du coût annuel d'un tel ajustement (les hypothèses prises sont hautes)

135 % de dix ans d'ancienneté = 12,59 euros ($9,33 \times 135 \%$), écart de 1,57 euro par heure (par rapport à 11,02 euros) ;

- sur une base estimative de 5 000 personnes en situation de dépendance vitale ;
- ce que nous constatons : en moyenne, 30 % sont en mode gré à gré, soit 1500 personnes (pour tous les autres, 1/3 sont en prestataire et 1/3 en dédommagement aidant familial) ;
- ce que nous constatons aussi : en moyenne, 9 heures 40 par jour de PCH sont allouées (soit 10 % de situation présence 24 heures, 20 % de présence 12 heures, 30 % de présence 8 heures, 40 % de présence 6 heures) ;
- pour 9 heures 40 par jour, sur 365 jours dans une année et pour 1 500 personnes, on obtient 5 256 000 heures totales annuelles ;
- et pour 1,57 euros d'écart, pour ces 5 256 000 heures, cela représente au maximum **8 245 613 euros** (soit 1,5 % du budget de la PCH).

Nota : Nous savons tous que nous sommes encore loin du chiffre estimé des 5 000 personnes en situation de dépendance vitale prises en charge au titre de la PCH aide humaine.

b) Le solde de tout compte en cas de décès

Lorsqu'une personne handicapée décède, si elle est l'employeur de ses auxiliaires, son décès entraîne *de facto* rupture du contrat (licenciement du personnel). Pour autant, les héritiers (le notaire) doivent respecter le Code du travail et la convention collective du particulier employeur pour le solde de tout compte, soit :

- Paiement de la période de préavis (une semaine pour moins de six mois d'ancienneté, un mois pour entre six mois et deux ans d'ancienneté et deux mois pour plus de deux ans d'ancienneté) ;
- Paiement du solde de congés payés ;
- Paiement de la prime de licenciement, correspondant à 1/10^e du salaire brut mensuel, et par années d'ancienneté au-delà des deux ans.

Le paiement de la PCH s'arrêtant le 31 du mois du décès, ces personnes (en fait les héritiers), se retrouvent avec de lourdes charges non honorées au titre de la PCH pour assumer les devoirs d'un employeur.

Nota : En cas d'hospitalisation de longue durée (au-delà des soixante jours), ainsi que pour le transfert en établissement, le même problème se pose.

Pourquoi nous, les personnes en situation de dépendance vitale, sommes-nous à confrontés ce problème crucial ?

- Tout d'abord, nous disposons de dispositifs antérieurs qui préfiguraient déjà le droit à la PCH : les forfaits grande dépendance de 2002, 2003, 2004, puis l'aide complémentaire en 2005, maintenant la PCH depuis 2006 et pour certains départements le déplaçonnement de l'ACTP ;
- De ce fait, dans de très nombreuses situations, les salariés ont plus de deux ans d'ancienneté, voire dix ans pour certains (la moyenne est de cinq ans) ;
- Du fait de la santé fragile découlant de certaines pathologies, une centaine de personnes décèdent chaque année, soit 2 % des situations (âgées de cinquante ans en moyenne),

A chaque décès, nous rencontrons ce problème de passif pour les héritiers. La situation la plus critique, rencontrée dans bon nombre beaucoup de cas, est celle subie par le conjoint survivant ou par les parents ou les enfants qui doivent assumer cette lourde charge financière (en moyenne plus de 10 000 euros, allant jusqu'à 27 000 euros pour les plus lourdes situations de présence 24 heures par jour constatées).

Nota : Ce sont les personnes en situation de dépendance vitale qui sont majoritairement en mode particulier employeur. Les autres situations, n'ayant que deux ou trois heures de PCH par jour (pour les actes essentiels), ne peuvent pas contracter directement avec les auxiliaires et gérer les plannings. Par conséquent, elles s'adressent à des services prestataires.

Combien coûte un solde de tout compte, sur la base d'hypothèses hautes que nous rencontrons ?

- En moyenne, les auxiliaires ont cinq ans d'ancienneté, soit deux mois de préavis et 5/10^e de prime de licenciement;

- Souvent, durant les six mois précédant son décès, la personne handicapée avait des problèmes de santé et, de ce fait, les auxiliaires sont très peu parties en congé. Par conséquent, le solde moyen de congés payés est de 20/22 jours, soit d'environ un mois ;

- Pour un équivalent temps plein (ETP) (40 heures par semaine, 174 heures par mois, 11,02 euros TTC, 8,48 euros brut), cela donne un coût salarial TTC de 1 917,48 euros, pour un salaire brut de 1 475,52 euros ;

- Donc, pour honorer le solde de tout compte, cela coûte par ETP :

✓ deux mois de préavis $\Rightarrow$ 3 834,96 euros ;

✓ Plus un mois de congés payés $\Rightarrow$ 1 917,48 euros ;

✓ Plus 5/10^e du salaire mensuel brut de prime de licenciement $\Rightarrow$ 737,76 euros

;

✓ Coût total moyen pour un ETP $\Rightarrow$ 6 490,20 euros.

- **Pour une situation de présence de vingt-quatre heures par jour, 4,2 ETP (730 h par mois) $\Rightarrow$ 27 258,84 euros ;**

- Une situation de douze heures de présence, c'est 2,1 ETP (365 heures par mois) $\Rightarrow$ 13 629,42 euros ;

- **Et, en moyenne, pour 9 heures 40 (voir paragraphe précédent), l'équivalence est de 1,68 ETP $\Rightarrow$ 10 903,54 euros.**

La solution raisonnable serait :

- Le traitement du solde de tout compte, après un décès, comme un caractère exceptionnel ;

- D'inclure au titre du quatrième élément de la PCH, cette charge exceptionnelle ;

- Et de modifier les montants maximums du quatrième élément, afin de pouvoir couvrir la prise en charge pour les plus lourdes situations (présence de vingt-quatre heures par jour).

Nota : Comme cela a été fait pour les surcoûts dus aux trajets, pour la PCH établissement ou hospitalisation.

Propositions

▲ Dans l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, à l'article premier, il pourrait être rajouté un tableau III.5 : « *III-5. Tarifs applicables aux charges exceptionnelles liées au règlement d'un solde de tout compte à la suite de la rupture de contrat de travail des aides humaines, en cas de décès, d'hospitalisation de longue durée ou de transfert en établissement.* » Et « *Tarif : 100 %, sur la base des tarifs du 1^{er} élément de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, du a) de l'article 1^{er} de l'arrêté du 28 décembre 2005, et dans la limite du montant maximum.* »

▲ Dans l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation, au 4^{ème} point, rajouter un c) : « *c) 27 000 euros pour les charges exceptionnelles liées au règlement d'un solde de tout compte à la suite de la rupture de contrat de travail des aides humaines, en cas de décès, d'hospitalisation de longue durée ou de transfert en établissement.* »

Estimation du coût annuel d'un tel ajustement (les hypothèses prises sont hautes)

- Nous constatons que se sont majoritairement les personnes en situation de dépendance vitale qui sont en mode gré à gré ;
- Sur une base estimative de 5 000 personnes en situation de dépendance vitale touchées ;
- Une **centaine de décès par an (2%)** ;
- 30 % sont en mode gré à gré, soit **trente personnes concernées** par an (les autres sont pour un tiers en prestataire et pour un tiers en dédommagement aidant familial) ;
- En moyenne, 9 heures 40 par jour de PCH sont allouées (répartition 10 % de présence 24 heures, 20 % de présence 12 heures, 30 % de présence 8 heures, 40 % de présence 6 heures), soit 1,68 ETP, **donc 10 903,54 euros** ;
- Coût annuel estimé de cette charge exceptionnelle : **327 106,08 euros**

c) Le paiement de la période de préavis en cas de licenciement

Nous rencontrons un autre problème, certes dans un très faible nombre de situations, sur la mise en place et la prise en charge de l'aide humaine à domicile : la mauvaise entente entre une personne accompagnée et un de ses aidants, pouvant aller

jusqu'à un début de maltraitance, de désorganisation dans l'équipe et le besoin de rupture précipitée de contrat.

En effet, lorsqu'il y a rupture de contrat dans ce type de contexte, il n'est bien évidemment pas possible de faire reconnaître une faute lourde (situation toujours déboutée devant les prud'hommes).

Cependant, l'employeur doit honorer la période de préavis, mais elle ne peut pas s'exécuter dans des conditions normales. Il doit donc mettre fin à la mission de l'aidant, lui payer sa période de préavis (pouvant être de une semaine, ou un mois, voire deux mois) et parallèlement réembaucher un autre aidant.

Ce surcoût ponctuel n'est pas pris en charge par la PCH.

Les hypothèses hautes rencontrées :

- Nous constatons que se sont majoritairement les personnes en situation de dépendance vitale qui sont en mode gré à gré ;
- Sur une base estimative de 5 000 personnes en situation de dépendance vitale ;
- 30 % sont en mode gré à gré, soit 1 500 personnes pouvant être concernées (les autres étant pour un tiers en prestataire et pour un tiers en dédommagement aidant familial), mais la situation de licenciement ne se présente que dans un cas sur dix au maximum, soit 150 personnes ;
- Ce problème se produisant en moyenne une fois tous les **deux à trois ans** ;
- Il a lieu soit dès les premiers mois (moins de six mois d'ancienneté, donc une semaine de préavis, peu onéreux), mais surtout entre les deux à trois ans d'ancienneté, phénomène humain d'usure entre aidé et aidant (donc deux mois de préavis et 2/10^{ème} ou 3/10^{ème} de prime de licenciement et quelques jours de solde de congés payés) ;
- Le coût moyen pour ce type de licenciement d'un ETP : deux mois de préavis TTC (3 834,96 euros), 3/10^{ème} de prime de licenciement (442,66 euros), et 200 à 300 euros pour le solde de congés payés, cela donne un coût total maximum de 4 500 euros, une fois tous les trois ans, et pour seulement 10 % des situations en gré à gré.

La solution raisonnable serait :

- Le traitement du paiement de ce solde de tout compte, à la suite d'une rupture de contrat, comme un caractère exceptionnel ;
- D'inclure au titre du quatrième élément de la PCH cette charge exceptionnelle ;

- Et de modifier les montants maximums du quatrième élément, afin de pouvoir couvrir la prise en charge, dans des limites raisonnables, sur une période de trois ans (selon les hypothèses décrites).

Propositions

▲ Dans l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, à l'article 1er, il pourrait être rajouté un tableau III.6 : « *III-6. Tarifs applicables aux charges exceptionnelles liées au règlement d'un solde de tout compte à la suite de la rupture de contrat de travail d'une aide humaine, en cas de mésentente et de risque de maltraitance ; tarif : 100 %, sur la base des tarifs du 1er élément de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, du a) de l'article 1er de l'arrêté du 28 décembre 2005, et dans la limite du montant maximum* » ;

▲ Dans l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation, au 4^{ème} point, rajouter un d) : « *d) 4 500 euros pour les charges exceptionnelles liées au règlement d'un solde de tout compte dû à une rupture de contrat de travail d'une aide humaine, en cas de mésentente, de risque de maltraitance et sur une période de trois ans.* »

Estimation du coût annuel moyen d'un tel ajustement (les hypothèses prises sont hautes)

- **150 personnes concernées au maximum** et globalement sur une période de deux à trois ans ;
- Coût maximum de **4 500 euros** ;
- Coût total estimé de cette charge exceptionnelle, sur trois ans : **675 000 euros** ;
- Soit coût annuel moyen de cette charge exceptionnelle : **225 000 euros**.

d) Paiement et contrôle de la PCH aide humaine, en gré à gré

Nous débattons depuis maintenant plus d'un an du problème d'imprécision des articles relatifs au paiement et contrôle de la prestation de compensation du handicap, volet aide humaine.

En effet, le décret 2005-1591 du 19 décembre 2005, les articles D.245-57 et D.245-58, ne donnent pas plus de précision sur les règles des contrôles : « *Article D.245-57 : le président du conseil général organise le contrôle de l'utilisation de la prestation à la compensation des charges pour lesquelles elle a été attribuée au bénéficiaire.* » Et « *Article D.245-58 : le président du conseil général peut à tout*

moment procéder ou faire procéder à un contrôle sur place ou sur pièces en vue de vérifier si les conditions d'attribution de la prestation de compensation sont ou restent réunies ou si le bénéficiaire de cette prestation a consacré cette prestation à la compensation des charges pour lesquelles elle lui a été attribuée. »

De nombreux départements ont opté pour :

- Un contrôle *a priori*, avec fourniture de toutes les pièces justificatives (salaires versés et cotisations Urssaf) ;
- Puis paiement *a posteriori* du montant exact de la PCH, sur la base de ces justificatifs mensuels.

Nous vous avons toujours indiqué que cette règle entraîne de gros problème d'avance de trésorerie, de délais de traitements administratifs (charges Urssaf trimestrielles).

Cette avance de trésorerie pouvant s'élever jusqu'à 24 000 euros : pour une situation de présence vingt-quatre heures, trois mois d'attente pour la déclaration trimestrielle de l'Urssaf et une quinzaine de jours en plus pour le paiement par la MDPH.

De plus, ces procédures engendrent de grosses tracasseries administratives, de suivi, pour les personnes elles-mêmes, mais aussi pour l'administration concernée.

En outre, cette règle ne permet pas la capitalisation des heures dites de vie sociale, qui peuvent être mutualisées sur une année.

Les heures non utilisées un mois sont perdues pour le mois suivant, ou pour le trimestre, voire l'ensemble de l'année.

Mais surtout, j'ai découvert qu'un département faisait encore mieux et preuve d'une plus grande mauvaise volonté (mais, il y en a probablement d'autres) :

- Une situation H24 correspond à 24 heures de présence par jour, multiplié par 365 jours dans une année et divisée par douze mois, soit 730 heures en moyenne par mois. Cela donne un montant de PCH moyen mensuel, en mode emploi direct, de 8 044,60 euros ;
- Ce département considère cette somme comme un mensuel maximum, et non pas une moyenne, et ne paie que sur justificatifs réels ;
- Pour les mois de trente et un jours, les personnes handicapées doivent payer elles-mêmes, sans compensation, 154,28 euros (sept fois par année) ;
- En revanche, pour les mois de trente jours, les MDPH conservent 110,20 euros de reliquat, et pour le mois de février 639,16 euros.

Sur une année, cela représente 1 079,96 euros de reste à charge pour les personnes, alors que la MDPH a conservé 1 079,96 euros de reliquat non reversé et non payé.

Il faut en finir avec ce problème et préciser la rédaction de l'article D. 245-58, afin que les contrôles s'effectuent *a posteriori* et que les versements puissent se lisser au moins sur un trimestre, voire sur une année.

Proposition

▲ Dans le décret n° 2005-1591 du 19 décembre 2005, relatif à la prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées, à l'article D. 245-58, il pourrait être ajouté dans un deuxième alinéa : *« Toutefois pour la vérification du respect des conditions d'attribution de l'élément lié aux aides humaines, du fait de délais de déclarations administratives, le contrôle ne peut s'effectuer qu'a posteriori du paiement, sous un délai et un cycle minimum d'un trimestre et sur une année pour les heures de vie sociale. »*

3. Autres précisions

a) Annualisation

En ce qui nous concerne, nous préconisons vivement une annualisation des versements de la PCH aide humaine, lorsque la personne est en gré à gré ou en mandataire. En effet, comme nous venons de le voir, cela aurait d'importants avantages.

Pour la personne :

- Une tranquillité d'esprit du fait d'une grande facilité de gestion, étant donné que la subvention mensualisée arrive rarement le même jour et que le paiement est différé au mois suivant (en gré à gré uniquement), si la personne est en déplacement à la fin du mois en cours ;
- Les bénéficiaires peuvent placer la subvention annuelle (un placement sans risque évidemment) et faire profiter leurs accompagnants de ce surplus ou s'en servir pour assumer la médecine du travail, voire une partie du préavis non travaillé.

Pour le conseil général :

- Une gestion administrative simplifiée du fait d'un versement unique, plus 10 % à la fin de l'année, après avoir reçu les justificatifs adéquats. D'autant plus que le

nombre de personnes fonctionnant en emploi direct est très faible par département, donc aisément contrôlable.

b) ACTP

Le fait que les aides ménagères ne soient pas prises en compte dans la PCH contraint les personnes handicapées n'ayant pas besoin d'un accompagnement important (environ six heures en moyenne par jour) à conserver l'ACTP, d'autant que celle-ci leur sert également d'appoint pécuniaire.

c) Déplafonnement

La circulaire du 23 mars 2007 ouvre la voie au déplafonnement de la PCH aide humaine lorsque cela s'avère nécessaire. Néanmoins, très peu de MDPH applique cette circulaire, à ce jour.

Pourtant, il est indispensable d'aller vers un déplafonnement des heures d'accompagnement faute de quoi certaines personnes sont mises en danger.

De plus, on constate que la participation à la vie sociale, les frais supplémentaires liés à une activité professionnelle ou à une fonction élective et les charges spécifiques ne sont que trop rarement accordées à ce jour, alors qu'elles permettent une forme de déplafonnement.

Du reste, par parenthèse, ce qui nous inquiète également, c'est d'entendre des élus réclamer, en faisant valoir que la PCH aide humaine destinée aux plus dépendants coûte aussi cher, si ce n'est plus cher qu'un placement en MAS, que ces personnes soient préférentiellement dirigées vers les institutions. Une telle dérive, au même titre que celle qui consistait l'année dernière à réclamer la récupération sur héritage de la PCH, ne peut qu'inquiéter les bénéficiaires de la PCH.

d) Convention collective

Il faut aussi noter un point crucial qui, jusqu'à présent, a toujours été ignoré ou évacué : celui de la convention collective régissant nos accompagnants.

En effet, la convention collective du particulier employeur n'est absolument pas adaptée à la réalité de ces travailleurs et de leurs employeurs. Et tant qu'une convention collective adaptée ne verra pas le jour, les employeurs handicapés (essentiellement ceux qui sont en gré à gré car, en mandataire, ils sont contraints de respecter la convention, quitte à perdre de l'autonomie et du confort) seront plus ou moins en infraction avec la convention collective du particulier employeur, donc risquent de se retrouver devant les prud'hommes pour des raisons mercantiles iniques.

Ainsi, il n'est pas concevable de continuer à ne pas revaloriser les dimanches et jours fériés de 25 %, lorsqu'on connaît la pénibilité et les compétences nécessaires pour ce type de travail. Pas plus qu'il n'est concevable d'être limité à 174 heures par mois, alors qu'un accompagnement de 24 heures par jour, assumé par quatre

accompagnants à temps plein, nécessiterait 182,5 heures de présence en moyenne annuelle, et non 174. Que fait-on avec les $8,5 \text{ heures} \times 4 = 34$ heures qui manquent par mois ? Faut-il les payer en heures supplémentaires, les ignorer ou laisser la personne seule durant 634 heures ?

Tout comme il est inconcevable de réduire des accompagnants hautement qualifiés à la classification prescrite par la convention collective du particulier employeur.

Et ce ne sont que quelques-uns des problèmes posés par le conventionnement actuel...

Propositions

- ▲ Il est nécessaire d'aller vers une annualisation du versement de la PCH aide humaine, lorsque celle-ci est versée en mode mandataire ou en gré à gré ;
- ▲ Il faut introduire l'aide ménagère dans la PCH ;
- ▲ Il faut inciter les MDPH à dé plafonner lorsque nécessaire ;
- ▲ Il faut impérativement une convention collective adaptée aux compétences et aux contingences de l'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap.

B. LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP, VOLET AIDES TECHNIQUES ET AMENAGEMENTS

Le constat, comme nous le verrons également dans le chapitre consacré aux MDPH, est que ces deux PCH n'ont pas encore « été intégrées » par les équipes d'évaluation et, par conséquent, par les MDPH.

Il s'agit encore une fois de sensibilisation, d'information, de formation et de culture partagée.

De plus, l'arrêté du 28 décembre 2005 a oublié d'intégrer dans sa nomenclature la prise en charge d'un ordinateur, d'une synthèse vocale (pour la dictée), une chaise de douche, des alèses (« *Ce ne sont pas les protections absorbantes pour incontinent* », a-t-il été rétorqué par un directeur de MDPH), etc.

Pourtant, l'arrêté a prévu l'option « Autres », avec une règle sur le montant attribué. Mais les MDPH l'ignorent totalement.

Propositions

▲ Il faut inciter les MDPH à intégrer dans leur vision de la PCH les aides techniques et des aménagements ;

▲ Il faut inciter les MDPH à prendre en charge des matériels et non pris en compte précisément dans la nomenclature de l'arrêté du 28 décembre 2005.

C. L'ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU HOSPITALIER

Bien que la loi du 11 février 2005 ait intégré la délégation des gestes de soins, elle a malheureusement omis le problème de l'accompagnement en milieu hospitalier. Pourtant, et l'expérience nous conforte largement dans ce sens, les deux avancées sont complémentaires et indispensables.

En effet, l'accompagnement en milieu hospitalier a de nombreux avantages :

- Il offre un confort, une sécurité et un mieux-être à la personne autrement capable hospitalisée qui sont inestimables ;

- Il soulage le personnel hospitalier qui peut se reposer sur les accompagnants professionnels ou les aidants familiaux en ce qui concerne les gestes relevant exclusivement d'un accompagnement à la personne - la toilette, la sustentation, la manipulation, etc. - et parfaitement maîtrisés par ceux-ci ;

- Il permet d'éviter le chômage technique ou, pire encore, le licenciement des accompagnants, ces derniers continuant leur travail durant l'hospitalisation de leur employeur. Néanmoins, il y a un hiatus à ce jour : l'article D. 245-74 du Code de l'action sociale et des familles qui instaure **la suspension de la PCH après soixante jours maximum d'hospitalisation**. En effet, ce décret est un non-sens dans la mesure où il ignore totalement la réalité du terrain – comment pourrait-il en être autrement puisqu'il a été conçu sans concertation avec les intéressés et sans tenir compte de leurs avertissements réitérés ? Négligeant ainsi le fait qu'une personne en situation de dépendance vitale peut être hospitalisée plus de deux mois, mais que ce n'est pas pour autant qu'elle n'aura plus besoin de ses accompagnants à ses côtés, bien au contraire. Et, plus grave, l'obliger à licencier au bout de soixante jours maximum, c'est la mettre dans une grande situation de précarité, voire en danger, lorsqu'elle quittera l'hôpital (peut-être huit ou quinze jours après la suspension de la PCH !) et sera bien en peine de constituer une nouvelle équipe d'accompagnants au pied levé ; à moins de préférer prolonger son hospitalisation le temps qu'elle retrouve des accompagnants et, bien sûr, qu'elle les forme... De ce fait, nous préconisons davantage de souplesse dans ce décret.

Quant à Jean-Claude Cunin, il nous fera remarquer que :

« La bonne compréhension de la nécessité de poursuivre un accompagnement de la personne en situation de handicap et tout particulièrement des personnes en situation de dépendance vitale lorsqu'elles sont hospitalisées, passe par un retour sur la définition du droit à compensation et en particulier de sa déclinaison dans la prestation de compensation du handicap (PCH).

Le droit à compensation prévoit la mise en œuvre de tous les moyens nécessaires à la compensation de la situation de handicap de la personne au regard de son projet de vie.

La PCH distingue bien l'ensemble des actes essentiels de la vie quotidienne, auxquels elle ajoute tous les actes liés à la sécurité de la personne. Dans son rapport sur la culture partagée, le CNCPPH, en adoptant le concept de dépendance vitale, a constaté que pour les personnes concernées tout acte de la vie quotidienne, toute réalisation de désir ou de projet, rendait l'aide d'un tiers absolument vitale.

Cette situation ne change pas lorsque la personne est hospitalisée. Les actes essentiels et les actes de soins restent bien distincts, le personnel nécessaire pour les mettre en œuvre ne peut être confondu. La compensation existe à domicile, pourquoi n'existe-t-elle plus à l'hôpital ? Dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux de prise en charge au long cours, cette double présence est reconnue et financée, puisque l'on parle même de double tarification, soins et vie quotidienne. Il n'y a pas lieu de créer une exception et de l'oublier lorsque la personne est hospitalisée. L'hôpital est tarifé sur les soins et sur la partie « hôtellerie », la partie compensation des incapacités par les aides humaines n'est pas dans cette tarification. Il n'est donc pas illogique de laisser alors en place la PCH aide humaine pour l'accompagnement quotidien et la sécurité de la personne. »

Notons enfin, pour notre part, que les AP-HP ont parfaitement compris l'importance que revêt l'accompagnement en milieu hospitalier, puisqu'ils vont signer un protocole d'accord avec la Coordination Handicap & Autonomie [CHA] le 21 septembre 2007, engageant les deux partenaires dans une expérience en Île-de-France prévue sur cinq ans, une expérience ayant pour but d'accompagner tous les protagonistes de l'accompagnement en milieu hospitalier – personnel hospitalier, famille et/ou accompagnants professionnels –, leur information et leur formation, si nécessaire.

Il nous paraît donc primordial que les législateurs prennent également en compte ce progrès social en lui offrant un cadre légal, afin de permettre une extension à tout le territoire de l'accompagnement en milieu hospitalier, au plus vite.

Propositions

▲ L'article L. 245-11 de la loi 11 février 2005 dispose : « Les personnes handicapées hébergées ou accompagnées dans un établissement social ou médico-social ou hospitalisées dans un établissement de santé ont droit à la prestation de compensation. Un décret fixe les conditions de son attribution et précise, le cas échéant, en fonction de la situation de l'intéressé, la réduction

qui peut lui être appliquée pendant la durée de l'hospitalisation, de l'accompagnement ou de l'hébergement, ou les modalités de sa suspension. »

On peut donc se demander pourquoi le décret du 7 février 2007, et les deux arrêtés afférents du 19 février 2007, viennent contredire la loi, au mépris même de l'esprit de celle-ci, et au risque de mettre ainsi les personnes handicapées en danger ? Il est d'autant plus urgent de rétablir la volonté du législateur, nous semble-t-il.

D. L'ACCOMPAGNEMENT SEXUEL

Le législateur n'avait pas intégré dans la loi 11 février 2005 la problématique de l'accompagnement sexuel -ou érotique. Pourtant, cet accompagnement très spécifique a été mis en place dans plusieurs pays européens - Pays-Bas, Allemagne, Suisse, etc. -, parfois depuis vingt-cinq ans (Pays-Bas).

En France, jusqu'à présent, on s'est contenté d'ergoter sur le sujet, si l'on ose dire, pour mieux l'éviter, nous semble-t-il. Alors que l'attente est très réelle et prégnante chez les personnes en situation de dépendance physique, mais aussi déficientes mentales, et même chez des personnes âgées... De plus, la loi du 11 février 2005 a clairement institué, entre autres, l'égalité des droits et la citoyenneté et, par extension, le droit à l'autonomie. Or, comment envisager une citoyenneté pleine et entière si nous continuons à ignorer la sexualité de ces « citoyens » particuliers ? Comment peut-on prétendre à une autonomie pleine et entière, si le droit de soulager ses pulsions sexuelles n'est pas reconnu ? Par conséquent, nous devons mettre en place l'accompagnement sexuel, comme nos voisins européens, en nous inspirant de ce qu'ils ont fait et en l'adaptant à notre culture.

Propositions

▲ D'après l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles : « *La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. **Cette compensation consiste à répondre à ses besoins**, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein **exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement** ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, **des aides de toute nature à la personne** ou aux institutions **pour vivre en milieu ordinaire** ou adapté, ou encore en matière d'accès aux procédures et aux institutions spécifiques au handicap ou aux moyens et prestations accompagnant la mise en œuvre de la protection juridique régie par le titre XI du livre I^{er} du code civil. Ces réponses adaptées prennent en compte l'accueil et l'accompagnement nécessaires aux personnes handicapées qui ne peuvent exprimer seules leurs besoins.* »

Par conséquent, il suffirait d'ajouter dans le décret 2005-1591 du 19 décembre 2005 à l'annexe 2-5, à l'énumération des différents actes essentiels : «... actes liés à l'entretien personnel, actes liés aux déplacements, actes liés à la participation à la vie sociale, *actes liés à la vie intime*. »

▲ D'après Mme Caroline Gelly¹ : une solution, en matière légale, serait d'amender les lois pénales en vigueur en introduisant une exception pour les personnes handicapées. Bien qu'elle soit la solution la plus satisfaisante, elle n'est toutefois pas la plus simple et surtout pas la plus rapide. En outre, une telle démarche exigerait de résoudre un certain nombre de questions morales qui interviendraient inévitablement au cours des débats.

▲ L'article L. 225-6 du Code pénal dispose qu'est assimilé au proxénétisme et puni des peines prévues par l'article L. 225-5 le fait, par quiconque, de quelque manière que ce soit, de faire office d'intermédiaire entre deux personnes dont l'une se livre à la prostitution et l'autre exploite ou rémunère la prostitution d'autrui. La seconde solution serait donc, d'une part, de remplacer le « ou » en « et », d'autre part, de faire peser la rémunération de la prostituée sur un tiers et non sur la personne handicapée. Ainsi, la personne handicapée serait distincte de celle qui « *rémunère la prostitution d'autrui* ». Par conséquent, dans la mise en œuvre de l'accompagnement érotique, il manquerait inévitablement une condition pour que l'intermédiaire entre dans le champ d'application des sanctions pénales de l'article L 225-6 du code pénal et serait ainsi protégé.

¹ Nous extrayons ces deux propositions faites par Mme Caroline Gelly, avocate à Handicap international, d'un article qu'elle a fait pour le livre « *L'accompagnement sexuel : un enjeu pour la France* », à paraître chez Dunod en 2008.

II. RESSOURCES DES PERSONNES HANDICAPEES

Nous remarquons, comme nos interlocuteurs ci-dessous, que le législateur a fait une grande erreur en n'introduisant pas une réforme approfondie des ressources dans la loi du 11 février 2005.

Ce faisant, il a créé ce que nous appelons une « dichotomie schizophrénique ». En effet, involontairement, il a de ce fait octroyé aux personnes en situation de handicap une autonomie... assistée et non une autonomie. Car, en l'état, l'autonomie proposée par la PCH est en contradiction avec une AAH qui n'est pas en adéquation avec cette autonomie, car elle est insuffisante pour pouvoir prétendre jouir pleinement de l'autonomie physique obtenue par ailleurs. De plus, elle n'est pas en conformité avec l'esprit de la loi qui prône le droit au libre choix, à la participation et à la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Car comment y prétendre alors qu'on n'en a pas les moyens ?

Pourtant le législateur avait montré la voie en introduisant dans la loi l'article L. 245-12 qui précise : *« La personne handicapée remplissant des conditions fixées par décret (R. 245-7 et D. 245-8) peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, y compris son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité, dans des conditions fixées par décret. »*

Or, le paradoxe de cette avancée est qu'elle crée une inégalité de fait.

En effet, seules environ 5 % à 10 % maximum des personnes autrement capables peuvent bénéficier de cette dérogation. Pour toutes les autres, l'AAH continue à être indexée sur les revenus du conjoint¹.

Quoi qu'il en soit, cet article a largement fait ses preuves pour toutes celles et tous ceux qui ont pu en bénéficier depuis 2005². En fait, la non-prise en compte des revenus du conjoint, lorsque ceux-ci proviennent de la PCH, a démontré la pertinence d'une telle mesure en laissant sa part d'autonomie financière au conjoint handicapé accompagné, tout en provoquant une inégalité de traitement. Une inégalité qu'il est urgent de corriger.

Nous sommes convaincus qu'il faut envisager un revenu minimum d'existence cumulable et imposable. Ou, peut-être, un revenu de solidarité active, comme le prône le haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, Martin Hirsch. En effet, nous sommes persuadés que la réforme de l'AAH passe forcément par une réforme des minima sociaux.

¹ On peut remarquer que, entre 1999 et 2006, l'écart est monté progressivement entre le Smic et l'AAH jusqu'à atteindre 13,90 % !

² Très peu en fait, puisque la Cnaf n'a toujours pas intégré cette nouvelle donne dans ses logiciels, deux ans après !

Avis de la commission 3 du CNCPH à propos des ressources

Dans ce rapport, on peut lire¹ :

« Constats

[...]

En fonction de la cause du handicap, de son importance, de son origine mais aussi de la situation de fortune ou de famille, de sa situation professionnelle passée ou présente et future, la personne en situation de handicap ressort de tel ou tel dispositif (allocation aux adultes handicapés, GRPH, pension d'invalidité, minimum invalidité) et même de plusieurs à la fois (pension d'invalidité à laquelle s'ajoute un minimum invalidité, allocation aux adultes handicapés différentielle).

Or, ces dispositifs répondent, tous, à des conditions de ressources différentes (revenu fiscal net catégoriel pour l'AAH, ensemble des revenus pour le minimum invalidité).

Tous ces dispositifs reposent sur une entrée « médicalisée » qui n'est pas appréciée de la même façon selon les régimes juridiques applicables (guide barème de 1993 et système de taux d'incapacité pour l'allocation aux adultes handicapés, absence de barème d'évaluation pour l'invalidité).

Chaque dispositif est gouverné par ses propres règles sur le plan socio-fiscal.

[...]

La création d'une garantie de ressources, dont les conditions draconiennes d'attribution limitent considérablement son champ d'application, a eu pour effet d'accentuer encore les différences de traitements avec le sort d'autres personnes handicapées relevant du régime de l'invalidité.

Les conditions d'incitation à la reprise d'un travail demeurent encore bien trop faibles pour que l'AAH ne continue pas à être dissuasive à l'emploi.

[...]

Les réformes sur les retraites adoptées ces dernières années - notamment le calcul de la durée d'assurance - ont mis en place « une trappe à pauvreté » pour les personnes handicapées admises à un avantage vieillesse. En effet, on observe une diminution des revenus qui est liée au calcul de la pension d'invalidité qui se base sur les salaires soumis à cotisation des dix années les plus avantageuses. Or la pension vieillesse est calculée sur la base des vingt-cinq meilleures années.

[...]

¹ Extraits du rapport intitulé : « Pour la garantie d'un revenu d'existence pour les personnes en situation de handicap ».

En effet, le niveau de vie des bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé ne cesse de se dégrader malgré la création du complément de ressources.

[...]

Par ailleurs, la détermination de l'incapacité de travail qui s'appuie uniquement sur des critères médicaux ne prenant en compte comme élément de constitution de la situation de handicap que les aspects fonctionnels est inadaptée. L'incapacité de travail se fonde tout autant sur des éléments environnementaux, humains, physiques et techniques, sur les facteurs personnels qui doivent être intégrés dans une analyse situationnelle et non plus strictement médicale.

De la même manière, le critère fondé sur l'absence d'activité à caractère professionnel pendant une durée d'un an pour les bénéficiaires de l'AAH ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 % entraîne un durcissement des conditions d'accès qui avait été dénoncé.

Enfin la prise en compte des ressources des conjoints et de l'ensemble des personnes vivant au foyer ne permet pas aux personnes d'accéder à un revenu d'existence décent, et maintient les personnes en situation de handicap dans une dépendance financière à l'égard de ces personnes.

Les pensionnés d'invalidité de la sécurité sociale, qui relèvent d'un système contributif, qui perçoivent un montant inférieur à la garantie de ressources (allocation adulte handicapé et complément de ressources soit 800,58 euros) sont dans une situation moins favorable que les bénéficiaires de l'AAH.

Ils ne peuvent pas accéder aux compléments de ressources malgré la mesure introduite par la loi de finances 2007. En effet, la modification ne permet qu'aux seuls bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité invalidité (qui ne représentent qu'un faible pourcentage des pensionnés d'invalidité) de bénéficier au complément de ressources. Sous réserve par ailleurs de remplir les conditions d'accès au complément de ressources.

Cette situation perdure en raison de la prise en compte de la situation financière des personnes en situation de handicap dans le cadre des minima sociaux. Or il convient de prendre en compte la dimension particulière inhérente à la situation des personnes qui ont une absence ou une perte de la capacité de gain en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

[...]

Afin de permettre une amélioration des conditions d'existence des personnes en situation de handicap ce revenu d'existence doit être égal au Smic brut, soit 1 254 euros, et soumises aux cotisations et à la fiscalité de droit commun. Lorsque la personne handicapée dispose de revenus de remplacement supérieurs au montant du revenu d'existence précité, il convient de prévoir une revalorisation en fonction de l'évolution générale des salaires, et non pas en fonction de l'évolution des prix, afin de préserver leur pouvoir d'achat.

[...]

Il s'agit de mettre en place un revenu d'existence unique soumis à des conditions d'attribution identiques - y compris sur le plan des ressources - qui serait versé dès la constatation de l'impossibilité temporaire ou définitive de se procurer un revenu par une activité professionnelle, nonobstant le respect des obligations des employeurs vis-à-vis des personnes handicapées.

S'agissant d'un revenu d'existence qui serait versé dès la constatation de l'impossibilité temporaire ou définitive de se procurer un revenu par une activité professionnelle, la logique d'entrée par la référence à un taux d'incapacité - qui ne reflète aucune réalité - n'a plus de justification. C'est au contraire le critère de l'employabilité qui doit être central mais dans une appréciation portée à un niveau très fin incluant des éléments endogènes - incapacité et déficience, âge, formation scolaire et professionnelle, parcours professionnels - et exogènes - marché local du bassin d'emploi, environnement et transports accessibles - à la personne.

[...]

Les personnes en situation de handicap en établissement d'hébergement pour adultes disposent après acquittement d'une participation aux frais d'hébergement, d'un minimum de ressources égal à 30 % de l'allocation adulte handicapé, dont le montant actuel à taux plein est de 621,27 euros, soit un minimum de 186 euros ou de 10 % de leurs ressources.

[...]

Il est possible d'envisager ce minimum de ressources par référence aux budgets-types de l'Unaf de décembre 2006 dont l'objet est d'évaluer le montant des dépenses de subsistance pour des familles de référence. Ces budgets déterminent « le niveau de dépense estimé nécessaire pour qu'une famille vive sans privation ». Ils fixent un minimum décent pour une personne d'environ 1 101 euros par mois dont environ 426 euros pour les frais de transport¹, de culture, et d'habillement.

[...]

Les dispositions adoptées en faveur du cumul minima social et revenu d'activité dans le cadre du contrat d'avenir et contrat d'insertion-revenu minimum d'activité (CI-RMA) entraînent une baisse des revenus perçus par les personnes.

Le dispositif prévoit que lorsqu'un contrat d'avenir ou un CI-RMA est signé par une personne handicapée, en sa qualité de bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé, les rémunérations perçues au titre de l'un de ces contrats ne sont pas prises en compte pour le calcul de l'allocation adulte handicapé. En revanche, le montant de l'allocation adulte handicapé auquel peut prétendre l'allocataire est diminué du montant de l'aide accordée à l'employeur au titre du contrat. Il en résulte donc un effet désincitatif dès lors que le nombre d'heures travaillées ne permet pas de

¹ En effet, les frais de transports sont pris en compte dans les besoins d'existence puisque la prestation de compensation n'est affectée qu'aux surcoûts liés au handicap et non aux frais de transport eux-mêmes.

compenser la diminution de l'allocation adulte handicapé en raison de l'état de santé ou du handicap.

[...]

Le dispositif d'assurance vieillesse ne tient pas compte de la situation spécifique des personnes en situation de handicap. A l'âge de soixante ans, les ressources des personnes en situation de handicap bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé ou de la pension d'invalidité diminuent considérablement lorsqu'elles basculent dans le régime vieillesse.

[...]

Pour les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé et les pensionnés d'invalidité les règles applicables pour le bénéfice de la retraite ne sont pas très favorables tant au regard des ressources prises en compte que des règles de récupération des avantages non contributifs versés en complément de la pension de base.

Des disparités apparaissent encore selon les régimes applicables. Ainsi le bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé ayant un taux d'incapacité reconnu à 80 % pourra obtenir le maintien du versement de son allocation adulte handicapé en complément de son avantage vieillesse, tandis que le bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % verra son droit ouvert à cette allocation définitivement éteint à soixante ans.

[...]

Les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé ou de l'allocation supplémentaire du FSI sont exonérés de la taxe foncière alors que les personnes qui perçoivent uniquement la pension d'invalidité (sans le FSI) ne sont pas exonérées.

Les pensions d'invalidité servies au titre d'un régime de sécurité sociale sont imposables alors que l'allocation adulte handicapé ne l'est pas. »

Quant à Arnaud de Broca, il nous dira :

« Mais le sujet qui suscite chez nous le plus de remontées et de mécontentements concerne l'allocation aux adultes handicapés, et plus encore le complément de ressources. Deux conditions suscitent une forte incompréhension : celle concernant l'exigence d'un logement indépendant et celle concernant la capacité de travail inférieure à 5 %. Nous avons récemment reçu un cas dans lequel le versement du complément de ressources a été refusé au motif que le logement appartient à ses parents et qu'il est situé dans le même immeuble. Pourtant, ce logement est séparé et indépendant : il est même situé à un étage et une entrée différents. Mais effectivement pour cet appartement, il ne paye pas de loyer.

L'application très hétérogène de la condition relative à la capacité de travail conduit la Fnath à intenter de nombreux recours devant les TCI qui, dans de nombreuses situations, nous donnent raison. Nous en profitons pour souligner la

nécessité d'engager une véritable réforme des juridictions de l'incapacité, dont le délai de traitement des dossiers avoisine régulièrement les trois ans. Ces conditions compromettent une mise en application complète de la loi de 2005. »

Propositions

▲ Garantir un revenu personnel d'existence égal au Smic brut pour les personnes ayant une perte ou absence de capacité de gain lié à leur état de santé ou à leur situation de handicap et revalorisé dans les mêmes conditions. Prévoir une revalorisation en fonction de l'évolution générale des salaires lorsque la personne handicapée dispose de revenus de remplacement supérieurs au montant du revenu d'existence ;

▲ Porter le minimum de ressources laissé à disposition des personnes en situation de handicap hébergées ou accueillies en établissement pour faire face à ses besoins propres à 30 % du revenu d'existence égal au Smic brut ;

▲ Garantir un revenu d'existence au moins égal au Smic brut par un dispositif permettant un meilleur cumul entre les revenus professionnels et les prestations ;

▲ Assurer le maintien du niveau de ressources lors du passage à la retraite ;

▲ Supprimer les disparités des régimes de ressources des personnes par la garantie d'un revenu d'existence égal au Smic brut fiscalisé et soumis à des cotisations dans les mêmes conditions que le salarié percevant le Smic.

TITRE IV

ACCESSIBILITE

I. SCOLARITE, ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL

En matière d'enseignement et de scolarité, nous remercions Mme Cousergue et M. Salines pour leurs contributions éclairées et complémentaires.

En ce qui concerne Mme Cousergue, les constats et les propositions sont les suivants :

A. PRINCIPE D'INSCRIPTION A L'ECOLE

Article 19 de la loi n° 2005-102, § III. : « *Art. L. 112-1. du code de l'éducation - [...] « Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence. « Art. L. 112-1. : « En fonction des résultats de l'évaluation, il est proposé à chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire. »*

Constats

Le principe d'inscription à l'école constitue une avancée. Mais il reste théorique : la **possibilité d'inscription inactive** créée par les textes d'application réduit ce principe à un point tel qu'elle le rend presque caduque.

Dans de très nombreux cas, l'école n'accueille l'élève en situation de handicap qu'une ou deux demi-journées par semaine (voire moins) : comment un élève en situation de handicap scolarisé en maternelle peut-il se familiariser avec la classe, y trouver ses repères, en connaître les règles de fonctionnement avec un rythme si ponctuel ? Que peut-on alors évaluer à terme ?

« Tout enfant, qu'il soit ou non handicapé, a besoin de temps. Des projets d'intégration trop partiels sont presque toujours voués à l'échec. Les apprentissages sociaux s'effectuent nécessairement dans la durée, ils sont scandés par des périodes d'adaptation et des paliers. Sauf exception, il convient donc d'éviter des projets d'intégration trop limités, déstabilisants pour l'enfant et ses parents, comme pour le maître et les élèves de la classe. » (Circulaire n° 2002-113 du 30 avril 2002).

Pour les familles qui n'obtiennent qu'une scolarisation à temps très partiel (deux ou trois demi-journées par semaine) à l'école maternelle, *« on ne peut pas alors parler de réelle scolarisation mais seulement d'intégration ou d'accueil de l'enfant en situation de handicap »*.

L'expression *« chaque fois que possible »* dans l'article L. 112-1 du code de l'éducation issu de l'article 19 de la loi n° 2005-102 restreint trop défavorablement la scolarisation en milieu ordinaire. Le verbe *« favoriser »* suffisait déjà bien pour la limiter ...

Propositions

▲ L'inscription doit déclencher un temps de scolarisation identique à celui de n'importe quel autre élève pour permettre une observation et une évaluation des besoins (besoins repérés pour l'élève mais aussi pour l'école) ;

▲ L'élève doit ensuite être scolarisé avec tous les accompagnements nécessaires de façon à garantir sa scolarisation. Le temps et les programmes doivent être adaptés avec, en tant que de besoin, les soutiens complémentaires médico-sociaux ;

▲ Le temps de scolarisation en milieu ordinaire en maternelle ne doit pas être inférieur à un mi-temps scolaire ;

▲ Supprimer l'expression *« chaque fois que possible »* dans l'article L. 112-1 de la loi n° 2005-102.

1. Accueil de l'élève en situation de handicap à l'école ordinaire

Constats

L'application de la loi est renvoyée à un pilotage local. Cela aboutit à une très grande hétérogénéité sur le terrain et à une forte inégalité entre les familles d'un département à l'autre.

La conception du rôle actif que peuvent jouer les parents ou responsables légaux n'est pas acquise, tant les habitudes prises sont tenaces. Trop souvent jugés *« parents en souffrance »*, leur ressenti est encore généralement celui d'un *« parcours du combattant »*.

Enfin, l'enseignant ordinaire a besoin de l'appui d'un collègue spécialisé qui le rencontre souvent.

Propositions

- ▲ Appui d'un enseignant spécialisé à l'enseignant ordinaire au moins une fois par semaine ;
- ▲ Accélération des procédures pour l'attribution de matériel pédagogique adapté (actuellement délai de l'ordre de six mois en moyenne !) ;
- ▲ Possibilité pour l'enfant de disposer de ce même matériel pédagogique adapté au domicile (ce qui n'est pas le cas actuellement).

2. Moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire

Article 19 de la loi n° 2005-102, § III. : « *Art. L. 112-1. du code de l'éducation - Pour satisfaire aux obligations qui lui incombent en application des articles L. 111-1 et L. 111-2, le service public de l'éducation assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant. Dans ses domaines de compétence, l'Etat met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés.* »

Constats

En terme de moyens humains, il est clair qu'on est très loin des besoins, en matière :

- **d'effectifs**
 - d'enseignants spécialisés accompagnant ou soutenant la scolarisation en milieu ordinaire ;
 - d'enseignants spécialisés assurant les fonctions de référents scolarité ;
 - d'enseignants ordinaires formés à l'accueil d'élèves en situation de handicap dans leurs classes ;
 - de services d'accompagnement (type Sessad) pluridisciplinaires, soutien indispensable à certains projets de scolarisation en milieu ordinaire ;
 - d'auxiliaires de vie scolaire individuels et collectifs.

- **de formation de tous ces personnels**

En effet, on constate :

- un manque de formation des enseignants spécialisés afin d'assurer le soutien et l'accompagnement pour tous les types de handicap (Clis ou UPI ou postes itinérants « ressources ») ;

- un manque de formation des enseignants référents concernant leurs missions de relations avec les parents, leur fonction de pivot du projet personnalisé de scolarisation (PPS), les problématiques des différents types de handicap. Ils ont donc du mal à :

- * dédramatiser le handicap auprès de leurs confrères enseignants ordinaires et leur apporter leur appui dans le sens du développement et de l'adaptation de la scolarisation en milieu ordinaire ;

- * inscrire le projet personnalisé de scolarisation (PPS) dans une véritable logique de personnalisation, d'adaptation et de souplesse, en lien avec le projet de vie, permettant de mobiliser/mettre en place un accueil cohérent pour l'enfant ;

- * apporter les informations et conseils aux familles.

- un manque de formation des enseignants de classes ordinaires qui :

- * n'ont pas encore admis et assimilé la nouvelle dynamique de la loi : l'enfant est *a priori* à l'école, et non pas sorti de l'école *a priori* en raison de sa situation de handicap, ce qui est surtout observé pour les enfants présentant des déficiences intellectuelles ou des troubles du comportement, c'est-à-dire ceux pour lesquels les apprentissages sont rendus plus complexes par la situation de handicap ;

- * n'ont pas repéré et compris les difficultés spécifiques de l'élève liées à son handicap, ni adapté leur pédagogie en fonction de ces difficultés (des adaptations minimales peuvent se révéler très efficaces) ;

- * ont tendance à raisonner selon les schémas précédents, qui consistent à penser, si l'élève ne suit pas le rythme d'apprentissage des autres et a besoin d'un programme adapté, qu'il doit rapidement (souvent dès la fin de la maternelle), être orienté en circuit spécialisé, au nom de la « *prise en charge globale nécessaire* ». Pourra-t-on réellement éviter ces orientations - trop souvent définitives - tant que les établissements médico-sociaux ne seront pas structurés pour soutenir la scolarisation en milieu ordinaire plutôt que de la remplacer ? Et tant que les professionnels du milieu ordinaire n'auront pas intégré qu'ils peuvent, avec un soutien, répondre aux besoins de tous ? Cela implique un réel travail de coopération entre le milieu ordinaire et le milieu

médico-social ou sanitaire¹, que la promulgation de la loi, la rédaction des décrets, arrêtés et circulaires d'application n'ont pas réellement impulsé car pas organisé.

- un manque de formation et d'encadrement des AVS-i² et AVS-co³ (Cf. supra l'aide humaine à l'école, page 41).

Propositions

- ▲ Augmenter les effectifs des personnels précédemment énumérés ;
- ▲ Créer et rendre obligatoires les formations de tous les personnels concernés car lorsque ces formations existent, les personnels ne les remplissent pas spontanément (!)

B. ETABLISSEMENT DE REFERENCE

L'article L. 112-1 issu de l'article 19 de la loi n° 2005-102 évoque pour la première fois l'école de référence.

Constats

Cette notion est évoquée sans définir ni décrire son application sur le terrain, si bien qu'elle se résume à un nom dans un registre sans qu'aucun lien pédagogique, éducatif, professionnel, ne soit établi entre l'école de référence et l'école où est située la Clis dans laquelle l'élève est scolarisé ou bien entre l'école de référence et l'IME fréquenté par l'élève.

Propositions

- ▲ Fixer les articulations, les obligations découlant de cette notion d'« établissement de référence » ;
- ▲ Par exemple ; qu'il y soit scolarisé ou non, tout enfant en situation de handicap doit être accueilli dans son établissement de référence, au moins pour les activités collectives : spectacles, fêtes, etc., et au moins une fois par mois, pour concrétiser réellement son inscription, favoriser le contact avec les enfants de son quartier ou de son village et les différents professionnels.

¹ CMP, CMPP, hôpital de jour de psychiatrie infanto-juvénile de secteur.

² AVS-i : auxiliaire de vie scolaire individuel.

³ AVS-co : auxiliaire de vie scolaire collectif (en Clis ou en UPI).

1. Le référent scolarité

Les articles 9, 10 et 11 du décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005¹ et l'arrêté du 17 août 2006² déclinent la place et le rôle de l'enseignant référent scolarité. Il est en principe un enseignant spécialisé. L'arrivée de cet interlocuteur privilégié, sorte de pivot du projet et de l'équipe de suivi, a été saluée par les associations de parents.

Constats

Souvent, insuffisamment formé aux enjeux de la scolarisation en milieu ordinaire et/ou débordé en raison du nombre de situations à suivre (plus de deux cents par référent dans de nombreux départements), il a tendance à inciter peu à la scolarisation en milieu ordinaire. Effectivement, lorsqu'il reste imprégné de l'ancienne culture de la mise à l'écart de l'élève handicapé de la filière ordinaire, le référent scolarité a du mal à opérer cette véritable révolution culturelle. En outre, sa présence active sur le terrain pour animer les équipes de suivi de la scolarisation (pourtant souvent limitées à une seule réunion annuelle par enfant) lui laisse très peu de temps pour répondre aux demandes d'informations des familles et des écoles.

L'insuffisance de moyens obère gravement la qualité de son travail notamment en termes :

- d'installation matérielle : absence de fax, de téléphone, de connexion Internet, d'imprimante, voire même de timbres pour expédier le courrier ! ;

- de frais de déplacements ;

- de localisation : son bureau est souvent perdu au fond d'un collège et rendu inaccessible par le plan Vigipirate !

Les conseils généraux et les Ddass se renvoient la responsabilité du financement de ce fonctionnement.

Propositions

Après un an de fonctionnement, il faut :

▲ Reconsidérer naturellement l'effectif des enseignants référents au regard de la réalité de leurs missions et de la qualité de suivi des projets ;

¹ Relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap.

² Relatif aux enseignants référents et à leurs secteurs d'intervention.

▲ Organiser rapidement leur formation dans le sens du développement de la scolarisation en milieu ordinaire ;

▲ Préciser les moyens attribués aux missions des enseignants référents et l'origine de ces financements (MDPH, Ddass).

2. Une procédure complexe d'autorisations en cascades

Le dispositif actuel d'autorisations à solliciter et de formulaires à remplir est un peu une « usine à gaz » ! Pour autant, c'est une procédure unique pour tous.

Tout aménagement de la scolarisation d'un enfant handicapé doit passer par les réunions successives de l'équipe éducative, puis de l'équipe de suivi de la scolarisation, puis de l'équipe pluridisciplinaire de la commission des droits et de l'autonomie (CDA), de la section spécialisée « enfants » le cas échéant, enfin par celle de la session plénière de la même CDA.

Constats

Toute modification de l'emploi du temps ou de l'aide humaine de l'enfant nécessite donc plusieurs semaines (ou mois) pour devenir opérationnelle. Cela freine les adaptations rendues nécessaires en cours d'année scolaire et alourdit beaucoup le système.

3. L'équipe de suivi de la scolarisation et l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH

La première est sur le terrain et tous ses membres, sauf le référent scolarité, connaissent l'enfant. La seconde ne connaît de l'enfant que le compte-rendu que lui transmet la précédente et c'est pourtant elle qui propose un avis à la plénière de la CDA.

« Art. L. 112-2 du code de l'éducation : *Afin que lui soit assuré un parcours de formation adapté, chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé a droit à une évaluation de ses compétences, de ses besoins et des mesures mises en œuvre dans le cadre de ce parcours, selon une périodicité adaptée à sa situation. Cette évaluation est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles. Les parents ou le représentant légal de l'enfant sont obligatoirement invités à s'exprimer à cette occasion.* »

« Art. L. 112-2-1. : *Des équipes de suivi de la scolarisation sont créées dans chaque département. Elles assurent le suivi des décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, prises au titre du 2° du I de l'article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles.*

« Ces équipes comprennent l'ensemble des personnes qui concourent à la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation et en particulier le ou les enseignants qui ont en charge l'enfant ou l'adolescent. »

Constats

Pour les enfants, l'**équipe pluridisciplinaire** de la MDPH est relativement peu « pluridisciplinaire » dans de nombreux départements. Faute de temps ou de volonté, elle statue sans rencontrer l'enfant, ne voit que les quelques familles qui le demandent parce qu'elles sont informées de cette possibilité, avec des délais d'attente allant jusqu'à plusieurs mois. Elle a, par ailleurs, une optique orientée par le guide barème, donc très médicale de la situation, approche biaisée (voire inadaptée) par rapport à la vie scolaire.

Sur la question de la **reconnaissance du handicap**, un laxisme, voire un abus de la notion d'« altération » conduit encore à proposer des projets personnalisés de scolarisation pour des enfants relevant de la difficulté scolaire/sociale, et pas du handicap.

La place du bilan psychologique pour apprécier le handicap paraît souvent démesurée dans la construction du projet personnalisé de scolarisation (PPS). Rappelons que ce bilan devrait ne constituer qu'un éclairage, pas un diagnostic en termes de déficience, troubles ou maladie...

L'**équipe de suivi de la scolarisation** est composée des parents, de l'équipe enseignante et des professionnels médico-sociaux qui suivent l'enfant, du référent scolarité. Ses membres connaissent tous l'enfant, sauf le référent scolarité, et sont à même d'apprécier ses capacités et ses besoins spécifiques et de formuler des propositions.

Proposition

▲ En cas de consensus au sein de l'équipe de suivi de la scolarisation, parents compris, ses propositions sont systématiquement validées.

C. PROJET PERSONNALISE DE SCOLARISATION ET EVALUATION

Art. L. 112-2 du code de l'éducation issu de l'article 19 de la loi n° 2005-102 : *« Afin que lui soit assuré un parcours de formation adapté, chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé a droit à une évaluation de ses compétences, de ses besoins et des mesures mises en œuvre dans le cadre de ce parcours, selon une périodicité adaptée à sa situation. Cette **évaluation** est réalisée par l'équipe*

pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles. Les parents ou le représentant légal de l'enfant sont obligatoirement invités à s'exprimer à cette occasion.

*En fonction des résultats de l'évaluation, il est proposé à chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet d'un **projet personnalisé de scolarisation (PPS)** assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire. Le projet personnalisé de scolarisation constitue un élément du plan de compensation visé à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles. Il propose des modalités de déroulement de la scolarité coordonnées avec les mesures permettant l'accompagnement de celle-ci figurant dans le plan de compensation. »*

« Art. L. 351-1 du même code : [...] Les parents sont étroitement associés à la décision d'orientation et peuvent se faire aider par une personne de leur choix. »

Constats

Les **évaluations** réalisées ne sont pas toujours aussi approfondies qu'il le serait nécessaire. Le projet personnalisé de scolarisation (PPS) se résume souvent à des propositions d'actes d'orientation, d'attributions de temps d'aide humaine et d'objectifs généraux vagues, tels « projet de socialisation » ou bien « recherche d'autonomie »...

L'article 19 de la loi, pour l'article L. 112-1 du code de l'éducation - septième alinéa mentionne que la formation « est complétée, en tant que de besoin, par des actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales coordonnées dans le cadre d'un projet personnalisé de scolarisation ». L'article L. 112-2 dispose que le PPS « constitue un élément du plan personnalisé de compensation ».

Dans la réalité, le PPS n'est pratiquement jamais considéré dans un plan de compensation global, si bien que ses aspects, autres que pédagogiques, sont rarement abordés et pris en compte.

Les problématiques annexes à la scolarisation (par exemple, les temps de cantine ou de transports) n'apparaissent pas et posent des problèmes ultérieurement.

Le PPS n'est pas toujours transmis « à l'élève majeur, ou à ses parents ou à son représentant légal » avant le passage en CDA (art. 3 du décret n° 2005-1752 du 30/12/2005).

La **consultation des parents** ne se fait pas toujours sous le **principe du consentement éclairé**, pourtant prévu par le code de l'éducation (« avec l'accord des parents » dans l'article L. 112-2-1 ; « les parents sont étroitement associés à la décision » dans l'article L. 351-1), les professionnels pouvant influencer les parents selon leurs orientations prédéfinies : « Si vous ne faites pas ..., vous n'aurez pas..., nous ne pourrions pas... » Les parents se voient ainsi, de fait, contraints d'accepter les propositions des professionnels sous peine que leur enfant ne soit pas accueilli.

Les choix retenus se font plus en fonction des possibilités dont on dispose qu'en fonction des besoins repérés.

La circulaire EN n° 2006-051 du 27 mars 2006 précise que le PPS « *planifie les objectifs d'apprentissage de l'élève handicapé et assure la cohérence et la qualité des accompagnements et des aides nécessaires à partir d'une évaluation globale de la situation et des besoins de l'élève.* »

Propositions

▲ Mentionner clairement dans un texte réglementaire que **les parents doivent être associés aux décisions** concernant leur enfant et que leur parole doit être entendue ;

▲ Le **PPS doit être élaboré à partir du projet de vie et des besoins** de l'élève et non des moyens disponibles ;

▲ Les choix éducatifs parentaux pour la scolarisation doivent se traduire dans le PPS, qui doit prendre en compte, sur la base du projet de vie et des besoins de l'enfant, l'ensemble des adaptations et aménagements nécessaires. Par nature, la personnalisation suppose aussi de la souplesse (en termes de rythme scolaire, de mise en place ou d'arrêt des aménagements ...) ;

▲ Le PPS doit comprendre des objectifs généraux et des objectifs spécifiques : apprentissage, lecture, numération, etc. ;

▲ Décliner les objectifs d'apprentissage à court terme en moyens concrets pour y parvenir. Du côté de l'école, le PPS s'inscrit dans la logique des cycles ;

▲ Définir précisément les façons de procéder et les outils d'évaluation des résultats ;

▲ Inclure dans le PPS les temps de cantine, les activités extrascolaires (garderie, centres de loisirs, etc.) ;

▲ Réajuster ensemble et régulièrement (au moins une fois par trimestre au cours d'une réunion de l'équipe éducative) le PPS et les moyens de sa mise en œuvre par les différents partenaires ; celui-ci est effectivement adapté seulement s'il conduit à des progrès ou à une évolution de l'élève concerné. Préciser dans un texte réglementaire la périodicité trimestrielle (ou semestrielle) minimale de l'équipe éducative.

1. Parcours scolaire des élèves en situation de handicap

Le parcours de formation s'inscrit également dans cette logique de personnalisation, de mutation, d'évolution...

Aucune décision d'orientation, ne saurait être irrémédiable et définitive. Tout enfant doit pouvoir à un moment de sa vie, selon les circonstances, bénéficier des aménagements, de la souplesse pertinente favorisant la poursuite des objectifs initiaux. La logique du cycle scolaire doit s'inscrire dans cette perspective.

Le décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 dans ses articles 14 et 15 évoque les unités d'enseignement.

A ce jour, aucun texte ne définit encore les modalités ni ne garantit la cohérence du parcours scolaire à travers la coopération entre l'éducation nationale et le secteur médico-social.

La commission 1 du CNCPPH interpelle la DGAS sur la parution d'un texte interministériel fixant les règles de cette coopération.

Proposition

▲ Publier un texte interministériel fixant les règles de la coopération entre l'éducation nationale et le secteur médico-social ou sanitaire afin de définir les modalités et de garantir la cohérence du parcours scolaire.

2. L'aide humaine à l'école : auxiliaires de vie scolaire (AVS)

La loi n° 2005-102 dans son article 79 dispose que : « *Dans un délai d'un an [...], le gouvernement présentera un plan métier qui aura pour ambition la complémentarité des interventions médicales, sociales, scolaires au bénéfice de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte présentant un handicap [...]. Ce plan métier répondra à la nécessité des reconnaissances des fonctions émergentes [...]* ».

Constats

La nature précaire des contrats de travail, le manque de formation et d'encadrement ne garantissent pas un accompagnement de qualité.

L'aide humaine d'un enfant à l'école ne peut pas être découpée entre l'aide pédagogique (prise de notes, explication des consignes, travail de documentation, etc.), l'aide à la communication et l'aide aux actes de la vie quotidienne (hygiène, repas, habillage, etc.). L'enfant en situation de handicap est souvent suivi par un enseignant ordinaire, un enseignant spécialisé, trois à quatre intervenants médico-sociaux (orthophoniste, éducateur, kinésithérapeute, psychologue, etc.). Un jeune enfant ne peut pas avoir un emploi du temps où chaque instant à l'école sera réparti entre des intervenants différents selon le type d'aide dont il a besoin, selon qu'il est en récréation ou aux toilettes, etc.

Propositions

▲ Inscrire les AVS dans le plan métier décrit par l'article 79 de la loi au nom de la reconnaissance de la fonction émergente depuis vingt-cinq ans ;

▲ Ne pas découper l'aide humaine de l'enfant à l'école selon le type d'actes à réaliser mais bien plutôt mutualiser les financements d'origine différente éventuelle pour que le même personnel puisse les effectuer.

3. L'enseignement à distance

« Art. L. 112-1 du code de l'éducation : [...] *Si nécessaire, des modalités aménagées d'enseignement à distance leur sont proposées par un établissement relevant de la tutelle du ministère de l'éducation nationale.* »

Constat

La possibilité de bénéficier d'un enseignement à distance pour un élève en situation de handicap doit passer par toute la procédure d'autorisations précédemment indiquée puis l'inspecteur de l'éducation nationale de la circonscription, ou l'inspecteur d'académie, doit délivrer une autorisation permettant l'inscription par correspondance. Cette autorisation arrive généralement au mieux en octobre, retardant d'autant le démarrage de l'année scolaire de l'enfant.

De plus, dans certains départements, elle est souvent difficile à obtenir pour les enfants scolarisés à temps partiel en milieu ordinaire ou en milieu médico-social, certains inspecteurs étant opposés par principe à une « double » scolarisation. Elle permet pourtant à de nombreux enfants de pouvoir reprendre certaines notions à leur rythme avec une pédagogie conçue pour leurs difficultés.

Proposition

▲ Autoriser systématiquement tout élève en situation de handicap qui n'est pas scolarisé à temps complet à pouvoir s'inscrire en enseignement à distance si l'équipe de suivi de la scolarisation a émis un avis favorable à cette demande.

D. ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

1. Préliminaires

En ce qui concerne l'enseignement et la scolarité, M. Salines estime que :

« La loi introduit dans le domaine de la scolarisation une véritable rupture - très grand pas en avant - par rapport aux textes législatifs précédents. En effet, elle reconnaît enfin, pour la première fois, que les enfants en situation de handicap disposent des mêmes droits que les autres et que, à la demande des parents, ils doivent être inscrits dans leur école de secteur.

Parallèlement, le texte est tout à fait novateur car il prévoit que la prise en charge des enfants en situation de handicap ne peut être qu'individuelle : chacun constitue un cas unique et particulier et doit être abordé comme tel. Ceci implique obligatoirement un travail d'équipe pluridisciplinaire et la nécessité absolue de stratégies d'aide et d'accompagnement individualisé. La mise en place obligatoire d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) répond à cet impératif.

« Cette approche, revendiquée depuis de nombreuses années par les familles dans leur immense majorité, par nombre d'associations (même si elle n'est pas encore franchement partagée par certaines), pose un certain nombre de problèmes objectifs. Elle implique un changement profond dans les mentalités et les attitudes, au sein de l'administration et des établissements de l'éducation nationale (publics et privés sous contrat), ainsi que des établissements médico-éducatifs et médico-sociaux où sont encore accueillis et pris en charge un nombre très important d'enfants en situation de handicap.

« Pour toutes ces raisons, il est donc normal que les résultats de cette politique nouvelle soient relativement lents à se manifester et que l'on ne puisse encore les observer de façon significative : après tout, les nouveaux textes n'ont commencé à s'appliquer qu'à la rentrée de 2005. Dans le domaine de l'éducation : les résultats d'une initiative aussi novatrice et complexe ne peuvent être constatés, en général, que quelques années après les décisions législatives, réglementaires et administratives... »

2. Constats

a) Les constats positifs

Aujourd'hui, la loi et ses textes d'application sont admis par tous au sein du système éducatif. Aucun rejet n'a été observé et nous constatons même une adhésion très nette de l'immense majorité des responsables et des professionnels de l'éducation : enseignants ou non enseignants. Dans la plupart des départements, les inspecteurs d'académie ont tous engagé les réflexions nécessaires et, en général,

conscients de l'importance du sujet, ils le traitent personnellement et mobilisent leurs équipes.

La demande des familles, confortées par ce nouveau droit (quand elles en sont bien informées), croît ; le nombre d'enfants inscrits dans les écoles augmente.

Les personnels désireux de rendre le meilleur service à des enfants « à besoins particuliers » réclament - à juste titre - les aides nécessaires, soit en étant secondés par des spécialistes, soit en recevant les informations et les formations qui leur font cruellement défaut, que ce soit dans la connaissance des difficultés spécifiques liées aux handicaps ou dans les stratégies pédagogiques adaptées.

À cet égard, un effort significatif a été accompli avec la création et la mise en place de personnels et de structures d'aide et d'accompagnement : mille Sessad créés depuis 2004, huit mille postes d'AVS (auxiliaires de vie scolaire) et d'EVS (emploi vie scolaire du plan Borloo).

b) Les difficultés

Il faut pourtant relever des difficultés « quantitatives » et « qualitatives »

Il est certain que les moyens ne sont pas encore à la hauteur des nécessités résultant de cette nouvelle politique. Nous avons vu que l'aide et l'accompagnement sont des éléments fondamentaux : on a tendance, au sein de l'éducation nationale, à considérer que la mise en place des AVS et EVS règle le problème de l'aide et de l'accompagnement des enfants et des personnels. Il y a là une grave erreur de conception : ces personnels, quels que soient leur engagement et leur disponibilité, ne sont pas encore assez nombreux et, surtout, ils ne disposent pas des compétences nécessaires à l'élaboration des réponses appropriées qu'implique un handicap. Ils ne peuvent remplacer les professionnels des services (Sessad), des établissements spécialisés, ou de statut privé, sans lesquels le projet individuel de scolarisation risque de ne pas aboutir au succès et aux espérances des enfants, des jeunes et de leurs familles.

Il faut aussi regretter nombre de mesures de suppressions d'emplois dédiés, par définition, à la prise en charge de la difficulté des élèves au sein de l'éducation nationale, au moment même où l'accroissement du nombre d'enfants en situation particulière augmente. Nous avons assisté à la rentrée 2006 à des suppressions massives de postes de médecins de santé scolaire, d'assistantes sociales, d'enseignants spécialisés (psychologues de l'éducation nationale, maîtres chargés de l'aide individuelle, tels que les « maîtres G », enseignants chargés de l'aide itinérante en zone rurale, etc.). Il y a là une incohérence difficile à comprendre et à admettre !...

Par ailleurs, nombre d'établissements spécialisés vont voir le nombre des enfants qui les fréquentent diminuer nettement dans les années à venir, parce qu'ils seront scolarisés à temps plein ou partiel dans des établissements scolaires ordinaires. Ils ne seront pas toujours remplacés par un nombre équivalent d'enfants aujourd'hui sans solution. Les professionnels de ces établissements constituent des « plateaux techniques » qui seront utilement chargés de l'aide et de l'accompagnement des

enfants et des jeunes scolarisés. Ce transfert logique de compétences n'est, aujourd'hui, ni organisé ni prévu. Les textes nécessaires, promis depuis plus d'un an, ne sont encore ni sortis ni même en préparation, et les deux administrations de l'éducation nationale et de la santé travaillent encore de façon distincte et non coordonnée. Cette situation est extrêmement préoccupante et mettrait en péril l'ensemble de l'édifice si elle devait perdurer.

Cette situation renforce les inquiétudes de responsables (associations gestionnaires) et de certains personnels des établissements médico-sociaux qui craignent l'alourdissement des difficultés des enfants qu'ils accueillent, la diminution de leurs moyens financiers, puisque ceux-ci sont distribués en fonction du nombre de places occupées. Certains s'abritent derrière des arguments contestables, par exemple en arguant du fait que la scolarisation en structures ordinaires d'enfants en situation de handicap provoquerait un état de souffrance par les efforts exigés, par la comparaison à laquelle ils se livreraient de leurs situation et de celle de leurs camarades plus favorisés.

Ces arguments ne seraient légitimes que si ces enfants étaient purement et simplement laissés seuls, sans aide d'aucune sorte au sein des classes. Ils sont assez grotesques car la loi ne prévoit bien sûr rien de tel. Par ailleurs, éduquer et instruire un enfant pour l'élever nécessite des efforts. L'art de la pédagogie consiste à adapter intelligemment ces exigences au niveau de l'enfant, en ajustant exactement les efforts demandés et les capacités du sujet. Personne ne s'élève sans effort : une éducation sans exigence et sans contrainte aboutit bien souvent à la négation de la dignité et de l'autonomie de l'être et du futur citoyen : est-ce ce que nous voulons pour les enfants les plus défavorisés ?

Autre élément de préoccupation, la départementalisation. Elle crée une extrême diversité de situations, en particulier dans le domaine du fonctionnement des MDPH et des CDA : parfois certaines décisions concernant les enfants et les adolescents traînent encore. Elles ne correspondent donc pas aux impératifs du calendrier des écoles : on entre difficilement dans une école en cours d'année, surtout si c'est la première fois ! Que dire lorsque l'on vit des difficultés particulières ? De la même façon, nous avons souligné l'importance de l'information et de la formation des personnels qui accueillent des enfants en situation de handicap : faute d'une impulsion politique nationale forte, ces plans de formation sont d'une efficacité très variable et les personnels s'en plaignent à juste titre...

c) Les poursuites d'études

La poursuite d'études en lycée général ou professionnel, ainsi que dans l'enseignement supérieur, est encore insuffisamment développée. Il n'y a pas lieu, pour le moment, de trop s'en inquiéter car il est évident que ces poursuites sont conditionnées par le succès des initiatives prises et l'élargissement du nombre d'enfants poursuivant leur scolarité au collège et au lycée. L'impact de la loi à ce niveau ne pourra véritablement être observé que dans quelques années. Pour autant, il est nécessaire d'anticiper en développant, dès maintenant, la plus grande ambition pour les jeunes qui peuvent d'ores et déjà en profiter si nous voulons, à l'avenir, disposer de solutions et de structures permettant de conduire le maximum de jeunes à une formation professionnelle de qualité qui leur permette de réaliser leur projet de vie et de garantir leur bonne insertion professionnelle, sociale et culturelle, ainsi que leur pleine citoyenneté.

Propositions

▲ Il faut une impulsion forte de l'État : il est nécessaire que cette politique soit réaffirmée, que des exigences claires soient formulées au niveau le plus élevé de l'État, comme par chaque ministère compétent, qui s'imposent aux services déconcentrés de l'État et soient prises en considération par les collectivités territoriales responsables ;

▲ Il faut un pilotage ferme de l'éducation nationale, appuyé sur une vraie coopération avec le ministère de la solidarité et des affaires sociales : dans le domaine de la scolarisation, rien ne se fera si l'engagement du ministère de l'éducation nationale n'est pas réaffirmé. Nous avons un peu le sentiment que, dans l'administration précédente, elle hésitait à s'engager par crainte de n'être pas suivie par les personnels ou de ne pas disposer des moyens nécessaires. Ces craintes ne sont pas fondées : les personnels sont volontaires et déterminés. Ils souhaitent - et c'est légitime - être aidés à affronter et à réussir dans des situations qu'ils ne connaissent pas ou mal. Ils attendent aussi que leurs nouveaux élèves soient aidés et suivis par les personnels spécialisés nécessaires, ce qui implique une coopération forte entre les deux ministères ;

▲ Face à ces enjeux et aux difficultés inhérentes à toute situation nouvelle et innovante, le rôle de pilote de la CNSA doit être conforté ;

▲ Il faut une coopération solide entre les deux ministères directement responsables : éducation nationale et santé - affaires sociales ;

▲ Il faut une évaluation permanente sur le terrain : la loi prévoir une évaluation tous les trois ans. Il semble que, dans les débuts de son application, ce ne soit pas suffisant. On pourrait imaginer un observatoire indépendant qui communique tous les ans, dans un rapport public, l'état de mise en œuvre de la loi, les difficultés rencontrées et surtout les résultats, à la fois sur le plan quantitatif et surtout qualitatif : quels profits les enfants et les jeunes tirent de cette politique ? Comme le projet personnalisé de chaque enfant en situation de handicap, ce sont les résultats de cette politique nouvelle et ambitieuse qui doivent être évalués en permanence pour impulser les adaptations nécessaires.

II. EMPLOI, TRAVAIL ADAPTE ET TRAVAIL PROTEGE

A. PRELIMINAIRES

D'après M. Assante : Disons-le d'emblée, trop peu de temps s'est écoulé entre le vote de la loi, *a fortiori* entre le moment où, après de multiples débats dans les instances de concertation, les textes réglementaires d'application ont été assortis d'avis divers, et l'heure à laquelle nous écrivons ces lignes - en effet, certains n'ont que quelques semaines de vie réelle - pour que nous soyons en situation de mesurer, de manière objective, un début de progression positive, voire une stagnation structurelle, dans le domaine de l'emploi en milieu ordinaire.

1. L'emploi en entreprise ordinaire

Rappelons tout d'abord quelques données fondamentales fournies par les derniers chiffres connus. Tout en sachant que ceux-ci remontent néanmoins toujours à quelques années en arrière, en raison de la lenteur des collectes de statistiques, approximatives le plus souvent, mais chiffres dont on sait le faible taux d'évolution, quelles que soient les inflexions de la politique menée ces dernières années dans ce domaine. Il en est ainsi du taux de chômage des travailleurs dits handicapés qui en moyenne s'élève à 17%, contre 8,8% pour l'ensemble de la population, ou bien encore du nombre de demandeurs d'emploi qui, au mois d'août 2006, s'élevait, selon les statistiques des services de l'emploi, à 246 000.

En revanche, il ne faut pas, pour les raisons évoquées dans l'introduction de ce document, apporter le moindre crédit en termes de recul de chômage des travailleurs dits handicapés, lorsque les mêmes services de l'emploi affirment que le nombre de demandeurs d'emploi handicapés a diminué de 6 % depuis le vote de la loi du 11 février 2005.

Par ailleurs, et ceci conforte la mise en garde énoncée ci-dessus, il apparaît que, dans de très nombreux départements, les directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ont de grandes difficultés pour traiter les dossiers dans ce domaine qui relève de leurs compétences, par manque de personnel en activité et formé sur ces dossiers, et notamment sur la question de la reconnaissance de la lourdeur du handicap, élément hautement important pour les entreprises, dans la mesure où en découlent le quota et le montant de la contribution à verser à l'Agefiph.

En effet, au cours des dernières années a été confiée aux secrétaires de Cotorep la responsabilité de très nombreux dispositifs qui relevaient auparavant de la direction départementale (direction de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, garantie de ressources des travailleurs handicapés). Ces secrétaires de Cotorep sont aujourd'hui pour l'essentiel dans les MDPH ou qui ont été mutés dans leur administration d'origine, souvent les Ddass.

C'est ainsi, par exemple, que dans un département de l'Ile-de-France, des travailleurs dits handicapés n'ont pu être embauchés pour la seule raison que la direction départementale du travail, de l'emploi de la formation professionnelle n'est pas parvenue à répondre dans des délais convenables à l'employeur qui demandait la reconnaissance de la lourdeur du handicap des travailleurs dits handicapés, qu'il s'apprêtait à embaucher.

D'autre part, sur le plan des moyens informatiques, il apparaît qu'en l'absence de crédits *ad hoc* et de politique cohérente pour parvenir à un système généralisé sur le plan national, chaque département se dote comme il le peut de ses propres outils, tandis que la CNSA ne parvient pas à imposer des règles du jeu communes à tous.

Précisons que l'annonce en 2002 de la mise en chantier de la réforme de la loi du 30 juin 1975, en vue d'aboutir à ce qui allait devenir la loi du 11 février 2005, avait été le prétexte à ne pas poursuivre des financements de longue durée selon un plan cohérent d'amélioration des dispositifs, et notamment le plan informatique des Cotorep.

Rappelons à ce sujet que le plan triennal du gouvernement Jospin, en matière d'amélioration du fonctionnement des Cotorep, qui couvrait la période 2001-2003, n'avait pas été conduit à son terme par le nouveau gouvernement, l'examen des crédits affectés en loi de finances 2003 peut en témoigner.

Il apparaît par ailleurs que le nouveau dispositif de calcul de la lourdeur du handicap est reconnu comme extrêmement complexe, et de l'avis de nombreux opérateurs, pratiquement inapplicable.

Il apparaît également que si le cumul partiel du salaire et de l'AAH constitue une mesure positive, les modalités d'application restent obscures et restrictives.

Il est donc hautement improbable que le taux de chômage des travailleurs dits handicapés ait reculé pour des raisons positives et il n'est pas très raisonnable de formuler à cette étape, *a fortiori* pour toute la période qui couvrirait la campagne électorale et la formation d'un nouveau gouvernement, le moindre diagnostic objectif sur l'évolution, que ce soit en termes positifs ou négatifs, de l'emploi des travailleurs dits handicapés.

2. L'emploi en entreprise adaptée

En ce qui concerne l'emploi en entreprise adaptée, les difficultés précédemment évoquées sont également vécues, mais à un moindre degré dans ce secteur.

A un moindre degré, parce que ce secteur ne compte que un peu moins de 20 000 travailleurs dits handicapés - soit moins de 10 % du nombre de travailleurs dits handicapés en entreprise ordinaire -, tout en subissant en revanche de manière forte les aléas de la conjoncture économique qui, en 2006, s'est avérée particulièrement morose et peu propice à l'embauche de nouveaux travailleurs.

A ce sujet d'ailleurs, la grande critique formulée, à juste titre, par les associations gestionnaires des entreprises adaptées concerne le contingentement instauré par la loi du 11 février 2005 en matière d'embauche des travailleurs dits handicapés, dans la mesure où celle-ci dépend du nombre de postes financés chaque année - 2 500 selon la loi de finances pour 2007, mais combien à l'arrivée ?

Mais il faut reconnaître que cette question reste parfaitement théorique dans la mesure où la conjoncture économique n'a pas conduit dans un passé récent et ne conduira pas, selon diverses estimations de ce secteur, pour les mois à venir, à une embauche sensible de nouveaux travailleurs dits handicapés au sein de ces structures. Structures qui, rappelons-le, sont le plus souvent des entreprises de sous-traitance, et donc particulièrement sensibles aux aléas de la conjoncture.

En revanche, la substitution de la formule de financement, dite de « la garantie de ressources », par la formule dite de « l'aide au poste » pèse sur un certain nombre de structures qui, pour de véritables raisons économiques ou en raison de gestion peu dynamique des ressources humaines, conduisant à une absence de valorisation des potentialités des travailleurs dits handicapés, versait un salaire minimum, c'est-à-dire 35 % du Smic.

En effet, ces structures se trouvent aujourd'hui pénalisées dans la mesure où l'addition des aides au poste, versées par travailleur dit handicapé, ne couvre pas l'addition de l'ensemble des salaires portés par la nouvelle législation de 90 % à 100 % du Smic minimum.

En revanche, d'autres entreprises adaptées, qui avaient en leur sein des travailleurs dont le salaire allait bien au-delà du Smic ou bien des travailleurs employés depuis longtemps puis en fin de carrière, parviennent à mieux s'adapter dans l'enveloppe financière qui leur est aujourd'hui versée au titre de l'aide au poste.

Cela étant, il apparaît que, ces trois dernières années, l'attitude des collectivités départementales et régionales, mais aussi d'autres collectivités publiques et locales, a changé à l'égard du secteur des entreprises adaptées. En effet, celles-ci ont pu trouver une oreille beaucoup plus attentive à l'exposé de leurs difficultés, le plus souvent tout à fait réelles en raison des conditions structurelles de fonctionnement et de financement. Les nouvelles modalités appellent à présent un certain délai afin

d'avoir le recul nécessaire pour mieux juger de l'effet de l'application des nouvelles dispositions réglementaires, et partant des aides au financement complémentaire pour conduire des actions destinées à améliorer notamment la formation et l'emploi des travailleurs dits handicapés.

Mais on ne peut pas aborder cette question en passant sous silence le fait que la transformation des ateliers protégés en entreprises adaptées - c'est-à-dire des entreprises tout à fait ordinaires sauf qu'elles doivent accueillir au minimum 80 % de travailleurs dits handicapés - va conduire mécaniquement à la cessation définitive du processus d'insertion en milieu ordinaire de travailleurs en provenance des ateliers protégés, les entreprises adaptées étant en définitive considérées à présent comme des entreprises tout court, c'est-à-dire ordinaires !

Et même s'il est exact que ce processus était difficilement mis en œuvre en raison d'un financement insuffisant, ce n'était pas une raison suffisante pour l'abandonner définitivement.

3. L'emploi protégé

En ce qui concerne l'emploi protégé, c'est-à-dire dans les structures dites « établissements et services d'aide par le travail » (en remplacement des centres d'aide par le travail), là encore le temps écoulé depuis le début d'application des nouveaux textes réglementaires est beaucoup trop réduit pour que l'on puisse constater un changement sensible.

En effet, le fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail et le suivi des travailleurs dits handicapés dépendent très étroitement des MDPH. Or, tous les départements ne connaissent pas, de manière systématique, le même état d'avancement dans la mise en place des maisons. Pour certains, elle reste encore une virtualité.

Pour autant, il apparaît que c'est sur le plan économique qu'un léger frémissement semble apparaître depuis quelque temps et qui pourrait être dû à la sensibilisation des collectivités publiques, d'une part, et des grandes entreprises publiques et privées, d'autre part, quant à l'intérêt de ce secteur comme partenaire économique pérenne, que ce soit en matière de sous-traitance ou en matière de services (nettoyage, espaces verts,...).

En revanche, la nouvelle législation apparaît extrêmement pointilleuse et entraîne, à effectifs de personnel d'encadrement constant, un surcroît de travail important, souvent à caractère administratif, et nécessairement pris sur le temps d'accompagnement, pourtant indispensable aux usagers.

Tel est le cas par exemple pour le suivi des dossiers de mutuelle des travailleurs en arrêt maladie, disposition nouvelle et positive qui permet à un travailleur dit handicapé en arrêt de maladie de percevoir des ressources égales au salaire et non plus les seules indemnités journalières, ce qui peut être assez fréquent pour des personnes souffrant de déficiences psychiques (environ 30 000 sur les

100 000 travailleurs dits handicapés accueillis aujourd'hui dans ces structures); ou bien encore pour le suivi de l'évaluation des personnes - disposition bienvenue dans la mesure où elle était insuffisamment affirmée dans les textes précédents et dans la réalité - mais qui s'accompagne d'un travail administratif important.

Autre rigidité introduite par la nouvelle législation : celle qui consiste à faire appel à la maison départementale lorsque le comportement d'un usager est porteur d'insécurité pour son entourage au sein de la structure.

En effet, l'intervention du psychiatre attaché à la structure, sur appel du directeur de celle-ci, conduisant à la prise de décision de la part de la commission médicopsychopédagogique, puis à l'information au final de la maison départementale, serait une procédure préférable dans la mesure où elle permettrait une intervention en temps réel et plus adaptée aux situations de ce genre.

Par ailleurs, la question du cumul de l'AAH et du salaire perçu par l'usager n'est toujours pas réglée et pénalise de très nombreux travailleurs dits handicapés en ne leur permettant pas de percevoir l'équivalent du Smic. On ne peut de surcroît que s'étonner de cette situation dans la mesure où elle constituait un des reproches majeurs formulés contre l'ancienne législation pour les usagers de ces structures.

Enfin, il apparaît que si les critères de l'environnement, pour définir la lourdeur du handicap et les adaptations de postes pour les travailleurs dits handicapés moteurs exerçant en milieu ordinaire de travail, sont à peu près maîtrisables, ils ignorent en revanche pour l'essentiel les particularités liées aux déficiences mentales ou psychiques d'un certain nombre d'usagers, à l'heure actuelle embauchés dans le cadre du système « des emplois protégés en milieu ordinaire », c'est-à-dire bénéficiant d'un abattement de salaire autorisé à l'employeur et compensé par la puissance publique sous la forme aujourd'hui de l'aide au poste.

Outre que les employeurs, accueillant à l'heure actuelle des travailleurs dits handicapés dans ce type de formule, connaissent des difficultés pour voir reconduits les abattements de salaires obtenus jusqu'alors, dans la mesure où les services chargés de réexaminer les situations ne parviennent plus, avec les critères actuels, à évaluer correctement les mesures de ce type à prendre, il apparaît que ce sont près de six mille travailleurs dits handicapés, accueillis aujourd'hui dans les établissements et services qui pourraient être accueillis, certes avec un accompagnement *ad hoc*, dans les entreprises de milieu ordinaire et libérer par la même autant de places dans les structures actuelles.

Avec l'ancienne législation, si ce problème était récurrent dans la mesure où les services d'accompagnement dépendant, à l'époque, des centres d'aide par le travail n'avaient pas nécessairement les moyens indispensables pour suivre ces travailleurs, il apparaît qu'aujourd'hui ce problème s'accompagne de difficultés nouvelles !

En conclusion, et ceci est vrai dans les trois domaines de l'emploi, ordinaire, adapté et protégé, nous ne disposons pas de suffisamment de recul pour juger du caractère incitatif à l'emploi de la nouvelle législation.

En revanche, nous sommes contraints de constater un certain nombre de difficultés supplémentaires dont chacun aurait pu se passer, tout en constatant néanmoins l'intérêt de certaines dispositions nouvelles, comme l'aide au poste, l'accès aux mutuelles pour les usagers des établissements et services de travail protégé ou le cumul partiel de l'AAH avec le salaire pour les travailleurs en milieu ordinaire de travail, même si les modalités d'application devraient être améliorées, ne serait-ce que pour ces trois exemples.

B. LES DIFFICULTES PERSISTANTES

1. La retraite anticipée

De son côté, M. de Broca nous fera remarquer :

Enfin, la Fnath est également régulièrement saisie de la question de la **retraite anticipée des travailleurs handicapés**. Là encore les conditions apparaissent trop restrictives, ce qui se ressent dans le nombre total faible de personnes pouvant finalement bénéficier du dispositif. Un exemple vient de nous être transmis. Il s'agit d'une personne atteinte de polio depuis son enfance, qui ne peut se servir de son bras droit, et qui bénéficie depuis 1991 de la carte d'invalidité (attribuée à titre définitif). Malgré sa pathologie connue et définitive, il ne peut en bénéficier puisqu'il ne bénéficie pas des trimestres cotisés nécessaires, alors que son handicap est de naissance.

Tous les bénéficiaires de la retraite anticipée ne bénéficient pas de la majoration de pension. En effet, à la suite de l'intervention de la Fnath, une lettre ministérielle a permis aux personnes dont la retraite anticipée est entrée en vigueur entre le 1^{er} mars 2005 et le 31 décembre 2005 de bénéficier de la majoration de pension (au-delà de ceux dont la pension est entrée en vigueur au-delà du 1^{er} janvier 2006). Mais ne peuvent en bénéficier les personnes dont la retraite est entrée en vigueur entre le 1^{er} juillet 2004 et le 28 février 2005, et ce malgré une délibération de la Halde et du médiateur de la République, saisis par la Fnath.

Et il ajoutera :

2. La formation des personnes handicapées

a) Pour les demandeurs d'emploi travailleurs handicapés

Beaucoup d'efforts ont été réalisés pour que les personnes handicapées puissent accéder à des formations qualifiantes. Cependant, 83 % des travailleurs handicapés ont un niveau inférieur ou égal au niveau V. Ils ont donc besoin d'une remise à niveau pour pouvoir accéder à des formations qualifiantes. La suppression des Sife a conduit à une baisse significative des formations Ran (remise à niveau) et empêche bon nombre de travailleurs handicapés de pouvoir suivre une formation qualifiante et par voie de conséquence retrouver un emploi.

b) Pour les salariés

Pour les salariés pouvant être maintenus dans leur emploi ou reclasser sur un autre poste, les formations type Fongecif sont très rarement actionnées car ce mode de formation est méconnu des salariés et de bon nombre d'employeurs qui pensent que la formation du salarié va être extrêmement coûteuse. Cela aboutit donc à des licenciements pour inaptitude qui pourraient être évités. Une campagne d'information à destination des salariés et des entreprises sur le droit à la formation et les coûts engendrés devrait être menée.

Concernant la formation professionnelle, la Fnath regrette que les politiques concertées prévues par la loi de 2005 n'aient pas encore trouvé de traductions concrètes, notamment en raison du fait qu'aucun organisme n'ait reçu la responsabilité de « chef de file » afin de convoquer ces réunions de politiques concertées.

3. La lourdeur du handicap

Le système mis en place pour faire reconnaître la lourdeur du handicap est jugé complexe par les entreprises. Cela risque d'avoir pour conséquence, d'ici à fin 2008, une baisse des embauches des personnes lourdement handicapées.

4. Les accords d'entreprise

L'alourdissement des sanctions pour les entreprises les conduit à mettre en œuvre des accords les exonérant de la contribution Agefiph. S'il s'agit bien d'un droit pour les entreprises, il convient cependant de s'interroger sur le contenu de ses accords (parfois peu volontaristes) et des sanctions qui s'y rattachent (lorsqu'elles sont prononcées) en cas de non respect de l'accord.

Il ne faudrait pas que la conclusion d'accord devienne une solution « passe droit » pour les entreprises. Si les organisations syndicales ont sur ce sujet une responsabilité particulièrement importante, il est également essentiel de réfléchir sur les conditions d'agrément de ces accords, voire sur les sanctions envisageables.

5. Les entreprises adaptées

La possibilité laissée sans contrainte aux entreprises adaptées d'effectuer des recrutements de travailleurs handicapés « en direct » sans passer par la **Cdaph** entraîne dans certains départements à une sélection par le haut de personnes ne relevant pas du milieu protégé.

Ce type de pratiques va conduire par ricochet à une augmentation du niveau de recrutement dans les Esat. Il s'en suivra la mise en foyer occupationnel de personnes handicapées qui jusqu'alors pouvaient travailler. Les conséquences sociales ne se mesureront que dans plusieurs années.

On pourrait laisser aux entreprises adaptées une « marge » de 10% maximum de recrutement en direct ; le reste des recrutements devant être issus d'orientation de la **Cdaph**.

6. L'emploi dans la fonction publique

La Fnath est membre du comité national du fonds fonction publique. La mise en place de ce fonds s'est heurtée à de nombreuses difficultés, notamment relationnels entre les représentants des associations et des organisations syndicales, ce qui a conduit à un certain retard dans la définition des principes d'action et de financement.

Le décret sur le fonds fonction publique mériterait également d'être modifié. L'impossibilité pour les personnes handicapées de saisir directement le FIPHFP pour bénéficier d'aides techniques ou pour effectuer des formations permettant la préparation aux concours de la fonction publique est un frein important à l'intégration de travailleurs handicapés dans la fonction publique. En outre, dans le cadre de « la participation des personnes handicapées », il serait nécessaire de prévoir dans les textes une seconde vice-présidence, réservée à un représentant d'une association.

Propositions

- ▲ Simplifier le dispositif de reconnaissance de la lourdeur du handicap dans la perspective de l'intégration professionnelle des travailleurs handicapés (en entreprise ordinaire) ;
- ▲ Améliorer le cumul du salaire et de l'AAH et en clarifier les modalités d'exécution (en entreprise ordinaire) ;
- ▲ Augmenter le montant de l'aide au poste pour couvrir l'équivalent de la part salariale restant à la charge de l'État (en entreprise adaptée) ;
- ▲ Redonner aux entreprises adaptées la mission de favoriser l'intégration professionnelle au milieu ordinaire des travailleurs handicapés accueillis en entreprise adaptée mais avec, cette fois, les moyens *ad hoc* (en entreprise adaptée) ;
- ▲ Augmenter le taux d'encadrement du personnel médico-social employé dans les établissements et services d'aide par le travail (en emploi protégé) ;

- ▲ Simplifier les procédures avec les autorités de tutelle en cas de situations d'urgence, afin de mieux assurer la sécurité d'un travailleur handicapé (en emploi protégé) ;
- ▲ On pourrait laisser aux entreprises adaptées une « marge » de 10% maximum de recrutement en direct ; le reste des recrutements devant être issus d'orientation de la CDAPH ;
- ▲ Le décret sur le fonds fonction publique mériterait également d'être modifié ;
- ▲ A quoi il faut ajouter, nous semble-t-il, qu'il n'y a, à ce jour, aucune suite donnée au plan métiers prévu à l'article 79 de la loi qui devait sortir un an après. Pourquoi ?

III. CADRE BATI

D'après Christian François :

• Préambule

Ce rapport est établi à la lecture des seuls textes réglementaires d'application de la loi du 11 février 2005, officiellement publiés ou appliqués au 1^{er} mai 2007, à savoir :

- la loi du 11 février 2005, articles 41 à 52 ;
- le décret du 17 mai 2006 relatif à la mise en accessibilité du cadre bâti ;
- l'arrêté du 1^{er} août 2006 relatif à la mise en accessibilité des bâtiments d'habitation collectifs et des maisons individuelles neufs ;
- l'arrêté du 26 février 2007 relatif à la mise en accessibilité des bâtiments d'habitation collectifs existants ;
- l'arrêté du 26 février 2007 relatif au coût de la construction servant à déclencher, pour l'existant, l'obligation de mise en accessibilité ;
- l'arrêté du 22 mars 2007 relatif aux attestations de conformité.

Et textes de référence significatifs illustrant la situation antérieure :

- la circulaire 82-81 du 4 octobre 1982 ;
- le guide technique pour l'application des textes réglementaires intitulé : « L'accessibilité des bâtiments d'habitation collectifs neufs », juin 2004, DGUHC.

• Introduction

La loi du 11 février 2005 affirme la nécessité d'étendre la notion d'accessibilité de la cité à l'ensemble des différentes formes de handicap et l'élargissement du champ d'application des dispositions architecturales reconnues depuis la loi de 1975. Elle transforme en obligations quelques recommandations antérieures, institue un processus de contrôle de la prise en compte de l'accessibilité

aux termes des travaux et s'oblige à un état des lieux de sa propre application, trois ans après sa promulgation.

Au-delà de ces principes clairement affirmés par le législateur, leur matérialisation est tributaire, eu égard aux secteurs d'activité concernés, de nombreux textes réglementaires techniques, complexes et précis, où quelques centimètres et degrés en plus ou en moins peuvent obérer tous les souhaits et les efforts des personnes en situations de handicap à vivre pleinement, avec leurs particularités, dans la « normalité » au milieu de tous.

Les nécessaires et indispensables solutions normatives, architecturales, organisationnelles ou techniques à mettre en œuvre sont de nature différente et de portée variable.

Certaines d'entre elles sont liées à la seule mise à disposition d'équipements spécifiques additionnels pour les personnes sourdes ou malentendantes, au respect de normes existantes à adapter pour les personnes aveugles ou malvoyantes, à la promotion et au développement de normes trop méconnues, telle que la signalétique adaptée aux personnes éprouvant des difficultés à se repérer dans l'espace.

La plupart de ces dispositions peuvent, sans difficultés techniques majeures, être mises en place rapidement, y compris dans le bâti existant.

D'autres, matériellement plus conséquentes, sont tributaires de principes de conception architecturale, de normes et de choix techniques de construction du cadre bâti devant être prises en compte dès la conception d'un bâtiment.

Dès que l'on évoque cet aspect de la mise en accessibilité de la cité, la problématique du handicap moteur vient à l'esprit de chacun. Or, certaines solutions conceptuelles, nécessaires à minimiser des difficultés spécifiques aux personnes sourdes ou malentendantes, aveugles ou malvoyantes peuvent et doivent être prises en compte dès la conception d'une construction.

Déjà appréhendée avec justesse par la loi de 1975, la problématique de l'accessibilité liée au handicap moteur, notamment en relation avec l'emblématique usage d'un fauteuil roulant, reste cependant prépondérante.

C'est au sens de l'article L. 111-7-1 du code de la construction et de l'habitation issu de l'article 41 de la loi du 11 février : « ... *Les mesures de mise en accessibilité des logements sont évaluées dans un délai de trois ans à compter de la publication de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005...* » que sont analysées ici les dispositions techniques prévues par les textes réglementaires d'application.

A. REMARQUES COMMUNES A L'ENSEMBLE DES TYPES D'HABITAT

L'analyse détaillée de ces différentes dispositions, de principe ou techniques, met d'ores et déjà en évidence, avant même que l'ensemble des textes réglementaires d'application ne soit connu - les circulaires en particulier -, des incohérences et des

insuffisances contraires au principe d'accessibilité généralisé décliné par la loi du 11 février 2005. Certaines de ces dernières apparaissent d'ores et déjà régressives, d'autres seront à coup sûr inopérantes, voire dangereuses.

Il convient de dissocier les observations relatives aux principes de base définis par la loi et celles d'ordre technique édictées par les textes réglementaires.

1. Dans la loi du 11 février 2005

a) Construire pour son propre usage

Le principe légitimé par la dernière phrase de l'article L.111-7 : « *Ces dispositions ne sont pas obligatoires pour les propriétaires construisant ou améliorant un logement pour leur propre usage* » semble pour le moins anachronique dans le contexte de prise de conscience des conséquences du vieillissement de la population, en terme de multiplication des situations de handicap, en particulier liées à l'inadaptation du cadre bâti.

Au vu des incontestables difficultés, tant financières que techniques, à rendre accessible le bâti existant, cette restriction paraît inadaptée à la situation. Et ce d'autant que le surcoût éventuel d'une adaptabilité pensée à la construction sera reconnu dérisoire dès qu'il sera comparé au coût, tant humain pour le propriétaire que financier pour ce dernier et la collectivité, d'un placement en institution motivé par la seule non-accessibilité du foyer familial.

Propositions

▲ La loi, à défaut de l'imposer, se doit, dans l'esprit et dans les faits, d'inciter les particuliers à mettre en œuvre les dispositions propres à minimiser les conséquences de la perte d'autonomie. Il semblerait logique que toute construction de maison individuelle, bénéficiant d'une aide financière, directe ou indirecte, de la collectivité, réponde aux critères minimaux d'adaptabilité ;

▲ Il semblerait tout aussi logique que la disposition accordant une facilité de calcul de la SOHN soit étendue à tous les propriétaires choisissant de construire « adaptable » de leur propre initiative.

b) Subvention et notion du gros œuvre

La loi du 11 février 2005 évoque l'éventuel remboursement de toute subvention publique accordée « *pour la construction, l'extension ou la transformation du gros œuvre d'un bâtiment soumis aux dispositions des articles L. 111-7-1, L. 111-7-2 et L. 111-7-3* » en cas de non-respect de la prise en compte de l'accessibilité. »

Or le vocable « gros œuvre » est restrictif et ne désigne, dans le monde du bâtiment, que le portant (fondations et murs porteurs), le fermant (portes extérieures et fenêtres) et le couvrant (toiture). Ces trois éléments ne sont pas les plus impliqués dans la mise en accessibilité d'un bâtiment et, paradoxalement, les travaux de construction ou de rénovation des éléments majeurs de cette problématique, tels que les circulations, escaliers, ascenseurs, cloisonnements intérieurs, etc. échappent de fait à cette disposition positive.

Dans le contexte de la mise en accessibilité de la cité, cette notion de subvention devrait être étendue aux participations financières « privées » qui sont souvent, pour les donateurs, génératrices d'abattements fiscaux, s'apparentant ainsi à un transfert, certes légal, d'argent public.

Propositions

▲ Il semble donc nécessaire d'explicitier, en la détaillant, cette mesure et d'en étendre la portée à toute subvention publique ou privée soutenant les travaux de construction, d'extension et de transformation, ayant ou pouvant avoir des conséquences en terme d'accessibilité d'un bâtiment soumis aux dispositions des articles L. 111-7-1 à L. 111-7-3 du code de la construction et de l'habitation ;

▲ Il semble également logique et nécessaire d'étendre systématiquement ce principe d'obligation d'accessibilité lié à un apport d'argent public à tout octroi de prêts immobiliers bonifiés.

2. Dans les textes réglementaires

a) Espace de manœuvre de porte

Les textes réglementaires prévoient un espace de manœuvre de chaque côté des portes des parties communes d'un immeuble et des portes principales des appartements.

Certes cette disposition autorise le va-et-vient d'un fauteuil roulant suffisant à assurer l'ouverture et le franchissement de la porte, mais lui interdit toute manœuvre de demi-tour et cela est inconcevable au vu des dessertes assurées par les portes concernées.

En effet, si une personne contrainte de se déplacer en fauteuil roulant se présente, en qualité de visiteur, devant une porte à contrôle d'accès en l'absence de l'occupant des lieux, elle devra rebrousser chemin en marche arrière. Ce qui ne saurait être admis au vu de la difficulté, voire de la dangerosité de ce type de manœuvre. La descente en marche arrière d'une rampe d'accès demande une dextérité peu commune.

Dans la même configuration d'espace et de surface, il sera impossible à une personne se déplaçant en fauteuil roulant de fermer à clé, de l'intérieur comme de l'extérieur, la porte principale de son appartement.

Plus dangereux, ce même principe d'espace de manœuvre retenu à l'approche et à l'intérieur des sas de sécurité, obligatoirement présents dans les parkings des bâtiments d'habitation collectifs, expose les personnes contraintes de se déplacer en fauteuil roulant à des risques inacceptables.

En effet, si après avoir franchi la première porte d'un sas, un usager en fauteuil roulant découvre, en ouvrant la seconde porte du sas, qu'un incendie s'est déclaré dans le parking, il restera bloqué dans le sas car il lui sera impossible d'ouvrir derrière lui la première porte, en la tirant de surcroît. Cette manœuvre sera d'autant plus difficile que la porte, sas de sécurité oblige, sera munie d'un système ferme-porte accroissant, d'une part, l'effort à produire et assurant, d'autre part, la fermeture immédiate de ladite porte dès que la poignée est lâchée. Ce qui sera systématiquement le cas dès que la personne en situation de handicap essaiera de faire progresser son fauteuil roulant avec ses deux mains...

Bien que les conséquences éventuelles soient d'un tout autre ordre, cette spécification posera de sérieux problèmes quand deux fauteuils roulants ou un fauteuil roulant et une poussette seront amenés à se croiser à cet endroit. Elle obligera l'un des deux « protagonistes » à rebrousser chemin en marche arrière jusqu'à un endroit où le croisement sera possible.

Propositions

▲ Il faut imposer systématiquement le principe simple et logique selon lequel : devant toute porte susceptible de ne pas être ouverte et de chaque côté d'une porte devant être fermée à clé, un espace de manœuvre autorisant le demi-tour d'un fauteuil roulant est obligatoire ;

▲ Cette disposition sera également appliquée de chaque côté des portes assurant un rôle dans un cheminement lié à la sécurité incendie.

b) Unité de vie

Les textes réglementaires de la loi de 1975 affirmaient très logiquement que l'unité de vie -ensemble des pièces à vivre d'un appartement dans lesquelles doit pouvoir circuler un fauteuil roulant - devait être de plain-pied et située, pour les appartements et maisons à étages, au niveau desservi par la porte d'entrée principale.

Les textes réglementaires de la loi du 11 février 2005 affirment quant à eux que cette unité de vie peut être répartie sur les différents niveaux d'un appartement ou d'une maison, et l'accès aux étages assuré par un escalier dit « adapté »...

Proposition

Nul besoin d'épiloguer longuement, le plus élémentaire bon sens impose :

▲ soit de revenir à la logique de la situation antérieure et d'exiger d'une unité de vie qu'elle soit de plain-pied et située au niveau desservi par la porte d'entrée principale de l'appartement ou de la maison ;

▲ soit d'imposer des dispositions techniques autorisant, le cas échéant, l'installation d'un système élévateur.

c) Escaliers « adaptés »

En relation avec les remarques formulées au paragraphe précédent, il est évident qu'un escalier, quelles qu'en soient les caractéristiques dimensionnelles, sera toujours une barrière architecturale infranchissable pour un usager se déplaçant en fauteuil roulant.

Il est tout aussi évident que le « portage » d'un fauteuil roulant dans un escalier ne saurait être reconnu, hors du contexte d'évacuation de sécurité par des personnels qualifiés, tels que des pompiers ou des ambulanciers, comme une solution pérenne admissible.

Enfin, il est tout aussi évident que si le « portage » d'une personne en situation de handicap était une solution affirmant l'accessibilité, il n'était nullement besoin de légiférer car, par cette technique, tout est accessible depuis la nuit des temps !

Ces évidences conduisent à affirmer que, pour ce type d'usager, les escaliers doivent être évités ou compensés par des rampes, pour les volées de quelques marches, et des systèmes élévateurs pour les escaliers plus conséquents.

Il n'en reste pas moins vrai que certaines personnes à mobilité réduite peuvent utiliser des escaliers et qu'il convenait d'en définir des caractéristiques minimales propres à leur en assurer un usage confortable et sécurisé.

Pour les escaliers des parties communes des BHC neufs, les textes réglementaires répondent globalement à ces attentes, mais cependant de manière imprécise pour les perrons extérieurs et partielle pour les escaliers des halls d'immeuble qui peuvent, au sens des textes réglementaires, être dispensés de main courante.

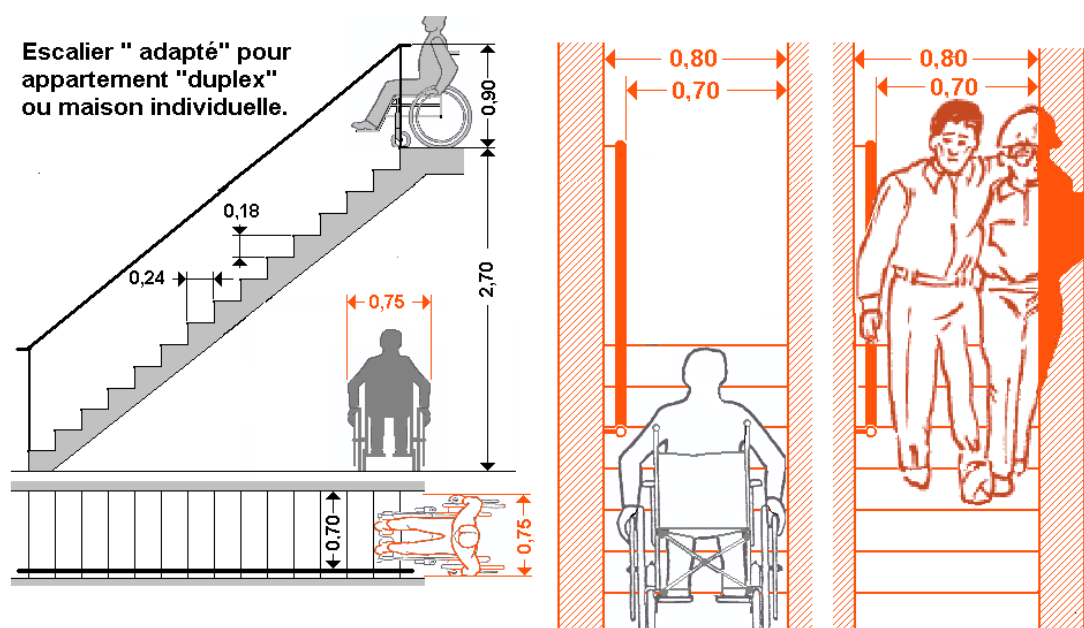
En revanche, il ressort de l'analyse des textes réglementaires qu'aucune étude ergonomique ciblée n'a guidé la définition des caractéristiques des escaliers intérieurs « adaptés » des appartements et des maisons individuelles à étages.

La notion d'escalier « adapté » sous-entendait de définir des escaliers dans lesquels une personne, éprouvant des difficultés de déambulation ou d'équilibre, puisse bénéficier d'une assistance humaine.

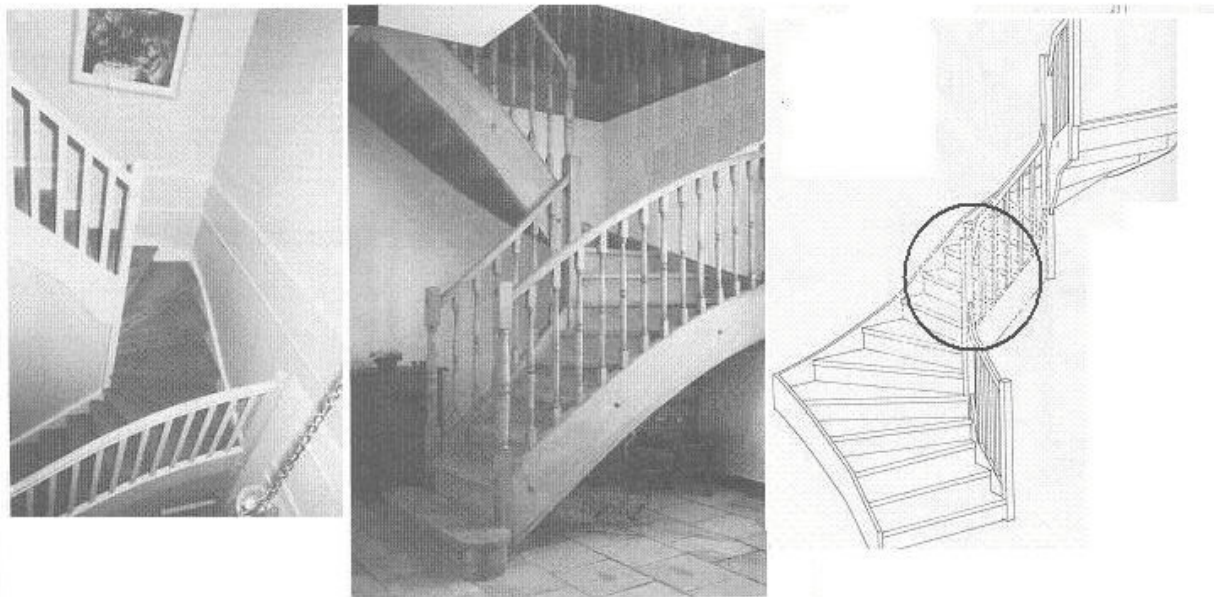
En pratique, la technique d'assistance est soit latérale, et nécessite alors une largeur d'au moins 1,20 m autorisant le passage de front des deux personnes, soit frontale, ce qui serait imposé ici par la largeur de 0,80 m retenue.

Or, si cette méthode est envisageable pour la montée de l'escalier où la personne « aidante » reste derrière la personne « aidée », minimisant ainsi les risques et les conséquences d'une chute, elle est totalement inadaptée et dangereuse à la descente. En effet, la personne « aidante » n'a d'autre solution que de se placer, une ou deux marches en avant, face à la personne « aidée », dos au vide et sur la pointe des pieds, car la profondeur de giron retenue (24 cm) impose d'avoir les talons dans le vide. Cela n'est pas de nature à assurer la sécurité de ces deux personnes et n'est donc pas acceptable.

La valeur de giron, partie de la marche où l'on pose le pied, retenue (24 cm) est inférieure à celle de 25 cm exceptionnellement admise pour les volées de quelques marches desservant les gradins dans les ERP.



Il convenait par ailleurs de choisir les types d'escaliers les plus confortables et sécurisant possible. Or tous les types d'escaliers restent autorisés, au point d'affirmer qu'un escalier hélicoïdal de 80 cm de large sera « adapté », ce qui est pour le moins sidérant.



Il est à noter que, si pour les escaliers des parties communes des BHC et les escaliers intérieurs des appartements « duplex », les attestations de conformité vérifient point par point les caractéristiques obligatoires des mains courantes, l'attestation de conformité des maisons individuelles n'atteste que de la seule présence d'une main courante. Cela permettra d'attester, à tort, qu'un escalier dont la main courante serait disposée d'un côté puis de l'autre au milieu de la volée, sera « adapté » à des personnes à l'équilibre altéré.

Tout cela permet, avec humour, d'affirmer que M. Coué a toujours des adeptes mais, plus sérieusement, autorise à se demander quel est le but véritablement recherché par cette approche superficielle : améliorer l'accessibilité et la sécurité des personnes physiquement vulnérables ou ne pas bousculer les habitudes, peu performantes en l'espèce, des professionnels du bâtiment ?

Un extrait de la revue « Les cahiers de l'Anah »¹ n° 117, juin 2006, relatant le colloque « Habitat existant, handicap et vieillissement », du 9 mars 2006, est particulièrement révélateur du dialogue de sourds :

Question de Christian François² : « *Qu'est-ce qu'un escalier adapté ?* »

Réponse d'Alain Jacq³ : « *Nous allons définir par arrêté la dimension d'un escalier qui permette à une personne handicapée de l'emprunter avec une aide. Toutefois les escaliers en colimaçon ne seront pas interdits car cela nous semble*

¹ Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat.

² Représentant de la CHA et de l'Anpim.

³ Ingénieur général des Ponts et Chaussées, en charge de la politique de la qualité de la construction et de la mise en place des dispositions réglementaires à la direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGUHC).

exorbitant par rapport aux habitudes de la profession. En revanche, ils seront aménagés pour les rendre plus adaptés. »

Il est bien entendu inconcevable d'imposer des escaliers de 1,20 m de large dans tous les intérieurs, en revanche, il est raisonnable d'imposer des escaliers à marches parallèles avec une main courante continue, utilisable de la même main tout au long de son utilisation.

Propositions

C'est, en relation avec la redéfinition de ce que doit être une unité de vie, un des points à entièrement reconsidérer le plus rapidement possible, en gardant à l'esprit les seuls textes à caractère officiel évoquant une notion approchante :

▲ d'une part, ce qu'affirmait la circulaire 82-81 explicitant la loi de 1975 à propos des escaliers des parties communes des BHC, pourtant plus larges et moins raides que le modèle proposé : *« Des escaliers ne constituent pas, bien entendu, un cheminement praticable par les personnes en fauteuil roulant. Néanmoins, il a paru utile, lorsque des logements en étage ne disposaient pas d'ascenseur, d'en faciliter l'accès aux personnes ayant des difficultés de déambulation, et de permettre le cas échéant qu'une personne en fauteuil roulant puisse y être portée, pour rendre des visites, ou suite à une immobilisation temporaire par exemple »* ;

▲ d'autre part, l'art PU3 du règlement de sécurité qui précise, pour des ERP sanitaires de 5^e catégorie : *« En aggravation des dispositions de l'article PE 11, les escaliers des établissements comportant des locaux à sommeil doivent avoir 1,40 m de large. »* et surtout des commentaires apportés à cet article PU3 par le Colonel Roland Lion, chef du bureau prévention de la brigade des sapeurs pompiers de Paris dans son ouvrage consacré aux petits ERP sanitaires. Commentaires : les escaliers de 0,90 m (voire 0,60 en accessoire) sont interdits dans ce type d'établissements où les malades peuvent être transportés avec un appareillage [NDLR : fauteuil roulant] ou être accompagnés, ce qui nécessite une largeur d'au moins deux unités de passage (NDLR : 2 UP = 1,40 m) ».

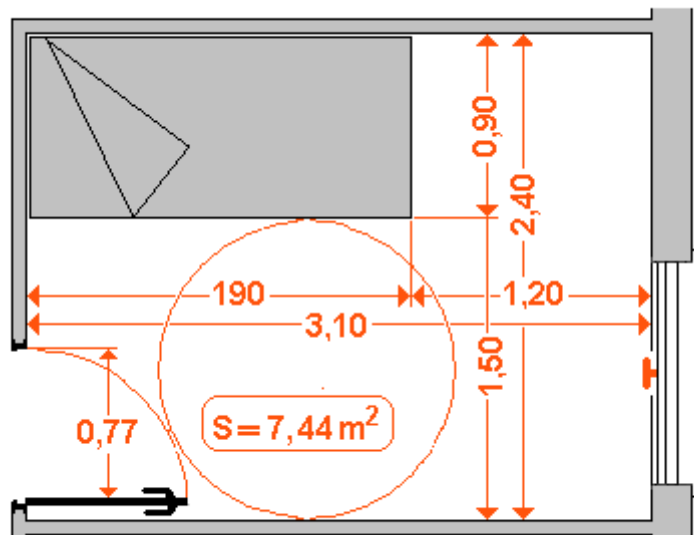
d) Chambres adaptées

Pour tous les types d'habitat, les textes réglementaires précisent qu'au moins une chambre de l'unité de vie, équipée d'un lit de 140 cm, doit être adaptable ou adaptée.

Ce choix sous-entend implicitement que la personne en situation de handicap sera l'un des parents du foyer. Si le hasard en décide autrement, l'enfant en situation de handicap occupera cette seule chambre à sa portée et ses parents seront alors contraints d'utiliser une chambre dimensionnée pour un lit d'une personne.

Or, paradoxalement, une chambre dimensionnée pour un lit de 90 cm et respectant les normes minimales d'habitabilité, présente dans la majorité des cas les caractéristiques dimensionnelles, en permettant son usage par une personne contrainte à se déplacer en fauteuil roulant. Son accessibilité effective est uniquement tributaire

de l'accessibilité du binôme « circulation/porte » la desservant, deux paramètres faciles à mettre en conformité.



Propositions

- ▲ Pour les appartements et maisons individuelles de plain-pied cette restriction est à lever ;
- ▲ Pour les appartements et maisons à étages, la chambre adaptée avec lit de 140 cm se situera au niveau accessible et, à l'étage, une chambre pour lit de 90 cm sera adaptable pour un lit de 140 cm.

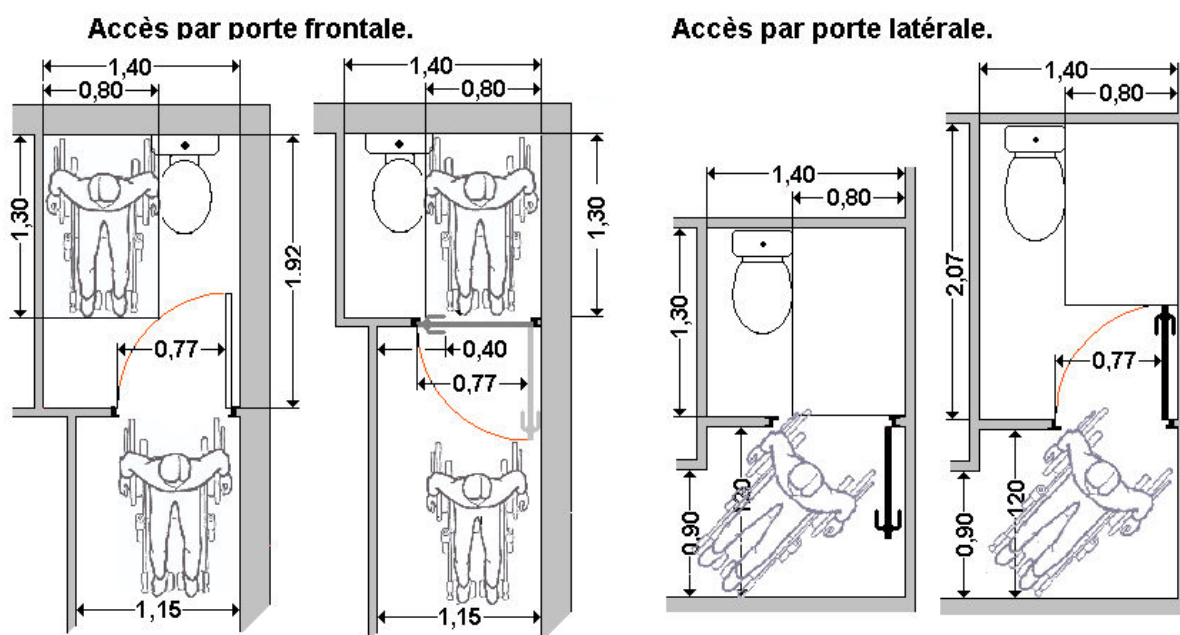
e) Cabinet d'aisances

Si pour la cuisine, la chambre et la salle de bain de l'unité de vie, la notion d'adaptabilité respecte l'esprit de la loi, en ce qu'elle en permettra l'accessibilité, le cas échéant, par des légers travaux ultérieurs, pour la pièce spécifique qu'est le cabinet d'aisances, elle n'est pas pertinente. En effet, elle n'en autorise pas l'usage par un visiteur se déplaçant en fauteuil roulant. Or, de l'ensemble des pièces de l'unité de vie, c'est bien celle qui risque le plus d'être sollicitée par un visiteur. Il est donc indispensable qu'elle soit adaptée dès l'origine.

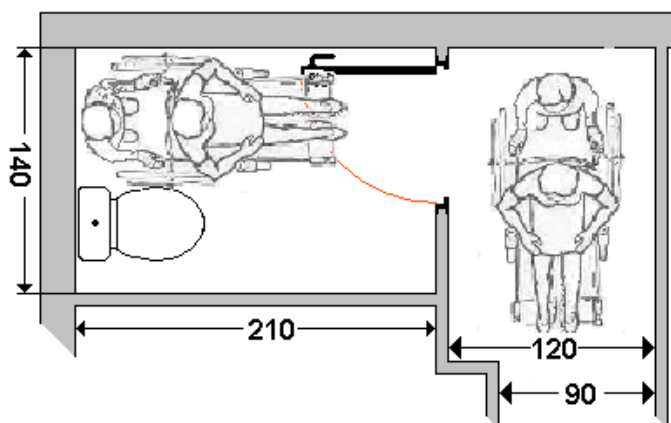
Les dimensions et la configuration qu'imposent les caractéristiques dimensionnelles minimales, édictées par les textes réglementaires de la loi du

11 février 2005, ne sont pas de nature à convenir à la grande majorité des personnes en situation de handicap.

Par ailleurs, la configuration minimale retenue oblige systématiquement un usager en fauteuil roulant à accéder à ce local en marche arrière, depuis un couloir large de 120 cm n'autorisant pas la manœuvre de demi-tour. Donc, en fait, à devoir faire le demi-tour indispensable dans le séjour, la chambre ou la cuisine, et à traverser l'appartement en marche arrière.



Manœuvre exigeant une dextérité certaine pour un usager autonome et absolument inadaptée à un usager devant être poussé dans son fauteuil roulant. En effet, où devra se positionner la personne « aidante » dans la phase finale de l'approche ? Elle se retrouvera bloquée entre les poignées du fauteuil roulant et le mur du local.



Le transfert du fauteuil roulant à la cuvette, quand ces deux éléments sont parallèles, n'est possible de manière autonome qu'aux personnes disposant d'un bon équilibre, d'une grande mobilité et d'une force musculaire certaine.

Les caractéristiques minimales retenues sont aussi inadaptées aux personnes dépendantes, en termes de conditions d'hygiène et de respect de leur dignité, qu'elles le sont en termes de qualité et de sécurité de travail des personnels « aidants ».

Au vu de ces constats, en configuration « adaptable », un cabinet d'aisances doit disposer d'un espace d'usage de 80 cm sur 130 cm, parallèle à la cuvette, en autorisant ainsi l'usage occasionnel avec un minimum de confort. En configuration « adaptée », le cabinet d'aisance d'un appartement doit impérativement offrir une aire de giration de 150 cm de diamètre libre de tout obstacle aux abords de la cuvette.

La solution la plus satisfaisante étant que la cuvette WC soit intégrée d'origine à la salle de bain, et bénéficie ainsi de l'aire de giration de 1,50 m de diamètre qui y est déjà, de toute façon, obligatoire. Cette solution fonctionnelle est particulièrement bénéfique en termes de surface occupée et sera de nature à éviter les accès en marche arrière, puisque le demi-tour sera possible à l'intérieur du local. Le travail du personnel « aidant » y sera plus aisé et l'hygiène de la personne en situation de handicap plus facilement assurée, du fait de la présence d'un lavabo.

D'autres solutions « adaptables » sont cependant concevables :

- soit le local sanitaire, contigu à la salle de bain, dispose à l'origine de l'espace d'usage et l'abattage de la cloison séparatrice, n'abritant ni tuyauterie ni câblage électrique, permettra sans travaux supplémentaires d'obtenir une solution optimisée en définissant une aire de giration commune à la salle de bain et aux WC ; si cette cloison, dite cloison sèche, est mise en place après la pose des revêtements de sol et muraux, son démontage se fera sans nécessité de raccords de finition souvent délicats à exécuter ; il sera même possible, le cas échéant, de remonter une nouvelle cloison sans plus de difficulté technique ;

- soit le local sanitaire dispose, à l'origine, de l'espace d'usage (80 cm x 130 cm) autorisant l'usage occasionnel des WC par un visiteur handicapé et il sera techniquement possible d'installer une seconde cuvette de WC dans la salle de bains ;

- soit le local sanitaire dispose d'origine d'une aire de giration de 1,50 m de diamètre. Cette surface pouvant être partiellement occupée pour un autre usage, tout en préservant un espace d'usage minimal pour un visiteur et totalement dégagée, dès lors qu'elle devra servir à un occupant de l'appartement en situation de handicap. Dans tous les cas, un lavabo est obligatoire dans ce local.

Il est à noter que l'ensemble des caractéristiques, non satisfaisantes, retenues pour les cabinets d'aisances de l'habitat conventionnel est appliqué, à l'identique, dans les ERP à vocation commerciale et dans les cabinets d'aisances attenants aux chambres des ERP hospitaliers et assimilés.

On est en droit de penser que pour les ERP hospitaliers, et assimilés neufs, un cahier des charges sérieux permettra de pallier ces insuffisances, mais dans des bâtiments existants, dans le parc des établissements d'accueil de personnes en situation de handicap et les maisons de retraite en particulier, cette approche est à reconsidérer. Ces établissements doivent échapper à cette réglementation générale et doivent bénéficier de sanitaires réellement adaptés à leur public.

Proposition

▲ Un principe simple doit être retenu : au vu de la nécessité de permettre l'usage d'un cabinet d'aisances à un visiteur se déplaçant en fauteuil roulant, de la complexité et la diversité des techniques de transfert, il semble indispensable de traiter cette pièce comme une composante indissociable de la salle de bain et d'imposer soit un module salle de bain/sanitaires comportant une aire de giration commune, soit un module salle de bains/sanitaires comportant une aire de giration commune et un second cabinet d'aisance standard pour les appartements occupés pas plus de deux personnes.

f) Accès aux balcons

Arrêté du 1^{er} août 2006, Art. 14. - Dispositions relatives aux accès aux balcons, terrasses et loggias : « *dans les logements ayant fait l'objet d'une demande de permis de construire déposée à compter du 1^{er} janvier 2008, tout balcon, loggia ou terrasse, situés au niveau d'accès au logement, doit posséder au moins un accès depuis une pièce de vie respectant les dispositions suivantes :*

- Caractéristiques dimensionnelles : la largeur minimale de l'accès doit être de 0,80 m.

- Atteinte et usage : le ressaut dû au seuil de la porte-fenêtre et rendu obligatoire par les règles de l'art doit être franchissable **à l'aide d'un plan incliné éventuellement additionnel.**

Une bonne illustration valant une longue explication, était-il besoin d'un article d'un arrêté ministériel pour légitimer le type de solution bricolée illustré ci-après ?



Diverses questions de bon sens viennent à l'esprit :

- Où stocker cet appareillage pour qu'il reste à la portée de son éventuel utilisateur ?

- Comment refermer la porte-fenêtre qui, en la circonstance, resterait systématiquement ouverte pendant chaque séjour de la personne en situation de handicap à l'extérieur de l'appartement.

Solution par ailleurs très dangereuse sur un balcon étroit où la pente longitudinale se transformera en dévers exécutif dès que le fauteuil roulant devra effectuer un quart de tour pour se déplacer sur le balcon ou un demi-tour pour revenir dans le logement.

Si cette solution est validée, les 15 cm de remontée d'eau habituellement pratiqués resteront d'actualité et le dévers serait de 15/100 ou 15 % alors que, tout au long des textes réglementaires, il est toléré à 2 % tout au plus.

Solution inopérante à mettre en œuvre la notion d'accessibilité avec un maximum d'autonomie revendiquée par la loi et les personnes en situation de handicap.

Cette solution simpliste, véritable dégagement en touche, serait évidemment applicable sans délai. Elle ne correspond donc pas aux solutions envisagées par le législateur qui, en octroyant trois ans de délai de mise en place, sous-entendait par là même qu'il songeait à des solutions techniques plus élaborées, nécessitant éventuellement quelques études complémentaires.

Ce sujet mérite un réexamen profond au cours duquel il faudra s'accorder sur la définition des mots balcon, loggia et terrasse. Accéder à un balcon par un passage de 0,80 m sous-entend que, pour s'y déplacer en fauteuil roulant, celui-ci présente au moins une largeur de 1,20 m autorisant une manœuvre de quart de tour, ce qui n'est généralement pas le cas d'un balcon.

Proposition

▲ Il faut imposer une solution plus en rapport avec les souhaits du législateur et les attentes et besoins des personnes en situation de handicap, d'autant qu'une application attentive des DTU afférents - en particulier le DTU 36-1, art. 5.45.5, qui définit des seuils surbaissés de 2 ou 5 cm - l'autorise déjà sans problème technique majeur.

B. BATIMENTS D'HABITATION COLLECTIFS NEUFS

La loi du 11 février 2005 et ses textes réglementaires d'application tentent de compléter la réglementation issue de la loi de 1975 qui, pour le secteur des bâtiments d'habitation collectifs, pour peu qu'elle fut appliquée, appréhendait la situation avec justesse et efficience.

Les améliorations d'ordre architectural et conceptuel souhaitées par le législateur, des salles de bains équipée de douches à siphon de sol et accès aux balcons, étant soumises à délais, il est impossible, pour l'instant, d'en mesurer les effets sur le terrain. Pour l'accès aux balcons, la disposition avancée, véritable bottée en touche, est une négation de l'accessibilité en toute autonomie.

Les interprétations résultant des textes réglementaires connus à ce jour laissent d'ores et déjà présager d'une efficacité en trompe-l'œil quasi nulle pour la réserve d'ascenseur, et d'une véritable régression, reconnue comme telle par M. Chossy, rapporteur devant l'Assemblée nationale, de la loi du 11 février 2005, dans son rapport d'information n° 3161 de juin 2006, pour la notion d'unité de vie applicable aux appartements « duplex ».

1. Appartements situés en rez-de-chaussée et ceux desservis par ascenseur ou susceptibles de l'être

La réglementation imposait jusqu'alors un ascenseur pour tout immeuble de quatre étages et plus, au dessus du rez-de-chaussée et cela sans tenir compte du nombre et du type d'appartements à desservir, donc à la limite un ascenseur pour quatre studios superposés et quatre habitants. Ceci reste inchangé.

En revanche, pour les immeubles ou parties d'immeuble de moins de quatre étages, comportant plus de quinze appartements au-dessus du rez-de-chaussée, le décret du 17 mai 2006 impose de prévoir, dès la construction, une « réserve » autorisant l'installation ultérieure d'un ascenseur.

En fait, cette disposition concernerait des immeubles de trois étages offrant de cinq à six appartements par palier, ce qui est rarissime si ce n'est impossible. En effet, la typologie actuelle des plans d'immeubles collectifs d'habitation, avec l'obligation de double orientation des logements trois, quatre et cinq pièces, fait apparaître une moyenne de trois à quatre appartements par palier.

Au-delà de ce constat démontrant la portée illusoire et trompeuse de cette disposition, il est à souligner que même en adoptant le seuil plus réaliste de neuf appartements sur trois niveaux, le décret ne précisant ni quand, ni pourquoi, ni par quel mode de financement serait réalisée la pose de l'ascenseur, les risques de conflits entre copropriétaires et les situations stigmatisantes à l'encontre des personnes en situation de handicap demandeuses, sont malheureusement plus que prévisibles.

En supposant ces sources de conflits résolues, dans le meilleur des cas, l'instruction d'un dossier de faisabilité et le financement aidé par l'Anah d'un tel projet est de l'ordre de douze mois. Le coût de la fourniture et la pose de l'ascenseur, dans le contexte technique favorable lié à la présence d'une réserve, est de l'ordre de 50 000 euros TTC. Si la personne, victime d'une perte d'autonomie, ne peut rejoindre son appartement du seul fait de cette inaccessibilité et nécessite un séjour en institution adaptée à son handicap pour la même période, le coût global de sa prise en charge par la collectivité sera, sur la base d'un prix de journée de 300 euros, de l'ordre de 110 000 euros.

Selon B. Quignard, expert en ascenseur auprès la Cour de cassation, dans son ouvrage « Ascenseur et sécurité », la seule présence de cet équipement surévalue en moyenne de 10 % la valeur marchande (et non le coût de construction) d'un immeuble de trois étages (5 % pour les appartements situés au 1er étage, 10 % la valeur de ceux situés du 2eme étage et 16 % la valeur de ceux situés au 3^e étage).

Sur la base du coût de la construction 2006, retenue par la DGUHC¹ au sens de la loi du 11 février 2005 (1 287 euros HT, hors foncier et honoraires) et d'une surface moyenne de 65 m² par appartement, l'ensemble de neuf appartements construits au-dessus du rez-de-chaussée reviendrait à 753 000 euros. Le surcoût lié à l'ascenseur serait de 42 000 euros, soit 5,6 % du coût global.

La synthèse de ces deux derniers paragraphes met en évidence qu'en assimilant la valeur marchande de l'immeuble à son coût de construction, ce qui bien entendu est une hypothèse minimaliste improbable, car sous-entendant une marge commerciale nulle, la présence d'un ascenseur offre déjà une marge bénéficiaire supplémentaire de 4,4 %.

¹ Direction générale de l'urbanisme de l'habitat et de la construction.

Proposition

Les règles d'urbanisme applicables hors des grandes agglomérations autorisent rarement la construction d'immeubles de plus de trois étages, donc d'immeubles équipés systématiquement d'ascenseurs. Il semble par conséquent nécessaire de modifier les critères d'obligation d'ascenseur en prenant en compte plusieurs paramètres, tels que :

- ▲ le nombre de logements adaptables et adaptés existants dans un périmètre géographique ou administratif déterminé ;
- ▲ le nombre des demandes de logements répertoriées ;
- ▲ un seuil minima d'appartements, déclencheur d'obligation plus réaliste, en gardant à l'esprit que, actuellement, un ascenseur est obligatoire pour éventuellement quatre studios superposés.

2. Les appartements « duplex »

La disposition du décret du 17 mai 2006, autorisant de manière pérenne la transformation d'une partie du séjour en chambre, alors que la loi de 1975 imposait une chambre indépendante au niveau accessible de l'unité de vie, est clairement régressive. Ses conséquences, en termes de promiscuité et d'atteinte potentielle à la dignité d'une personne dont il faudra assurer la toilette au lit, paraissent évidentes dans un appartement occupé *a priori* par plusieurs personnes.

En faisant abstraction de toute notion d'habitat original ou luxueux, ce choix technique, actuellement marginal, est amené à se développer car c'est une solution fonctionnelle à plus d'un titre pour de grands appartements.

Si la situation est analysée à partir d'une situation de handicap établie, il est évident que l'on évitera de la retenir. En revanche, en termes de situations de handicap à prévenir, le retour à la réglementation antérieure semble indispensable, car si vivre dans un « duplex » était une assurance anti-handicap, cela se saurait et il y aurait de la demande...

Proposition

- ▲ Soit revenir à la situation antérieure s'impose et une chambre indépendante est obligatoire au niveau accessible, soit la possibilité d'installer un système élévateur est prévue dès la conception de l'appartement.

3. Bâtiments d'habitation collectifs existants

En sus des dispositions communes à celles formulées pour les BHC neufs, la mise en accessibilité des BHC existants est soumise à un ratio financier établi entre le montant des travaux à entreprendre et 80 % du coût de la construction, hors foncier, hors taxes et hors honoraires d'une surface neuve équivalente.

Il est à remarquer que cette interprétation diffère de ce que demande la loi :

« Art. L. 111-7-2. : Des décrets en Conseil d'Etat fixent les modalités relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées prévue à l'article L. 111-7 que doivent respecter les bâtiments ou parties de bâtiments d'habitation existants lorsqu'ils font l'objet de travaux, notamment en fonction de la nature des bâtiments et parties de bâtiments concernés, du type de travaux entrepris ainsi que du rapport entre le coût de ces travaux et la valeur des bâtiments au-delà duquel ces modalités s'appliquent. »

En effet, la loi mentionne la valeur du bâtiment, ce qui pourrait être interprété comme étant la valeur vénale ; or le décret prend en référence le montant des travaux de rénovation et ceux, virtuels, de construction du "neuf" équivalent. Cette interprétation est certes moins restrictive mais l'imprécision générale permettra des manœuvres de contournement des obligations. Il semble nécessaire d'explicitier cette disposition.

Pour l'année 2006, ce coût de référence est fixé, par l'administration, à 1 287 euros HT, ce qui conduit à dire que si les travaux entrepris sont estimés à plus de 1 060 euros par m², la mise en accessibilité sera faite à l'identique du neuf.

Comparé aux données collectées sur le site Internet public de l'architecte Roland Castro, spécialiste reconnu en réhabilitation d'envergure, ce chiffrage par l'administration semble être surévalué et très dissuasif.

Habitat collectif neuf							
	Nb log	Shon	Surf/log	Coût initial	Année	Actual. 2006	Coût/m2
Alforville	188	15 000	80	17 900 000	1995	22 830 000	1 520
Paris 17ème	28	2 300	82	2 900 000	2002	3 190 000	1 390
Paris 18 ème	58	5 500	95	5 040 000	1998	6 100 000	1 110
Oulins	94	8 800	94	4 500 000	1988	6 530 000	740
Clermont Ferrand	220	21 000	95	8 800 000	1997	10 800 000	510
Totaux & moyennes	588	52 800	89			49 450 000	940
Habitat collectif rénové							
	Nb log	Shon	Surf/log	Coût initial	Année	Actual. 2006	Coût/m2
Argenteuil	142	9 940	70	6 250 400	2002	6 900 000	690
Lorient	480	38 000	79	16 922 000	1996	21 200 000	560
Villeneuve la Garenne	1620	108 500	67	46 940 000	1997	57 500 000	530
Dunkerque 1	50	3 500	70	1 524 000	1999	1 800 000	510
Dunkerque 2	152	10 640	70	2 805 000	1999	3 300 000	310
Totaux & moyennes	2444	170580	70			90 700 000	530
Ratio coût réhabilitation / neuf :							56,4%

Au-delà de cette base de référence très élevée, il convient de souligner plusieurs éléments de nature à fausser l'approche objective de la situation.

D'une part, il semble inconcevable d'appliquer une valeur unique sur l'ensemble du territoire national, le coût de la construction étant évidemment différent d'une région à l'autre, ce qui est mis en évidence par l'étude jointe.

D'autre part, l'ambiguïté rédactionnelle de l'article R. 111-18-9 pose un problème : « *Lorsque, à l'occasion de travaux de modification ou d'extension portant sur un bâtiment ou une partie de bâtiment d'habitation collectif ou à l'occasion de travaux de création d'un bâtiment ou d'une partie de bâtiment par changement de destination, le rapport du coût des travaux à la valeur du bâtiment est supérieur ou égal à 80 %, les dispositions architecturales et les aménagements du bâtiment doivent satisfaire aux obligations suivantes :* ».

En effet, il semblerait logique que le ratio déclencheur soit établi entre le coût des travaux entrepris sur une surface déterminée (partie du bâtiment) et celui de la valeur neuve d'une surface équivalente et non de celui de l'ensemble du bâtiment, comme l'a toujours affirmée l'administration lors des réunions d'information...

De plus, le peu de fiabilité de cette disposition n'incite pas à l'optimisme. En effet, l'obligation de mise en accessibilité ne pourra se décider qu'à la vue d'un devis estimatif dont on connaît, par expérience, la valeur aléatoire. En toute bonne foi, un devis peut être sous-estimé et autoriser, dans un premier temps, des travaux insuffisants en termes de mise en accessibilité, puis être réévalué en cours de chantier, au point qu'il aurait justifié la mise en accessibilité intégrale du bâtiment, alors qu'il sera trop tard pour le faire. Et cela peut se produire en toute bonne foi

Une conséquence probable des programmes de rénovation et de restructuration urbaine mériterait d'être étudiée avec précision. Quand on remplace un bâtiment de grande hauteur, certes vétuste mais équipé d'ascenseurs, par des bâtiments de faible hauteur sans obligation d'ascenseur, on peut réduire d'autant l'offre de logements potentiellement accessibles. Il serait utile d'imposer des obligations spécifiques compensant cette éventualité.

4. Maisons individuelles neuves

L'adaptabilité des maisons individuelles neuves est un des objectifs affirmés de la loi du 11 février 2005. Alors que la loi de 1975 ne proposait, pour ce type d'habitat, que de simples recommandations, la nouvelle réglementation vise à imposer des dispositions architecturales identiques à celles prévues depuis 1975 pour les appartements des bâtiments d'habitation collectifs.

Ce progrès potentiel est d'emblée fortement contrarié par la dernière phrase de l'article L. 111-7 du CCH qui, en prévoyant : « *Ces dispositions ne sont pas obligatoires pour les propriétaires construisant ou améliorant un logement pour leur propre usage* », autorise de fait la majorité des accédants à la propriété à s'exonérer de toute précaution quant à une éventuelle perte d'autonomie, soudaine si due à un accident, prévisible et progressive quand elle est liée à l'avancée dans l'âge.

Cet objectif pâtit tout autant de la définition de l'habitat « individuel » édictée par les textes réglementaires de la loi du 11 février 2005. En effet, en affirmant qu'un habitat est « collectif » dès lors qu'il se compose de plus de deux, donc d'au moins trois appartements, le nombre d'habitations « individuelles », susceptibles d'être construites pour le propre usage de leur propriétaire, et donc non soumises à la loi du 11 février 2005, s'accroît d'autant.

Au-delà de ces conséquentes limites du champ d'application de la loi du 11 février 2005 et des réserves communes à tous les types d'habitats exprimées précédemment, quant à certaines caractéristiques des sanitaires, de l'absence d'une aire de giration autorisant le demi-tour d'un fauteuil de chaque côté de la porte principale et de la nécessité d'élargir l'offre de chambres adaptables par appartement, il convient d'apprécier l'efficience des dispositions spécifiques à ce type d'habitat.

5. Maisons individuelles de plain-pied

Les portes et circulations intérieures présentent des dimensions permettant la circulation d'un fauteuil roulant et l'unité de vie, comprenant la cuisine, le séjour, les sanitaires, la salle d'eau et au moins une chambre, est dite adaptable au sens de la loi.

Un point particulier semble cependant ne pas avoir été appréhendé à sa juste importance, celui des dimensions d'un éventuel garage intérieur. C'est une pièce difficilement adaptable après coup, et seule une largeur minimale de 330 cm d'origine sera de nature à résoudre les problèmes d'accessibilité. Les textes réglementaires en ne

mentionnant que les places à l'air libre et les boxes en parkings collectifs ne sont pas assez précis et prêtent à interprétation.

Il est cependant regrettable que les nouvelles dispositions architecturales prévues, pour tous les types d'habitat - la douche à siphon de sol et l'accès aux terrasses et loggias -, ne soient pas imposées sans délai ici où les contraintes avancées pour les BHC n'ont pas de sens. D'autant que, effet d'aubaine assuré pour ceux qui y sont éligibles, la disposition fiscale autorisant une déduction forfaitaire de 5 m² de la **schon** imposable, pour toute nouvelle construction « adaptable », est elle effective depuis janvier 2007.

6. Maisons individuelles à étages

Alors que ce type de construction est amené, pour des raisons de coût de construction et de maîtrise de l'occupation des sols, à se multiplier, sa mise en accessibilité est traitée par les décrets et arrêtés de la loi du 11 février 2005 de manière scandaleusement incohérente et inopérante.

Au sens de ces textes réglementaires, l'unité de vie, clairement et logiquement définie par la réglementation antérieure comme l'ensemble des pièces, de plain-pied, accessibles à un fauteuil roulant, est maintenant arbitrairement partagée entre le rez-de-chaussée - comprenant la cuisine, le séjour et les sanitaires - et l'étage - abritant la salle d'eau et la chambre adaptables. L'accessibilité de l'entité unité de vie étant prétendument assurée par un escalier « adapté ».

C'est incohérent, car à quoi bon exiger des couloirs, des portes et des pièces autorisant la circulation d'un fauteuil roulant à l'étage, si celui-ci ne peut y accéder ? Et c'est inopérant, car il est bien entendu impossible d'accéder à l'étage en fauteuil roulant de manière autonome ou de proposer le portage comme solution pérenne. D'autant que les caractéristiques dimensionnelles, retenues pour ces escaliers, sont mathématiquement inadaptées à cette pratique. Comment porter un fauteuil de 75 cm de large dans un espace de 71 cm ?

Ces caractéristiques sont tout aussi inadaptées aux personnes ayant besoin d'aide, voire dangereuses pour des personnes à mobilité réduite disposant d'un minimum d'autonomie.

Alors que, pour les appartements « duplex » des bâtiments d'habitation collectifs, les textes réglementaires opposables prévoient la solution déjà contestable, car en régression par rapport aux exigences de la loi de 1975, de pouvoir créer, le cas échéant, une chambre dans le séjour, ici le problème est proprement escamoté, totalement passé sous silence.

Et pour cause, les habitations ciblées par ces dispositions sont les « maisons à 100 000 euros », ou équivalentes, offrant une surface d'environ 45 m² par niveau, surface dans laquelle il est bien évidemment impossible de concevoir un séjour suffisamment spacieux autorisant, le cas échéant, l'implantation d'une chambre.

L'unique disposition spécifique retenue, en termes d'accessibilité, pour ce type d'habitat, est l'obligation d'un lavabo dans le cabinet d'aisances du rez-de-chaussée ! Il est à noter qu'aucune caractéristique dimensionnelle particulière n'est avancée pour en permettre l'utilisation par une personne se déplaçant en fauteuil roulant.

Il apparaît comme une véritable provocation de prétendre de telles dispositions sont « adaptées » et novatrices, dans de l'habitat neuf de surcroît.

Condamner une personne, ne pouvant utiliser un escalier, à dormir dans le séjour, sur un canapé, et faire sa toilette au lavabo du cabinet d'aisances est assurément à l'opposé des principes d'accessibilité attendus par les personnes en situation de handicap et pourtant clairement exprimés par le législateur.

Il semble inutile, au vu de l'ineptie des solutions avancées, d'épiloguer plus longuement, si la volonté du législateur est bien de rendre accessible à tous ce type d'habitat, cette partie des textes réglementaires est à réécrire au plus vite, en tenant compte cette fois :

- de la loi du 11 février 2005 ;
- du fait qu'un fauteuil roulant est incapable de franchir un escalier ;
- du fait qu'un escalier est source de difficultés et de dangers pour les personnes à mobilité réduite ;
- de l'obligation légale de concevoir des logements neufs salubres, décents et adaptables à tous.

Proposition

Une seule alternative s'impose pour que ce type de construction réponde à la définition de l'accessibilité demandée par le législateur :

- ▲ soit, *a minima*, l'obligation d'une unité de vie complète avec chambre indépendante et salle de bain adaptables au rez-de-chaussée ;
- ▲ soit une conception autorisant, le cas échéant, sans avoir à intervenir sur les structures porteuses, l'implantation d'un ascenseur ou système élévateur équivalent. Dans cette hypothèse, le permis de construire originel inclura cette éventualité sans qu'il soit nécessaire de le réactualiser ou le compléter en cas de besoin.

7. Maisons individuelles existantes

a) En ce qui concerne les maisons individuelles existantes privées

Qu'elles soient occupées par leur propriétaire ou proposées à la location, ces habitations échappent actuellement à toute disposition contraignante de mise en accessibilité.

Certes, il semble difficile d'imposer leur mise en accessibilité systématique. Les seules mesures envisageables sont de nature incitative. Il est primordial, pour ce secteur en particulier, de promouvoir et d'étendre l'action d'organismes conseillers et financeurs tels que le mouvement Pact Arim pour l'amélioration de l'habitat ou l'Anah par exemple.

b) En ce qui concerne les maisons individuelles existantes gérées par les bailleurs sociaux ou assimilés

Particulièrement important en province, ce type d'habitat échappe totalement, de manière pour le moins étonnante, à toute obligation de mise en accessibilité, puisque la loi et ses textes réglementaires ne concernent que la rénovation des bâtiments d'habitation collectifs existants. C'est assurément un des aspects de la loi à reconsidérer le plus rapidement possible.

Pour conclure, deux facteurs importants seraient de nature à qualifier de réussie la mise en accessibilité, présente et future, de l'habitat aux personnes en situation de handicap :

-d'une part, l'approche qualitative et fonctionnelle des dispositions architecturales et techniques à mettre en place ;

-d'autre part, l'approche prévisionnelle et quantitative des bâtiments adaptables à construire ou à rénovés.

Au vu des nombreux constats d'insuffisance ayant justifié sa mise en chantier, la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées avait l'ambition affichée de progresser dans ces deux directions.

Force est de constater, à l'analyse de ses textes réglementaires d'application publiés à ce jour, qu'il n'en sera rien et que l'émergence des nouveaux et nombreux besoins entraînés par le vieillissement général de la population aggravera, à coup sûr, la situation si tout reste en l'état.

• En ce qui concerne l'aspect qualitatif et fonctionnel des dispositions architecturales et techniques retenues :

L'évolution, de 1975 à 2005, de la typologie des utilisateurs de fauteuils roulant est très mal prise en compte, voire totalement ignorée par les textes réglementaires de la loi du 11 février 2005.

En 1975, les utilisateurs de fauteuil roulant étaient principalement, soit des personnes atteintes de pathologies à forme paraplégique, ayant l'usage de leur bras, ce qui leur autorisait une autonomie de déplacement, soit des personnes totalement dépendantes de tiers accompagnateurs.

En 2005, plus nombreux sont les utilisateurs de fauteuils roulant électriques et atteints de pathologies à forme tétraplégique, à qui l'amélioration constante des connaissances médicales et de la qualité des soins, d'une part, et de l'évolution technologique des matériels et leur vulgarisation, d'autre part, autorisent une plus grande autonomie de vie et de déplacement.

Cependant, ces progrès ne doivent pas faire oublier que ces personnes ne disposent souvent que d'une amplitude de mouvement et d'une force musculaire limitées, justifiant d'une adaptation qualitative, ergonomique et fonctionnelle améliorées des dispositions déjà énoncées en grande partie par la loi de 1975.

Cette indispensable réactualisation qualitative des différents paramètres architecturaux et techniques de la mise en accessibilité de la cité et de l'habitat en particulier semble ignorée voire traitée de manière régressive par les textes réglementaires d'application de la loi du 11 février 2005.

La désintégration de la notion d'unité de vie de plain pied, le traitement inadapté et dangereux des sas de sécurité des BHC et celui superficiel et tout aussi dangereux, à la limite de l'ineptie, des escaliers intérieurs « adaptés » sont des preuves symboliques et incontestables d'une approche partielle à reconsidérer le plus rapidement possible.

• En ce qui concerne l'aspect quantitatif et prévisionnel des besoins en termes d'habitat adaptable :

Bien qu'inéluctable et reconnu comme un des défis majeurs des prochaines décennies, la prise en compte des conséquences du vieillissement de la population n'est pas appréhendée à sa juste importance par la loi du 11 février 2005.

En effet, cette évolution démographique produira de nouvelles et nombreuses situations de handicap similaires à celles rencontrées dès aujourd'hui par les personnes dites handicapées,

Le manque manifeste de volonté à imposer ne serait-ce que l'adaptabilité systématique de toute nouvelle construction, d'évidence nécessaire pour au moins compenser la souvent difficile, partielle et coûteuse mise en accessibilité de l'habitat existant, est une des preuves manifestes de la sous-estimation du déficit de logements adaptables.

L'opportunité, offerte par la loi du 11 février 2005, d'engager une politique de mise en accessibilité de la cité, ambitieuse et propre à combler les insuffisances

actuelles reconnues et à prévenir, dans l'habitat en particulier, de nouvelles situations de handicap, n'est pas exploitée à la hauteur des attentes des personnes en situation de handicap et des demandes du législateur par les règlements actuels.

Il conviendrait d'y remédier rapidement en s'appuyant sur les propositions formulées pour chacun des aspects non satisfaisant soulignés.

- ***En ce qui concerne les établissements recevant du public (ERP) :***

Nous n'avons rencontré aucun interlocuteur prêt à s'engager ouvertement dans cette problématique, tant les personnes interrogées trouvaient les textes encadrant les ERP « *mal ficelés* », « *contradictaires* » ou encore « *incohérents* ».

Tous nos interlocuteurs s'accordent pour dire qu'il faudrait remettre à plat tous les décrets relatifs aux établissements recevant du public.

Quant à M. de Broca, il remarque :

*« Concernant les **commissions communales d'accessibilité**, on constate que très peu de communes ont mis en place ces commissions. Celles-ci rencontrent les mêmes difficultés concernant le non remboursement des frais de déplacement. Certains de nos représentants, membres de commissions départementales d'accessibilité et bénéficiaires de l'AAH ou de revenus modestes, doivent avancer leurs frais de déplacement, qui peuvent être élevés puisqu'il s'agit de déplacement dans l'ensemble du département. Il en est de même des membres de la commission exécutive de la MDPH ou du fonds départemental de compensation, puisque le décret prévoit uniquement la prise en charge des frais de déplacement des membres de la commission des droits. »*

Propositions

▲ Il faut que les communes mettent en place des commissions communales d'accessibilité, comme la loi le leur demande ;

▲ Il faut que les frais de déplacement induits par la participation à ces commissions soient mieux pris en compte ; il est même souhaitable de proposer une avance de frais aux personnes ne bénéficiant que de l'AAH pour vivre.

TITRE V

ACCUEIL ET INFORMATION DES PERSONNES HANDICAPEES, EVALUATION DE LEURS BESOINS ET RECONNAISSANCE DE LEURS DROITS

I. LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) voit son travail et sa position aujourd'hui unanimement reconnus. Néanmoins, nombre de personnes en situation de handicap, militant entre autres dans des associations non gestionnaires, regrettent encore un certain manque de collaboration directe avec elle.

De plus, il sera nécessaire à l'avenir de proposer une meilleure parité entre associations gestionnaires et associations non gestionnaires siégeant à la CNSA. D'autant que la façon dont s'est déroulé le vote des représentants associatifs à la CNSA avait été très critiqué et taxé, non sans raison, de « *peu démocratique* ».

Proposition

▲ Prévoir une meilleure représentation des associations non gestionnaires à la CNSA. Il en va de sa crédibilité à long terme.

II. LES MAISONS DEPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPEES

D'emblée, nous aimerions poser une question : est-il normal que des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ferment leurs portes le lundi de Pentecôte ? N'y a-t-il pas ici un hiatus gênant qui déconsidère ouvertement la politique du handicap, du moins une certaine politique ? Et nous allons plus loin, en nous demandant pourquoi ces MDPH ont fermé leurs portes ce jour-là ? Et aurait-elle pu le faire sans l'aval de leur conseil général ? Par conséquent, est-ce une façon, forcément discréditante aux yeux des personnes en situation de handicap, pour le conseil général de se positionner contre la politique du lundi de Pentecôte ?

Quelles que soient les motivations, il nous semble que l'attitude et/ou la méthode sont préjudiciables à la politique du handicap, par l'image déplorable que cela offre aux Français, mettant l'Etat et le législateur devant l'obligation soit de renoncer à faire travailler le lundi de Pentecôte, soit d'être plus coercitifs à l'égard des MDPH contrevenant à cette règle.

Les constats associatifs sont les suivants :

A. COMITE D'ENTENTE

Les premières observations faites par les associations, notamment dans le cadre du groupe de travail du comité d'entente chargé du suivi de la mise en œuvre des MDPH, permettent de dégager un certain nombre de constats importants :

- lorsque la MDPH est constituée comme un service faisant partie intégrante du conseil général, lorsqu'elle pense pouvoir et devoir tout faire seule, qu'elle ne met en œuvre aucun partenariat avec les réseaux existants, les chances de réussite sont bien minces. Ceci est d'autant plus vérifié lorsque le département calque son mode d'organisation sur les dispositifs existants pour les personnes âgées. Si aucune place n'est faite, en particulier aux associations et aux dispositifs et services qu'elles ont mis en place, alors il n'existe aucun contre-pouvoir, aucun autre regard pour objectiver la mise en œuvre de la loi. La place que le législateur a voulu donner aux personnes concernées et à leurs associations est alors quasi inexistante ou tout du moins de pure forme ;

- un autre cas de figure vient obérer de manière importante l'effectivité de l'application de la loi, c'est la confusion faite par certaines MDPH qui réduisent leurs missions aux dispositions qui relèvent de la CDAPH et réduisent l'action de la CDAPH à l'attribution des éléments de PCH. On assiste alors au rejet de certaines demandes et à la non-prise en compte de la situation de certaines personnes au seul fait que leur demande n'entre pas dans le cadre de la PCH. C'est le cas des demandes d'aides techniques pour les jeunes titulaires de l'AEEH, des personnes qui ont besoin d'aides techniques et qui savent déjà qu'elles ne peuvent pas opter pour la PCH sans

mettre leur situation économique en danger, c'est aussi les cas des personnes qui ont besoin d'aides à domicile (souvent encore appelées aides ménagères) ;

- une autre difficulté majeure consiste en la négligence, par les MDPH, du chaînage de la demande tel qu'il est ordonné par la loi : partant du projet de vie, évaluant les besoins de la personne avec elle et une personne l'accompagnant si elle le souhaite, la construction du plan de compensation dans un dialogue avec la personne et la soumission obligatoire de ce plan à la personne pour avis, la discussion avec la personne lors de la CDAPH, si un accord n'a pas pu être trouvé en amont, et l'accompagnement de la mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH. Cette négligence est en premier lieu préjudiciable au respect des droits de la personne et à la place que le législateur a voulu lui donner dans la prise des décisions la concernant. Par ailleurs cette négligence est une des sources premières de l'encombrement des CDAPH. Si le travail en amont était bien fait avec une réelle participation de la personne et/ou de son entourage, il est aisé de penser que bien des dossiers se concluraient sur un accord entre la personne et les équipes de la MDPH lors de la rédaction du plan de compensation et que la CDAPH n'aurait plus qu'à consacrer les décisions.

Ces réflexions nous renvoient une fois encore aux positions défendues dans le rapport du CNCPPH sur la culture partagée et notamment au concept de participation pleine et entière de la personne.

De fait, la mission d'accompagnement de la mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH est souvent ignorée par les MDPH. Si on fait une lecture raccourcie de l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles issu de l'article 64 de la loi, on obtient alors ceci :

« La MDPH assure (...) l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. »

Cela signifie que tant qu'une décision prise par la CDAPH, au regard du plan personnalisé de compensation de la personne, n'est pas entrée dans les faits, la MDPH n'a pas terminé sa mission. Cela nous renvoie, entre autres, à la mise en œuvre des fonds départementaux de compensation. S'ils ne permettent pas, chaque fois que cela est nécessaire, de compléter la PCH ou d'intervenir sur des financements de moyens de compensation indispensables mais non éligibles à la PCH, alors la mission d'accompagnement de la mise en œuvre doit être considérée comme incomplètement remplie.

Propositions

- ▲ Il faut davantage de partenariat entre les différents réseaux existants et les MDPH ;
- ▲ Il faut davantage sensibiliser les MDPH car certaines limitent leurs missions aux dispositions qui relèvent de la CDAPH et réduisent l'action de la CDAPH à l'attribution des éléments de PCH ;
- ▲ Il est indispensable de faire respecter le chaînage de la demande ;
- ▲ Il est essentiel que la circulaire du 23 mars soit appliquée par les MDPH, donc que le déplafonnement des heures d'aide humaine devienne une réalité pour toutes les personnes en ayant la nécessité, comme il est important que le surcoût lié à une aide technique ou à un aménagement soient plus facilement pris en charge par les fonds départementaux.

B. AUTRES DIFFICULTES RENCONTREES DANS LES MDPH

En premier lieu, il est intéressant de relever que la CNSA a fait des fiches afin d'établir quelle était la MDPH idéale et quelle devait être sa mission. Et les conseils généraux avaient également été interrogés sur ce sujet. A l'époque, il n'y avait pas trop d'écart entre la perception des uns et des autres. Pourtant, aujourd'hui, dans la réalité, il y a un réel écart entre ces deux perceptions.

Entre-temps, le conseil général est devenu un acteur important et pivot. Cependant, par simplification, on a parfois l'impression que les maisons départementales ne sont pas vraiment les maisons des personnes handicapées, mais plutôt les maisons de la politique des conseils généraux vers les personnes handicapées, ce qui nuit à leur image.

C'est la raison pour laquelle les maisons départementales sont très discréditées aux yeux des personnes en situation de handicap. Non seulement, elles ont raté la première phase qui est l'accueil mais, souvent, les personnes handicapées disent : « *C'est pas la peine que j'y aille, ils ne seront même pas capables de me renseigner* ». La phase information n'est pas terrible non plus ! Et c'est très grave.

D'ailleurs, les associations relèvent unanimement que la première étape qu'il ne fallait pas rater c'était son rôle d'accueil, d'information et d'écoute, avant même de mettre en place l'ensemble du dispositif qui prendrait logiquement plus de temps. Mais, aujourd'hui, ce que constatent les uns les autres, c'est que les personnes handicapées se retrouvent en face de personnes non formées. Et nous voyons régulièrement ces personnes revenir en disant : « *La MDPH m'a renvoyée vers vous* ». Elles reçoivent fréquemment des informations tronquées, voire erronées, sur leurs droits.

En fait, on est en train de s'apercevoir, département après département, que si on assure bien l'accueil, la qualité et la disponibilité ne sont que trop rarement au

rendez-vous. Et des départements se rendent compte que cette notion d'accueil est trop lourde ; ils sont donc en train de délocaliser l'accueil vers divers guichets, au sein d'un même département. Ce qui signifie qu'on risque de ne pas avoir les mêmes réponses dans tous les guichets. En terme de proximité, on pourrait s'en réjouir mais, du coup, on va diluer la mission d'accueil et d'information qui sera faite à certains endroits d'une certaine façon et 50 km plus loin d'une autre façon. La solution idéale aurait été qu'on prenne du temps pour former les gens, de réfléchir à la façon d'accueillir les gens. Mais il est vrai que tout ça c'est mis en place très vite et que les MDPH n'ont pas le temps. Du coup, la plupart ont pris le train en marche en se disant qu'elles verront après.

Il faut également noter qu'on évoque souvent la question du délai de traitement des dossiers. Il est vrai que dans certains départements les MDPH se donnent des moyens ponctuels pour rattraper leur retard, elles arrivent aujourd'hui à peu près à traiter au fil de l'eau les demandes qui leur arrivent et notamment les plus urgentes. Alors qu'on a ailleurs des maisons départementales qui n'ont toujours pas rattrapées le passif des Cotorep¹.

Néanmoins, ce qu'il y aurait à développer ce serait d'identifier, mission par mission, les bonnes pratiques. On entend quand même des débuts de bonnes pratiques, on réfléchit et on trouve parfois des formules intéressantes qui doivent se partager. Il n'y a pas, pensons-nous, de bonne maison départementale, mais il y a des petits bouts de bonnes pratiques, ici ou là. Comment objectiver ces bonnes pratiques pour qu'elles se propagent ? Car chacune se pose pas mal de questions et certaines ont trouvé de petits bouts de solution. D'où l'importance de partager les expériences. C'est un travail important et colossal à faire évidemment.

En outre, une des questions qui se posent c'est : « *Pourquoi ne pas avoir embauché des personnes autrement capables (ou en situation de handicap) compétentes ?* ». Car, à qualification équivalente, elles ont l'avantage d'avoir **en plus** l'expérience vécue du handicap, donc une compréhension plus rapide et meilleure des problèmes à résoudre et des difficultés rencontrées par les personnes à accompagner. Ceci serait particulièrement pertinent dans le domaine de la formation des personnels de MDPH, de conseils généraux ou autres, du fait justement de leur expérience. Une telle démarche d'ouverture relève de la participation et ne peut que crédibiliser les promesses inscrites dans la loi du 11 février 2005, nous semble-t-il. Du reste, en matière de formation, les associations sont unanimes pour constater que bon nombre des personnes employées dans les MDPH méconnaissent la loi et les textes réglementaires. Elles ne savent pas comment s'en dépêtrer et, lorsqu'elles ne la connaissent pas, la plupart du temps elles l'interprètent. On remarque deux cas de figure, soit elles ne connaissent pas le texte et elles l'arrangent, soit elles considèrent que telle situation relève d'une « petite circulaire », donc c'est accessoire. Nous sommes donc confrontés à un réel problème législatif.

¹ En Ille-et-Vilaine, par exemple, moins de 15 % des dossiers déposés depuis le 1^{er} janvier 2006 ont été traités au 1^{er} juin 2005 ; soit 143 sur 1 190 ! Autre département très problématique : le Pas-de-Calais. Pour ne citer que ces deux-là.

De plus, comme on nous l'a fait très justement remarquer, le problème d'un recrutement inadapté découle parfois, voire surtout, pour certaines MDPH, du fait que des fonctionnaires émanent des ex-Cotorep ou CDES (donc de l'ancienne école). Ce qui explique que, dans un certain nombre de MDPH, on se contente de distribuer la PCH et non de l'attribuer, qui plus est sur des critères totalement subjectifs, et que, lorsque la demande ne relève pas de la PCH, la personne en situation de handicap voit sa demande rejetée.

Concernant la PCH, même si ce n'est pas encore parfait, nous avons l'impression qu'il y a de l'énergie qui est mise en œuvre, imparfaitement, incomplètement, on peut le dire, mais on sent indéniablement que la loi est passée dans ce domaine.

Certaines associations s'interrogent également sur la pertinence des permanences associatives dans les MDPH. Notant que celles-ci existent dans certains départements, tandis que dans les autres il n'est même pas question de les envisager.

D'autre part, le groupe d'évaluation du comité d'entente du suivi des MDPH relève entre autres dans sa synthèse que :

«Axe n° 1 : Accueil et information

- [...]
- La diffusion des formulaires et l'accompagnement lors de leur remise sont quasi inexistantes.

- [...]

Axe n° 2 : démarche d'évaluation

- [...] Cette équipe [pluridisciplinaire] fait insuffisamment appel aux centres ressources pour des pathologies plus rares.

- Peu de convention de partenariat avec les réseaux existants sont en place. Les MDPH ne savent pas s'appuyer d'une manière générale sur les ressources déjà disponibles.

- Le GEVA a été dévié de son utilisation en tant qu'outil d'accompagnement à l'évaluation pour devenir une simple grille d'ouverture de droit.

- [...]

- [...]

- [...]

Axe n° 3 : Plan de compensation

- [...]

- L'exercice du droit d'option PCH / ACTP tel qu'il est prévu dans la loi se révèle ainsi très souvent être un « marché de dupes ». Il sera impossible de remédier cette situation tant que la question des ressources n'aura pas été traitée parallèlement au droit à compensation.

- La procédure contradictoire du plan de compensation n'est que trop peu mise en place.

- Toutes les personnes ne reçoivent pas leur proposition de PPC, et ne connaissent pas la date de passage de leur dossier en CDA.

- Le projet professionnel est trop souvent absent du plan de compensation. De même, trop peu de MDPH ont désigné un référent insertion professionnelle, et le rôle de coordination de l'ensemble des acteurs de l'emploi ne s'effectue pas.

Axe n° 4 : CDAPH

- Peu de MDPH ont mis à disposition la liste des personnes siégeant en CDAPH, certaines refusent cette diffusion.

- Concernant la présentation des dossiers : le type et la pertinence des données fournies aux membres des commissions n'est pas de nature à leur permettre de prendre une décision.

- En conséquence des points évoqués dans l'axe 2, le travail de décision de la CDAPH est long et difficile.

- La formation des membres des CDAPH fait souvent défaut, notamment au niveau du degré d'information et de mise en commun des éléments de connaissance de la loi.

- Il persiste un manque flagrant d'échanges sur les pratiques et l'appréciation des réponses à apporter.

- [...]

- De nombreux dysfonctionnements des CDAPH sont régulièrement notés : délocalisation, organisation en sous commissions, mise en œuvre de procédures simplifiées, absence de présidence et/ou de vice-présidence, absence de quorum, un grand nombre de décisions sont prises sur listes fermées.

- [...]

Axe n° 5 : Suivi de la mise en œuvre du plan de compensation

- [...]

- Le reste à la charge des personnes demeure important, notamment à cause de la grande disparité dans la mise en œuvre du Fonds Départemental de compensation.

- Dans l'application de la PCH en établissements, la prise en charge liée aux retours à domicile (période de trente jours) : le montant PCH alloué fait apparaître des montants PCH minorés par rapport à l'ACTP.

Axe n° 6 : Procédure d'urgence

- De nombreux départements n'appliquent pas la procédure d'urgence.
- Certains départements ont mis en place des procédures spécifiques, accélérées qui ne portent pas leurs fruits.

Axe n° 7 : Médiation-Conciliation

- La mise en place des procédures de médiation est quasi inexistante.
- Peu de départements ont constitué et diffusé la liste des personnes qualifiées.
- Des difficultés persistent autour de la présence d'une personne référente.

C. REMARQUES GENERALES

- Un premier retour est fait sur les conventions d'appui signées entre les départements et la CNSA. On y voit peu apparaître la place et le rôle des associations locales ni du CDCPH. Le plus souvent la Comex est simplement informée de cette signature ;

- des MDPH demandent des conseils à la CNSA sur des situations particulières et/ou problématiques (exigence du quorum, attribution d'un complément, aide technique pour un enfant, etc.), les questions et les réponses de la CNSA devraient être communiquées aux membres de la Comex et/ou de la CDAPH. La transmission qui en est faite est trop souvent interprétative ;

- la mise en œuvre des missions des enseignants est souvent rendue difficile par l'absence des moyens de fonctionnement les plus élémentaires ;

- les conséquences des retards en termes de décisions sont catastrophiques notamment pour l'accès à des formations :

- les dates sont dépassées ;

- les sessions sont annulées par manque d'inscrits ;

- les associations s'interrogent sur la reproductibilité des excédents des lignes budgétaires prestation de compensation et fonctionnement des MDPH. Qui assure le contrôle de cette reproductibilité ?

Propositions

- ▲ Il faut repenser l'accueil dans les MDPH pour rétablir la confiance de ses usagers ;
- ▲ Pour ce faire, il faut former le personnel des MDPH de façon intensive, généralisée et rapide. Ce sera un gain prépondérant pour tout le monde ;
- ▲ Il faut absolument trouver des moyens pour raccourcir les délais de traitement des dossiers de demande, particulièrement dans les départements les plus à la traîne ;
- ▲ Il faut davantage embaucher des personnes autrement capables, ayant évidemment toutes les compétences requises, dans les MDPH (certaines font d'ailleurs une démarche dans ce sens). Cela crédibiliserait la notion de participation et concrétiserait positivement la notion de culture partagée ;
- ▲ Il faudrait réfléchir à la pertinence d'instaurer des permanences associatives dans les MDPH.

D. EQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES

Un autre point d'achoppement, pour les associations, est celui des équipes pluridisciplinaires :

Il a été beaucoup débattu autour de la question de la définition de l'équipe pluridisciplinaire. Dès le départ, de nombreuses associations ont demandé qu'il y ait une définition claire et de la clarté quant à la composition d'une équipe pluridisciplinaire. Malgré cela, finalement, d'un département à l'autre, l'équipe pluridisciplinaire est très variable dans sa composition, son rôle et ses compétences. De ce fait, s'il y avait quelque chose à revoir à l'issue de ce rapport, ce serait vraiment le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires. Parce qu'elles déclenchent ou ne déclenchent pas la qualité de la réponse apportée à la personne handicapée ou aux parents. C'est vraiment, à notre avis, un nœud central. S'apercevoir que le plan de compensation n'intervient aujourd'hui que dans la PCH, uniquement parce que l'équipe pluridisciplinaire n'a compris sa mission qu'en fonction de la PCH. Ainsi, pour ce qui concerne les enfants qui n'entrent pas encore dans le champ de la PCH, il n'y a pas de compensation, uniquement des solutions boiteuses, et encore.

- Le problème est qu'elles sont à l'écoute d'une situation mais pas d'une personne comme avant, semble-t-il.

- Evidemment, mais elles ne le peuvent pas dans leur composition actuelle, dans leur manière de traiter la personne, elles ne la reçoivent pas ou très peu. Il faut vraiment que les gens se battent, et encore ; on a des parents qui en sont à leur troisième recommandé. Elles ne sont pas prêtes à ce travail-là, elles n'en n'ont plus la force ni l'envie.

A quoi s'ajoute le fait que l'aide à la formulation, très souvent, censée être apportée par l'équipe pluridisciplinaire se limite à un questionnaire très réducteur, se bornant à des questions d'ordre ergonomique, médical ou pratique, jamais au-delà, jamais d'ordre culturel ou à propos du désir ou des désirs de la personne, par exemple. C'est une grosse lacune.

Le problème vient aussi du fait qu'on a une loi à géométrie variable. Quand une personne a un profil très spécifique, la réponse est à géométrie variable, donc aboutie très vite à un « *Non, ce n'est pas possible !* »

Concernant les équipes pluridisciplinaires, il y a une prééminence du médecin au sein des équipes pluridisciplinaires, y compris en CDA. Pourtant, en raison du sacro-saint secret médical invoqué en commission, beaucoup de représentants vivent mal ces échanges avec ces médecins qui prennent une prépondérance sur la vie des personnes, en dépit du bon sens, voire à l'encontre du choix des personnes.

Du reste, il est fréquemment répondu aux personnes ayant fait une demande que les équipes pluridisciplinaires ne convoque pas les personnes en situation de dépendance vitale sous prétexte qu'il est très désagréable pour elles d'être reçues en commission. Idem dans les CDA qui ne reçoivent pas les personnes parce que cela sera trop fatigant pour elles du fait de leur dépendance. De ce fait, on obtient l'effet pervers de cette « précaution ».

Propositions

▲ Les équipes pluridisciplinaires sont rarement conformes à ce qu'avait prévu le législateur, ce qui a pour conséquence, entre autres, une mauvaise compréhension et de mauvaises applications de la loi, une approche très éloignée de la culture partagée, en somme ;

▲ Il faut repenser l'aide à la formulation que sont censées apporter équipes pluridisciplinaires ;

▲ Il faut revoir la place du médecin dans les équipes pluridisciplinaires, celle-ci est trop hégémonique et, généralement, pénalisante pour les personnes en situation de handicap.

E. DIRECTEURS(TRICES) DE MDPH

Le problème se situe également dans le profil des directeurs des MDPH, dans un grand nombre de départements, on a recruté soit des gens qui travaillaient dans les conseils généraux, comme chargés des personnes handicapées ou de l'action sociale, ou parfois directement rattachés aux directions générales des conseils généraux, ou encore des personnes qui avaient une logique administrative, alors que pour faire changer les professionnels, pour rassembler des équipes qui viennent d'horizons différents, c'est aussi de managers dont on a besoin, c'est-à-dire des gens qui peuvent

accompagner des changements de culture professionnelle. On sait bien que ce n'est pas facile à faire et que, très souvent, ces directeurs de MDPH n'ont pas ces compétences-là puisque ceci n'a pas été leur parcours professionnel. Sur ces sujets-là, ils ne savent pas. Alors ils vous rétorquent : « *vous savez, on a des gens qui fonctionnent comme ça depuis vingt ans, on ne peut rien faire* ».

Il faut revoir le mode de recrutement de ces directeurs et la façon de les former, afin qu'ils intègrent ce changement de culture et pour qu'ils soient aptes à proposer de nouvelles dynamiques. »

Proposition

▲ Il faut revoir le mode de recrutement des directeurs de MDPH et les former préalablement à la culture du handicap, entre autres.

F. CONCLUSION DE L'ENTREVUE AVEC DES MEMBRES DU COMITE D'ENTENTE

Dans l'esprit de beaucoup de personnes en situation de handicap, les maisons départementales leur appartiennent d'une certaine façon, pour elles ce n'est pas qu'une simple administration. Et dans les conseils généraux, on semble avoir bien repéré cette pression des personnes autrement capables, une pression beaucoup plus importante que dans n'importe quel autre service public. Partant, si les personnes handicapées sont aujourd'hui très dures envers les maisons départementales, c'est parce qu'elles considèrent qu'on ne leur offre pas suffisamment de place, d'écoute, etc.

C'est une particularité de ce dispositif que l'on risque de perdre si la maison départementale, demain, se réduit à ne faire que de l'administration pour les personnes handicapées. Car c'est ainsi que l'ont perçue les personnes en situation de handicap. Et elles ne se l'approprient pas par des représentants associatifs ou autres mais par des militants, bien plus que cela ne l'a été auparavant, du temps des Cotorep. De ce fait, si le conseil général décide de tout reprendre, c'est-à-dire s'il impose une mainmise sur la MDPH, on perdra complètement cet esprit et la dynamique dont il est porteur, une dynamique citoyenne très spécifique.

Proposition

▲ Il est important de préserver l'état d'esprit et la dynamique qui animent les personnes en situation de handicap en ce qui concerne **leur** maison départementale des personnes

handicapées.

G. PROBLEMES DU GUIDE BAREME

D'après Odile Morin :

Après lecture du projet de décret modifiant le Guide barème (GB) et surtout de ses annexes 1 et 2, il s'avère que ces dernières sont à peu de chose près la copie de la version finale de décembre 2000 (presque sept ans) du projet de refonte du Guide barème, réalisé après une large concertation d'associations, d'administrations, de services médicopsychosociaux et autres professionnels.

Concertation menée par le Dr Gilbert, quand elle était responsable à la DGAS du comité de suivi du Guide barème. Cette refonte concernait l'introduction du GB (qui correspond à l'annexe 1) et le chapitre VI sur les déficiences générales (qui correspond à l'annexe 2), comme le nouveau projet.

Notre avis quant au décret est favorable, ainsi que pour les annexes 1 et 2 mais, pour ces dernières, nous proposons quelques ajouts, extraits de la version de 2000 et non repris, à tort selon nous.

Car le principal problème posé par l'actuelle version du GB (celle de 1993, recodifiée en 2004 dans le code de l'action sociale et des familles) est que nombre des médecins, voire des experts, amenés à l'utiliser, se « contentent » de chercher des diagnostics et de leur coller un taux, sans même lire l'introduction du guide ou des chapitres, sans avoir connaissance de la circulaire d'application de 1993 du guide barème (n° 96-36B du 23/11/93), leur formation ne les ayant pas préparés à cette nouvelle approche qu'a constitué ce barème, très différent des barèmes assurantiels notamment.

Il y a aussi le fait que ce barème ne doit pas être utilisé par les seuls médecins, mais relever d'une approche pluridisciplinaire.

Il est donc indispensable de mettre en place des formations sur ce texte modifié auprès de tous les membres des équipes pluridisciplinaires des MDPH et des commissions CDAPH, puis auprès des TCI et de la CNITAAT.

Mais cette refonte du GB reste fondée sur la CIH, classification internationale du handicap, elle-même fondée sur les travaux de Wood, et cette approche date des années quatre-vingt. Or, depuis plusieurs années a été validée au plan international une nouvelle révision nommée CIF, classification internationale du fonctionnement, remplaçant la CIH, classification beaucoup plus ouverte sur l'environnement, les activités, et plus globale.

On peut regretter que ces sept dernières années n'aient pas été mises à profit pour adapter cette nouvelle approche à notre pays.

Propositions

- ▲ Il faut former les équipes pluridisciplinaires et les membres des commissions CDAPH, ainsi que des TCI et de la CNITAAT à la compréhension du Guide barème ;
- ▲ Il faut passer de la CIH à la CIF.

H. POSITIONS DE LA FNATH SUR LES MDPH

D'après Amaud de Broca :

Les délais de traitement des dossiers sont encore très longs (à quelques rares exceptions près où la loi a contribué à diminuer les délais). Outre la présence d'un stock important, ces délais s'expliquent souvent par l'absence de véritables équipes pluridisciplinaires, mais aussi par les problèmes liés à la mise à disposition des agents de l'État. En effet, cette question qui avait surgi au moment de la constitution des maisons départementales n'est pas réglée puisque dans de nombreux départements des agents, qui avaient tout d'abord accepté cette mise à disposition, démissionnent à l'heure actuelle.

En outre, de nombreuses maisons départementales ne mettent toujours pas à disposition des personnes handicapées les nouveaux formulaires conçus par la CNSA. Lorsqu'ils sont distribués, ils sont la plupart du temps mal expliqués et l'accompagnement des personnes handicapées lors de cette phase fait défaut. Il fait encore plus défaut pour la formulation du projet de vie : très peu de maisons départementales garantissent véritablement un accompagnement pour permettre à la personne de formuler son projet de vie.

De plus, certains départements ont refusé de donner des formulaires aux associations, sous prétexte qu'ils doivent être remis directement aux personnes concernées. Cela nous semble contraire avec la volonté de proximité qui sous-tend l'ensemble du dispositif, ainsi qu'avec le rôle d'accompagnement sur le terrain que remplissent les associations et que ne peuvent manifestement pas remplir pleinement les maisons départementales.

Plus grave encore, M. de Broca remarque :

On constate également que des départements ont signé des conventions à titre gratuit avec des associations pour les aider à remplir une partie des missions qui leur incombe de par la loi (conformément à l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles). Cela méconnaît de notre point de vue la réalité fragile des associations et le temps passé par les bénévoles et les permanents, qui en outre se voient la plupart du temps refuser le paiement de leur frais de déplacement ou le temps passé en permanence. Cela a abouti par exemple dans un département au délaissement du numéro vert par les bénévoles répondants. D'autres départements ont décidé de ne conclure aucune convention avec les associations de personnes handicapées.

D'autre part, M. de Broca ajoutera :

Les délais d'attente importants (huit à douze mois dans de nombreux départements), auxquels sont soumises les personnes handicapées pour obtenir leur reconnaissance, posent inévitablement des difficultés notamment pour les personnes licenciées, ayant besoin d'entamer une reconversion professionnelle et qui font une demande d'orientation professionnelle.

Sur ce dernier point, dans un souci d'efficacité et de gain de temps, il serait intéressant de mettre en place un système préparatoire à la demande. Toute personne qui fait une demande d'orientation professionnelle auprès de la CDAPH devrait être rencontrée en amont de la décision par les membres de l'équipe pluridisciplinaire chargés du volet emploi, afin de proposer un projet professionnel clair aux membres de la CDAPH chargés de rendre une décision. Par exemple cela pourrait permettre d'effectuer en amont de la décision un bilan de compétence ou d'orienter la personne en formation dans un CRP.

Proposition

▲ Dans un souci d'efficacité et de gain de temps, il serait intéressant de mettre en place un système préparatoire à la demande.

III. LE CONSEIL DEPARTEMENTAL CONSULTATIF DES PERSONNES HANDICAPEES

D'après M. de Broca :

Tout d'abord, la nomination des représentants des associations dans les différentes instances ne s'est pas toujours faite dans la plus grande transparence, notamment du fait que les conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées (CDCPH) n'aient pas toujours été désignés. Dans un certain nombre de

départements, les conseils généraux ont délibérément écarté des associations avec lesquelles ils n'ont pas de bonnes relations pour des raisons diverses et ce, quelle que soit leur représentativité, au détriment d'associations plus petites, voire inconnues (sans véritable représentativité, voire même dans certains cas sans représentation dans le département concerné). Dans certains départements cela conduit actuellement à la démission de certains représentants provenant d'associations qui avaient sous-estimé le travail requis.

Propositions

▲ Pour la crédibilité des CDCPH, il faudrait, d'une part, une meilleure transparence dans la nomination de ses membres, d'autre part, que commission joue réellement le rôle de contre-pouvoir qui devrait être le sien face aux conseils généraux ;

▲ Tout le monde aurait intérêt au bon fonctionnement et à l'efficacité des CDCPH, à commencer par les personnes en situation de handicap qu'elles sont censées défendre.

IV. LA COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE

M. de Broca constate :

De manière plus positive, plusieurs de nos représentants ont signalé une évolution au sein de la commission des droits et de l'autonomie (CDA) par rapport au fonctionnement précédent des Cotorep. En effet, les membres de la commission ont la plupart du temps clairement affirmé que c'était à eux qu'il revenait de prendre les décisions et non pas aux médecins ayant examiné les dossiers. Cela conduit à une redéfinition des rôles de chacun, redéfinition qui nous semble salubre et qui donne clairement son sens au concept de « participation des personnes handicapées ». Cela conduit, par exemple, dans certaines commissions des droits à octroyer plus souvent que par le passé des droits à durée indéterminée lorsque le handicap est manifestement « irrévocable ».

Proposition

▲ Il faut préserver et encourager l'évolution que l'on constate actuellement dans un certain nombre de CDA car cette évolution est à mettre au bénéfice des personnes handicapées.

TITRE VI

LA POSITION DE QUELQUES DIRECTRICES DE MAISONS DEPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPEES

I. LES REPONSES DES MAISONS DEPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPEES

Il nous a semblé important de permettre à des directeurs de MDPH -plus exactement deux directrices -, qui sont en première ligne dans l'application de la loi, particulièrement en matière de compensation du handicap, de s'exprimer également. Et, leur point de vue, leur analyse et leur synthèse de la situation, nous semble non seulement pertinents mais également dignes d'intérêt pour la suite et l'évolution de MDPH, pour leur monter en puissance à venir.

A. MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES 22

Nous remercions Mme Tual et le conseil général de nous avoir confié toutes les informations que nous trouverons ci-dessous, dont le rapport d'activité de la MDPH. Nous remercions particulièrement Mme Tual d'avoir répondu de manière brève et circonstanciée à toutes nos questions.

En résumé

- La mise en place de la MDPH installée le 9 janvier 2006 ;
- La constitution du GIP avec la signature de la convention, le 15 décembre 2005
- Le personnel avec la mise à disposition de tous les personnels excepté un, toujours sans solution de remplacement par l'Etat et devant être compensé par le conseil général ;
- Le FDC, effectif depuis la fin 2006 et des collaborations en cours avec l'ensemble des financeurs potentiels ;
- La mission d'accueil, incontournable dans l'intérêt quelle représente ;

- La CDAPH, organisée en section spécialisée par domaine de handicap. (un cadre de la MDPH est référent de cette instance, fonctionnement, organisation, présence aux séances, formation, bilan, ...)

- Le CDCPH, réuni au moins une fois par an.

Quelles sont les difficultés liées à l'installation et à l'organisation ?

- Les personnels des services déconcentrés non remplacés en cas d'arrêt maladie au-delà d'une certaine durée (à ce jour compensation CG) ;

- Le délai voire l'effectivité du remplacement d'un agent des services déconcentrés de l'Etat ;

- Le refus dans ces situations de verser au GIP une enveloppe financière qui permette de compenser ces absences (par exemple, un agent catégorie B est parti le 1^{er} novembre dans le cadre d'un projet professionnel qui pouvait enfin aboutir pour lui, cet agent sur un poste clef n'a été remplacé que le 1^{er} avril, alors même que l'entretien m'ayant permis de rencontrer les agents candidats s'était tenu fin octobre, soit cinq mois de délai !) ;

- Les médecins ancienne COTOREP mal rémunérés par l'Etat avec, au moment du départ, un recrutement CG et une enveloppe financière insuffisante ;

- Une enveloppe CNSA insuffisante pour assurer le fonctionnement de la MDPH. Dans le département des Côtes-d'Armor, la participation CNSA est de 275 000 euros contre 900 000 euros financés par le conseil général ;

- L'informatique, à ce jour quatre applications et aucune qui permette malgré notre procédure d'être en conformité avec notre discours. Le service informatique du conseil général s'investit beaucoup mais les résultats escomptés ne sont pas au rendez-vous. Le pôle compensation utilise pour le moment le logiciel IAS.

Quel changement de culture ?

- Le changement de culture est réel si une impulsion forte est donnée. En interne, les personnels des anciennes Commission peuvent ressentir certaines difficultés à se trouver face à des membres représentants de personnes en situation de handicap. L'accompagnement des agents est indispensable mais j'observe très clairement une nette différence d'approche entre les agents anciennement Cotorep et CDES, des agents recrutés depuis 2006. Pour autant, de manière progressive, les agents ayant travaillé en Cotorep et CDES évoluent. La session de formation organisée en fin d'année 2006 y a largement contribué, formation organisée en lien direct avec les associations représentatives des personnes en situation de handicap, établissements de santé et établissement médico-sociaux. C'est ainsi que le vocabulaire « dossier » a enfin pu passer à « situation » et « personne » ;

- Ce changement de culture est directement lié à la place de la personne et à la représentation des personnes en situation de handicap au sein des instances. Les professionnels ne décident plus et une des actions de la MDPH consiste à participer à cette nécessaire évolution. Ce changement de culture pour certains n'en est pas un, il est acquis, et c'est une majorité, pour d'autres cela sera beaucoup plus complexe, plus long, mais le mouvement est en marche. (y compris pour certains agents MDPH) ;
- Ce changement de culture devra s'inscrire au-delà des professionnels.

Qu'entendez-vous par participation ?¹

- Elle est indispensable. Si la représentation est LA nouveauté, elle est l'enrichissement apporté par la loi, elle est insuffisante, et il faut penser à la participation, individuelle au niveau des procédures d'instruction, mais également dans une approche d'analyse collective du dispositif.

Les anciens dispositifs et la continuité ?

- L'objectif a été, dans un premier temps, de s'appuyer sur l'existant et de s'inspirer de ce qui fonctionnait bien auparavant pour élaborer une procédure commune, quelque soit la demande de compensation ;
- La PCH est instruite mais le nombre de demandes augmente depuis la fin du mois de novembre 2006 (doublement des demandes) L'enveloppe financière versée au département pour la liquidation de la PCH ne sera pas suffisante. La PCH en établissement vient engorger une organisation encore en rodage. Dans les Côtes d'Armor, ce sont quelque trois cents demandes comptabilisées en quinze jours ;
- Les délais d'instruction sont identiques entre ex Cotorep et pôle adulte, plus longs sur le pôle enfance comparé à l'ex CDES, essentiellement à cause de la mise en place des nouvelles procédures liées aux missions des enseignants référents. Les délais pour une PCH sont au plus de l'ordre de six mois mais les simplifications sont en cours et le travail de partenariat et de conventionnement, en cours également, commence à porter ses fruits. Les conventionnements sont particulièrement complexes dans la mesure où rien n'était auparavant formalisé ;
- Tous les forfaits « grande dépendance » ont été basculés dans le cadre d'une PCH, par contre uniquement cinq ACTP se sont transformées en PCH. La PCH n'est que partielle, ne prenant en compte que l'aide directe à la personne. Dans notre département, la CDA tente d'avoir l'approche la plus globale et la plus cohérente possible. Jusqu'aux mesures actuelles de simplification (forfaits, aides techniques simples), toutes les demandes de PCH étaient discutées en CDA plénière.

Les partenariats sont globalement bons, les principales difficultés, à prendre avec mesure, se retrouvent pour le moment :

I. au niveau de l'IA avec qui une convention a finalement pu être signée, avec les établissements de santé mentale (convention provisoire sur 2007) ;

¹ Mail qui reprend mon intervention du 2 mars pour le colloque organisé par l'ADF.

II. au niveau de l'insertion professionnelle (place et rôle de l'ANPE/milieu ordinaire).

Les difficultés d'interprétation des textes ?

- Pas particulièrement, excepté la PCH établissement, en particulier au niveau des surcoûts de transport. Par contre, la densité et les « périphériques » sont tels que leur appropriation exhaustive et fine est parfois ardue ;

- L'attente vis-à-vis de la prochaine législature est surtout de ne pas surajouter à un dispositif tout de même assez complexe à mettre en place.

Les perspectives 2007 :

- plan de communication ;
- plan de formation des agents ;
- plan de formation des membres de la CDAPH ;
- projet de service 2008-2012 ;
- consolider et développer les partenariats ;
- appropriation, avec les partenaires de l'équipe pluridisciplinaire qui composent le plateau technique de la MDPH 22, de bilans de recueils (en lieu et place du GEVA).

Extraits de l'intervention de Mme Tual le 2 mars 2007, à l'occasion d'un colloque organisé par l'ADF :

Au terme d'une année de fonctionnement, le constat est que le dispositif MDPH se décline localement de manière singulière en fonction :

- A la fois, de l'histoire, du contexte, du niveau d'implication des partenaires ;
- Mais encore des orientations et des choix politiques posés au moment de la création de chaque MDPH.

Les contours de la MDPH de demain se dessinent dès aujourd'hui, et sur la base d'un seul et même dispositif, il est relativement simple de pronostiquer des MDPH, référencées en fonctions d'expériences, d'originalités, plutôt qu'une MDPH identique d'un territoire à l'autre, une MDPH modèle.

[...]

Le premier choix a été de se centrer sur la mission d'accès aux droits et prestations avec, pour axe majeur, l'accessibilité, accessibilité incluant la proximité, en référence au territoire de vie.

Le second choix a été de fixer comme priorité un travail en réseau et en partenariat avec les associations, établissements et services, dans le but de mobiliser les compétences et experts dont notre département est doté. La MDPH mise sur la mutualisation.

Enfin, le choix a été de spécialiser la CDA par domaine de handicap, originalité qui porte ses fruits et qui est une vraie plus-value. Elles sont au nombre de trois, elles sont présidées par des représentants d'associations.

Le préalable pour poser les jalons de la MDPH de demain c'est d'identifier les forces et faiblesses dont il faudra tenir compte :

- Les forces reposent sur :
 - La capacité de partage d'expériences et de pratiques ;
 - Les possibles, en termes d'anticipation et d'adaptation, en plus de l'opportunité qu'est l'ambition commune de s'inscrire dans l'esprit de la loi.
- Des faiblesses à travers :
 - la complexité d'un dispositif, complexité qui réside dans des échéances rapprochées, 2008, 2010, et dans l'inconnue que représente la PCH en terme d'activité et qui inévitablement impacte l'organisation.

A ces faiblesses s'ajoute une menace, un risque, celui que les logiques institutionnelles soient, un jour, peut-être, plus fortes que l'intérêt de la personne en situation de handicap.

La MDPH de demain sera à l'image de la manière dont auront été appréhendés les trois enjeux majeurs que sont, la participation, la proximité, la professionnalisation.

Ce qui fera la différence sur le long terme :

I. C'est très certainement la place qui aura été laissée aux deux instances que sont la Commission Exécutive et la CDA d'une manière générale, et, en particulier, la place et le rôle donnés aux associations :

- Dans notre département, ces instances ont toute leur place, **le conseil général ne se substitue pas à la commission exécutive, les professionnels de la MDPH ne se substituent pas à la commission des droits et de l'autonomie ;**

- La **représentation des personnes en situation de handicap est effective au sein des instances**, ce sont les adhérents des associations, eux-mêmes en situation de handicap ou parents d'enfants handicapés qui siègent et non les professionnels des délégations départementales.

Ce dialogue, cette concertation sont à consolider, à prolonger par la participation :

- Participation de la personne dans le cadre de l'instruction de sa demande, **ce qui suppose un outil informatique pensé dans le cadre d'une procédure qui informe et implique la personne à chaque étape du dispositif**. Une procédure et un outil informatique qui ne se limitent pas à la PCH mais qui soient effectifs, quelle que soit la demande de compensation, en référence aux souhaits, aux projets de la personne, fil rouge de l'instruction ;

- Participation dans les adaptations et améliorations qui peuvent être apportées à ce dispositif. **La représentation n'est pas la participation**. La personne en situation de handicap, qui siège dans l'une des instances de la MDPH, ne vit pas l'instruction d'une demande de compensation comme la personne en situation de handicap lambda. Le niveau d'information, d'appropriation du dispositif, n'est pas le même.

Pour mesurer la satisfaction, et trouver l'équilibre entre représentation et participation, plusieurs supports peuvent être utilisés dont, pourquoi pas, ce qui pourrait être nommé un Cercle Qualité, garant du retour du vécu de notre citoyen lambda et support d'un « garder prise » avec le vécu, avec le quotidien, que ce soit pour les professionnels ou les membres de la CDA.

Ce qui fera la différence sur le long terme :

II. C'est la capacité à définir un territoire de vie et de proximité, à s'appuyer sur les compétences de l'ensemble des professionnels de ce territoire.

La proximité est un enjeu à trois étapes de l'instruction :

- La proximité en début d'instruction, au moment de l'accueil, de l'information, de la remise du formulaire de demande de compensation ;
- Le choix dans notre département est de s'appuyer sur différents relais contacts, CPAM, CLIC, MSA, CAF, CSD, CCAS, pour être le plus respectueux possible de la manière dont la personne vit sa situation de handicap. Au total, ce seront une cinquantaine de relais avec des conseillers d'accueil formés ;
- La proximité comme principe au cœur de l'instruction pour ancrer l'équipe pluridisciplinaire dans les territoires, en s'appuyant sur les compétences des établissements et réseaux de santé, des services sociaux et médico-sociaux d'accompagnements, dans le but de constituer un plateau technique. **Mutualiser les compétences dont la MDPH ne saurait se doter en interne** sur la base de conventionnements garants de procédures, d'outils, de conceptions communes ;
- Enfin la proximité, à la fin de l'instruction, au moment de la mise en œuvre des décisions. **Trouver la référence au bon échelon territorial, dans l'objectif de s'inscrire au sein d'un réseau de compétences pour créer les réponses, garantir l'équité, la qualité dans l'accompagnement et le suivi de la personne, la continuité.**

Alors enfin, ce qui fera la différence sur le long terme :

III. C'est la professionnalisation, pour développer des réponses structurées et adaptés, éviter les « vides », les solutions par défaut.

La professionnalisation, c'est un remède pour éviter de faire avec toute la bonne volonté et du mieux possible, pour éviter de priver les personnes de leur autonomie. Pour éviter l'absence de choix, il faut s'autoriser à se doter de réponses adaptables, souples et modulables. Deux exemples pour illustrer ce propos :

- A moyen terme, l'adaptation des établissements et services liée à la vie scolaire des enfants, d'une part, et au vieillissement des personnes en situation de handicap, d'autre part ;
- A très court terme, **l'alternative** enfin possible entre **établissement** et domicile par **le biais de la PCH**.

Le domicile devra être reconnu comme une spécialité ; les services et l'établissement devront être complémentaires ; l'établissement, par ces formules d'accueil à la journée ou d'accueil temporaire, pouvant apporter une des conditions nécessaires pour rendre possible le domicile.

De plus, la professionnalisation peut faire converger des intérêts, ceux des territoires, des collectivités, des citoyens, pourvu qu'elle s'inscrive dans une conciliation alliant qualité de services et amélioration de conditions de travail d'emplois stables et pérennes.

Les services et établissements d'accompagnement relèvent du secteur médico-social et **représentent un vrai potentiel d'emplois qualifiés** (des métiers, des perspectives de carrières), **mais aussi de possibles reconversions professionnelles pour des femmes et des hommes**. En 2006, ce seront au final 150 ETP créés, directement liés aux attributions de prestation de compensation du handicap. Ce volet emploi doit attirer toute notre attention, pour que ces nouveaux emplois soient pourvus, dans de bonnes conditions, et poser les perspectives à court et moyen terme. C'est aussi une des conditions de mise en œuvre et d'application de la loi du 11 février 2005. »

Rapport d'activité 2006

Enfin, nous terminons par le rapport d'activité 2006 que nous avons décidé de reproduire pratiquement dans son intégralité, tant les informations complémentaires qu'il contient nous semblent intéressantes à connaître.

« I - Réunir les conditions de fonctionnement de la MDPH

2005 : réunir les conditions pour la création et l'ouverture de la MDPH

[...]

En amont de la constitution du groupement d'intérêt public, il a été proposé aux associations mais également aux établissements et services qui interviennent dans les différents domaines du handicap, d'être membre fondateur de la maison

départementale des personnes handicapées. Le mois de décembre 2005 a permis d'organiser des réunions d'information délocalisées par pays, afin d'aller au devant des professionnels, des partenaires et de la population.

[...]

Les instances :

La commission exécutive

La convention constitutive du GIP a été signée le 15 décembre 2005 et depuis la commission exécutive a été invitée à se réunir à quatre reprises, les 5 janvier, 13 février, 8 juin et 23 octobre. Elle sera à nouveau réunie le 18 décembre 2006.

Au cours de l'année 2006, la commission exécutive a voté :

- l'organisation de la commission des droits et de l'autonomie en commission spécialisée par domaines de handicap ;

- le budget prévisionnel 2006 ;

- les heures d'ouverture et d'accueil de la MDPH ;

- les recrutements et l'organigramme de la MDPH ;

- le règlement intérieur de la commission exécutive ;

- la délocalisation de la MDPH par l'intermédiaire de relais institutionnels ;

- le principe de constitution de l'équipe pluridisciplinaire ;

- la mise en place du fonds départemental de compensation du handicap ;

- les orientations budgétaires 2007.

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDA) est installée depuis le 9 février 2006 avec pour mission de prendre les décisions individualisées, de reconnaissance, d'orientation, d'allocation, de prestation de compensation du handicap. La CDA dans notre département est organisée en sections spécialisées par domaines de handicap. La CDA s'est réunie en formation plénière ou spécialisée chaque semaine depuis sa mise en place.

Les moyens humains

La MDPH compte à ce jour trente agents permanents, dont deux tiers mis à disposition par les services déconcentrés de l'Etat. Ces agents, auparavant, assuraient le fonctionnement des Cotorep, CDES et SVA. Leur expérience est mise à profit dans le cadre de l'installation de la MDPH et leur implication a permis d'assurer la continuité d'un travail de qualité.

Depuis le début de l'année 2006, il a fallu recruter quatre agents temporaires de catégorie C pour assurer un renfort pour compenser l'absence de deux agents mis à disposition par l'Etat et améliorer les délais d'instruction. En plus de ces personnels, le conseil général a recruté huit agents, au niveau de l'accueil, du pôle compensation et de l'encadrement. Deux médecins ont également été recrutés, l'un pour remplacer un départ en retraite et l'autre pour participer aux évaluations de la PCH.

L'accueil est assuré par trois agents, chacune ayant une expérience professionnelle antérieure ou une connaissance d'un domaine de handicap. En plus de ces trois agents, deux travailleurs sociaux peuvent intervenir pour assurer un accompagnement dès l'accueil, une conseillère en économie sociale et familiale pour les adultes et une assistante sociale pour les enfants.

Concernant plus particulièrement le pôle enfance, les enseignants référents qui participent aux missions de la MDPH sont au nombre de neuf dans notre département, soit une répartition moyenne de 250 enfants par enseignant (contre une moyenne de 142 sur les quatre départements bretons).

Un premier plan de formation des personnels s'est déroulé au cours du dernier trimestre 2006. Une session de six journées, au cours de laquelle les associations représentatives des personnes handicapées sont intervenues, permettant au personnel d'appréhender, ensemble, les approches théoriques et pratiques des différents domaines de handicap.

Les moyens matériels

La MDPH est localisée sur deux sites distincts :

- l'un accueillant le pôle adulte (bureaux destinés à l'ancienne COTOREP)
« Site Allendé » ;

- l'autre regroupant le pôle enfance, le pôle compensation, l'accueil et l'encadrement de la MDPH « Site de Robien ».

Le site de Robien est le site référent de la MDPH. Les bureaux seront aménagés a minima, mais néanmoins adaptés et accessibles : rampe d'accès, ascenseur, boucle magnétique, pratique de la langue des signes, formation des personnels à l'accueil des personnes quelque soit leur situation de handicap.

Les pôles ne seront pas réunis avant trois à quatre ans ; le site de Robien centralise d'ores et déjà l'ensemble des accueils téléphoniques et physiques dans l'objectif de faciliter les démarches des personnes en situation de handicap et de leur entourer conformément à l'esprit de la loi.

Plus de 850 appels sont dénombrés chaque semaine. Un quart des appels passe par le numéro vert de la MDPH. Les agents responsables de l'accueil peuvent consulter les logiciels IAS, Itac, Opale et travaillent en complément sur le support Logiclic.

Les moyens de contact sont diversifiés, une ligne standard, un numéro vert, une adresse mail. L'accueil téléphonique est effectif le matin et l'après midi. Un site Internet est en cours d'élaboration. La fréquentation est quant à elle de l'ordre d'une cinquantaine d'accueils par semaine, sachant que les heures d'ouverture au public sont concentrées en après-midi.

Les vecteurs d'unité sont double, d'une part les locaux, d'autre part le système d'information. Le service informatique du conseil général pilote l'informatisation de la MDPH. Le logiciel IAS est installé depuis le mois de juin ; il continue à être développé et adapté aux procédures propres à la MDPH 22 avec l'objectif d'aboutir à un seul et même logiciel.

II - La personne en situation de handicap au cœur des procédures

L'instruction des demandes de compensation

[...]

La MDPH se doit tout au long de l'instruction d'informer et d'impliquer la personne en situation de handicap ou son représentant légal et l'aider à rendre ses souhaits et projets réalisables. Le fil conducteur est bien évidemment l'autonomie de la personne ; à ce titre le choix a été de concevoir et de réaliser des formulaires adaptés aux attentes des personnes en situation de handicap et aux partenaires institutionnels afin de ne pas surajouter en complexité.

La MDPH s'inscrit dans un fonctionnement en réseau, aussi bien au niveau de l'information, de l'évaluation et de l'accompagnement des personnes. Elle n'a pas pour objet de se substituer aux partenaires du secteur du handicap. En ce sens des collaborations et leurs formalisations sont en cours.

L'accueil et l'information

La MDPH dispose de ressources humaines internes et externes. En interne, trois agents se consacrent à l'accueil téléphonique et physique pour informer et si nécessaire guider les personnes dans le renseignement du dossier de demande de compensation.

En fonction de la situation de la personne des entretiens approfondis peuvent être proposés avec l'un des deux travailleurs sociaux interne à la MDPH. Cet entretien est souvent l'occasion d'accompagner la personne à formaliser ses souhaits et ses projets.

Pour donner plus de proximité, la MDPH élabore avec la CPAM, la Caf, la MSA, les Clic et le conseil général les possibilités de s'appuyer sur les antennes locales de ces trois institutions comme relais d'information et de retrait de dossier de demande de compensation.

La procédure d'instruction

L'instruction débute au dépôt de la demande de compensation. Les délais d'instruction ont été améliorés depuis le début de l'année et s'approchent en moyenne de cinq mois. L'information et l'implication de la personne en situation de handicap, de son représentant légal, ou des parents des enfants, sont mises en œuvre à chaque étape de l'instruction :

- des courriers personnalisés sont adressés à la réception de la demande et ensuite pour convenir d'un temps d'évaluation de professionnels qui composent l'équipe pluridisciplinaire ;

- L'évaluation de la prestation de compensation est réalisée au domicile de la personne, en lien avec les aidants, familiaux, professionnels, (médecin traitant, professionnels du domicile, réseau de santé, ...). Lorsque la personne est hospitalisée et demande une procédure d'urgence, une évaluation est menée au domicile quelques semaines après le retour ;

- Le plan personnalisé de compensation sera dès que possible adressé à la personne avant l'examen de sa demande par la CDA (lien informatique en attente) ;

- Les personnes qui en émettent le souhait peuvent être reçues en commission des droits et de l'autonomie ;

- La notification de la décision est adressée à la personne sous huit jours ;

- Des personnes qualifiées sont désignées pour assurer une conciliation éventuelle, et le délégué du médiateur de la république est nommé.

La démarche d'instruction est modélisée avec trois étapes identifiées et communes quelque soit la demande de compensation et le pôle instructeur :

- la cellule de réception
 - la démarche d'évaluation
 - l'équipe technique
- } équipe technique d'évaluation

La MDPH dispose en interne de quatre temps [pleins] de médecins et de deux travailleurs sociaux et recherche avant tout à tisser les partenariats pour mobiliser les compétences spécifiques et expertes des différents domaines de handicap. Les discussions sont engagées avec les services hospitaliers, les établissements et services afin de constituer un plateau technique pluridisciplinaire neutre pour participer aux missions d'évaluation de la MDPH.

III - La compensation du handicap, recherche d'équité et de cohérence

La prestation de compensation du handicap

L'année 2006 comptabilise 609 demandes de prestation de compensation du handicap. Sur l'année 2006, la prestation de compensation du handicap à domicile sera versée pour un montant prévisionnel de 3 millions d'euros. En année pleine et en tenant compte d'une montée en charge progressive sur deux ans, ce prévisionnel serait doublé, en ne prenant que la PCH domicile.

Le délai d'instruction est en moyenne de cinq mois et le versement a pu être effectif dès le mois de juin. La procédure d'urgence est utilisée depuis le mois de juin en majorité pour des aides humaines, dans le cadre d'une sortie d'hôpital (trente situations examinées en 2006).

Le fonds départemental de compensation du handicap

Le fonds départemental de compensation du handicap s'inscrit dans la continuité du site à la vie autonome. Il revient à la maison départementale de gérer ce fonds, prestation extra-légale, chargé d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la prestation de compensation.

Les contributeurs du fonds départemental de compensation dans les Côtes d'Armor sont : le conseil général, l'Etat, la CPAM, la MSA, et interviennent chaque année respectivement à hauteur d'au moins 100 000 euros, 150 000 euros, 40 000 euros, 40 000 euros. Ces contributeurs ont accepté de mutualiser leurs contributions. La CAF participera à compter de 2007 à hauteur de 20 000 euros. Ce fonds est donc limité par une somme pérenne de 350 000 euros. L'Etat fait un apport complémentaire de 152 000 euros pour l'année 2006, année d'installation du fonds.

Les priorités fixées en commission exécutive le 8 juin sont au nombre de deux :

Première priorité : Le fonds apporte aux bénéficiaires de la prestation de compensation l'aide financière permettant que les frais de compensation restant à leur charge soient atténués.

Seconde priorité : Le fonds intervient en faveur des enfants et adolescents handicapés dont les familles restent exposées à des frais de compensation liés à l'acquisition d'aides techniques ou, lorsqu'il s'agit d'enfants et d'adolescents très lourdement handicapés, à des frais d'aides humaines.

La signature de la convention constitutive du fonds date de la mi-novembre et le premier comité de gestion s'est tenu le 19 décembre 2006.

IV - La commission des droits et de l'autonomie

Le fonctionnement de la CDAPH s'appuie sur les principes suivants :

- une spécialisation par situation de handicap, avec une organisation en trois sections :

- une commission spécialisée handicap mental, psychique et cognitif ;
- une commission spécialisée handicap moteur, poly-handicap et grande dépendance ;
- une commission spécialisée handicap sensoriel et troubles de la communication.

Les commissions spécialisées, composées de six membres, préparent les décisions d'allocation, d'orientation médico-sociale, d'orientation professionnelle, de reconnaissance, ..., toutes demandes non associées à une prestation de compensation du handicap.

- la commission plénière étudie toutes les demandes de prestation de compensation du handicap ;
- une planification entre titulaires et suppléants pour alléger le rythme de réunion ;
- l'anonymisation de la présentation des demandes.

La CDA est installée depuis le 9 février 2006 et se réunit depuis chaque semaine, soit à quarante-quatre reprises. La CDA est présidée par M. Alain Le Guyader, conseiller général. Trois vice-présidents l'accompagnent dans cette mission :

- Valérie Meurou, représentante départementale APF 22 ;
- Alain Gaudin, association Voir ensemble ;
- Jean-Yves Herviou, représentant du CDCPHI.

Chaque vice-président est garant du fonctionnement d'une commission spécialisée.

Au cours de l'année 2006, 9 399 situations ont été instruites, une situation pouvant contenir plusieurs demandes. Au total, ce sont donc 15 631 demandes étudiées au cours de l'année 2006¹.

- 243 demandes de PCH, pour 172 situations instruites
- 1 890 demandes au pôle enfance, pour 1 698 situations
- 13 498 demandes au pôle adulte, pour 7 529 situations
- dix-neuf personnes ont été reçues en commission et dans un souci d'échange et d'accueil, elles sont entendues en CDA spécialisée où siègent six membres plutôt qu'en commission plénière composée de vingt-trois membres.

Des procédures simplifiées permettent de raccourcir la démarche d'instruction et d'alléger le travail des membres de la CDA, particulièrement dans le cadre de renouvellement ou de demandes ne donnant pas lieu à discussion, par contre, toutes les demandes de prestation de compensation du handicap sont systématiquement discutées en CDA plénière.

La CDA s'est dotée d'un règlement intérieur, adopté le jeudi 19 octobre par ses membres et présenté pour information en commission exécutive le 23 octobre. Le règlement intérieur de la CDAPH, composé de dix articles, prévoit un socle commun régissant l'organisation générale et la création de règles spécifiques aux sections afin de garantir une équité et une cohérence de traitement, tout en ayant le souci de statuer de manière personnalisée.

Les membres de la CDA et de la commission exécutive ont pu se retrouver dans le cadre d'une journée d'information à la fin du mois de septembre. Le jeudi 28 septembre s'est tenue la première journée d'information, quarante-neuf personnes

¹ A titre de comparaison, voici ce que nous apprend notre correspondant en Ile-et-Vilaine : « Nous avons eu, le lundi 18 juin, une réunion entre deux représentants de la CHA, le vice-président du CG, le directeur de la MDPH et la présidente de la CDA.

Le point sur les dossiers : sur 1 190 dossiers présentés depuis le 1^{er} février 2006, 143 ont été décisionnés, 120 sont en cours, 73 sont en cours d'instruction (c'est-à-dire qu'on les a ouverts...).

A ce jour, les personnes qui ont déposé un dossier n'avaient pas reçu d'accusé de réception !... Pourtant, aux dires du directeur, les personnes dont le dossier n'a pas été ouvert auraient reçu un accusé de réception. Résultat des courses une attente, pour les dossiers « normaux » de quinze mois... Je dis les dossiers normaux, car ceux qui se manifestent un peu violemment voient leurs dossiers passer au-dessus, c'est le cas de celui de mon épouse et de la personne qui était avec moi... Par contre, il y a quinze jours je défendais le dossier d'une personne qui l'avait déposé le 26 mars 2006. Le nôtre avait été déposé le 15 février 2006 et nous sommes passés en CDA le 11 décembre 2006... Or, les handicaps sont les mêmes...

La MDPH 35 fait son bilan d'étape le 27 juin et, nulle part, ni sur le site Internet, ni sur papier, on ne trouve le questionnaire d'évaluation préconisé par la CNSA. Le directeur nous a déclaré qu'il était trop complexe pour être rempli par une PH ! Le département d'Ile-et-Vilaine avait pourtant fait un battage publicitaire monstre en décembre 2006 (panneaux publicitaires, spots radio, encarts dans la presse), vantant les mérites de la MDPH et le slogan était : « La MDPH pour que vos démarches ne soient pas un handicap de plus », alors que les dossiers en attente s'empilaient dans les locaux.

La comparaison entre une MDPH qui marche et une autre qui ne marche pas du tout (qui plus est située dans la même région) est saisissante et montre bien que le décalage repose essentiellement sur une différence de culture, d'approche de la personne en situation de handicap ; dans le premier cas, la personne est considérée comme autrement capable, alors que, dans le deuxième cas, elle est considérée comme handicapée avant tout et est donc traitée **comme avant**.

étaient présentes : il ressort de cette journée un bilan globalement positif, vue l'ampleur de l'installation. Une session de formation est en cours d'élaboration pour les membres de la CDA.

[...]»

B. MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES 67

Nous tenons à remercier Mme McCarthy et le conseil général du Bas-Rhin de nous avoir donné en exclusivité le rapport d'activité de la MDPH 67, que nous reproduisons également pratiquement en intégralité.

Rapport d'activité 2006

[...]

En effet, jusque là, l'orientation d'une personne handicapée reposait sur l'évaluation de ses déficiences et non de ses potentiels ou de ses aspirations à travers des dispositifs très éclatés, les trois principaux acteurs institutionnels en matière de handicap étant le département, l'Etat et les organismes de sécurité sociale.

Désormais, la personne handicapée doit pouvoir, comme chaque citoyen, choisir librement sa vie compte tenu de ses ambitions et de ses capacités.

Il s'agit de lui donner un rôle actif dans l'évaluation de ses besoins et des réponses qu'il convient d'y apporter en lui permettant de déterminer, en fonction de ses propres choix, un véritable parcours de vie. La MDPH concourt directement à cet objectif en rassemblant en un seul lieu une équipe pluridisciplinaire chargée de fournir toutes les informations relatives aux droits et prestations de la personne handicapée et de lui assurer l'aide nécessaire à la formulation et à la mise en œuvre de son projet de vie.

Au niveau départemental, 73 000 personnes adultes et 2 800 enfants handicapés sont concernés par cette nouvelle approche personnalisée du handicap.

Le conseil général du Bas-Rhin a relevé ce défi particulièrement exigeant, en mettant en place, dans des délais très courts, une structure complexe qui associe pour la première fois les partenaires institutionnels et associatifs dans le cadre d'un pilotage départemental. Cette complexité juridique s'est doublée d'une difficulté liée à un contexte local marquée notamment par un important retard de traitement des dossiers transférés.

Les fondements de la maison départementale des personnes handicapées du Bas Rhin sont à présent posés et les deux principales instances qui la régissent, la commission exécutive et la commission des droits et de l'autonomie, lui permettent d'asseoir son fonctionnement.

La MDPH 67, telle qu'elle a été conçue fin 2005, est mise depuis plus d'un an à l'épreuve de la réalité et renvoie aujourd'hui à la nécessité de faire un premier bilan afin de mieux répondre aux attentes du public.

Dans cette perspective, les principaux enjeux consistent à :

- développer une plate forme d'accueil de qualité dédiée aux personnes handicapées ;

- maîtriser la complexité de l'évaluation du besoin de compensation du fait de son approche globale et sur mesure ;

- rechercher l'efficience des dispositifs gérés par les services de l'Etat, présents à la MDPH, héritière d'une situation de sous effectif avec plusieurs milliers de dossiers en souffrance ;

- développer un nouveau mode de pilotage départemental dans le cadre du regroupement d'institutions différentes et d'une forte présence associative autour d'objectifs communs.

Ces enjeux ont permis de dégager les axes de progrès à envisager afin de donner à la MDPH les moyens de surmonter les difficultés identifiées et de la conduire vers la mise en œuvre d'un service public de qualité dédié aux personnes handicapées.

Les axes de progrès sont les suivants :

- Axe 1 : assurer un accueil de qualité /apporter une information de qualité et de proximité aux personnes handicapées garantissant l'accès à leurs droits ;

- Axe 2 : améliorer les dispositifs de prestations gérés au sein de la MDPH ;

- Axe 3 : aller vers une nouvelle gouvernance en matière de handicap.

- organiser efficacement les liens entre la MDPH et le conseil général, chef de file de l'action sociale en faveur des personnes handicapées

- développer la coordination entre la MDPH et les autres partenaires

Ces axes se déclinent en onze actions dont le coût estimatif pour 2007 est de 182 500 euros et de 265 000 euros pour l'année 2008.

AXE 1

Assurer un accueil de qualité

Apporter une information de qualité et de proximité aux personnes handicapées garantissant l'accès à leurs droits

1 - CONSTATS ET ENJEUX

Parmi l'ensemble des missions dévolues à la MDPH, l'accueil, l'information et l'orientation du public constitue une mission essentielle qui exige une attention particulière en raison de son caractère inédit et des fortes attentes que manifestent les personnes handicapées.

[...]

Afin de réaliser cet objectif au mieux, le conseil général a fait le choix, dans des délais extrêmement contraints, d'une implantation de la MDPH dans un lieu

géographique unique. Elle a ouvert ses portes rue du Verdon, courant février 2006, et constitue un guichet d'accueil d'ores et déjà clairement identifié. Doté d'une unité d'accueil dédiée exclusivement à l'accueil physique et à l'accueil téléphonique et d'un numéro vert, celle-ci a été confrontée, dès l'arrivée des services de l'Etat, à une situation d'engorgement qui a nécessité un renfort immédiat.

Or, à travers cette mission, la MDPH se doit de faire preuve d'exemplarité.

Afin d'atteindre cet objectif, trois aspects sont à prendre en compte dans l'évolution de ce guichet. Il s'agit :

- d'améliorer l'accessibilité matérielle de la MDPH
- de restructurer la plate forme d'accueil en adaptant les moyens à sa charge
- de rechercher la diversification des moyens de communication de l'information en direction des personnes handicapées.

Quelques chiffres :

6 500 appels téléphoniques par mois

60 à 80 passages par jour

LES ACTIONS

- 1 Améliorer la signalétique et l'accessibilité extérieure du site de la MDPH
- 2 Améliorer la signalétique et l'accessibilité intérieure du site de la MDPH
- 3 Améliorer les conditions d'accueil physique à l'intérieur du site de la MDPH
- 4 Répondre à la forte sollicitation téléphonique
- 5 Diversifier les modalités de communication de l'information en direction des personnes handicapées

Fiche action n° 1

Améliorer la signalétique et l'accessibilité extérieure du site de la MDPH

L'OBJECTIF

Viabiliser les différentes voies d'accès à la MDPH et améliorer la signalétique permettant aux personnes handicapées de s'y rendre plus facilement et ce dans de meilleures conditions de sécurité.

[...]

Fiche action n° 2
Améliorer la signalétique et l'accessibilité intérieure
du site de la rue du Verdon

L'OBJECTIF

Faciliter l'accès à la MDPH aux personnes handicapées lorsqu'ils arrivent sur le site de la rue du Verdon.

[...]

Fiche action n° 3
Améliorer les conditions d'accueil physique
à l'intérieur du site de la MDPH

L'OBJECTIF

Renforcer la qualité de l'accueil physique au sein de la MDPH permettant de garantir :

- la confidentialité,
- la convivialité
- de permettre une première prise en charge de la personne handicapée
- une information plus efficiente sur les droits des personnes handicapées

LES ACTIONS

1 - Dissocier un accueil généraliste de premier niveau et un accueil spécialisé en vue de faciliter l'élaboration du projet de vie de la personne en situation de handicap

2 - Renforcer la formation des chargés d'accueil / Diversifier leurs compétences leur permettant de répondre aux problématiques relatives à tous types de handicap

3 - Mettre en place une nouvelle signalisation plus explicite, en particulier pour les personnes souffrant d'une déficience visuelle

4 - Créer une salle d'attente ouverte pour enfants handicapés

5 - Aménager un SAS d'entrée du bâtiment ou un rideau d'air chaud pulsé.

LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- étudier la création de deux « boxes » d'accueil respectant la confidentialité
- procéder au recrutement de deux chargés d'accueil en tant que contractuel dans un premier temps afin de mesurer la charge de travail.

[...]

Fiche action n° 4 **Répondre à la forte sollicitation téléphonique**

L'OBJECTIF

Renforcer l'accueil téléphonique au sein de la MDPH permettant de répondre de manière réactive et efficace aux demandes des personnes handicapées.

LES ACTIONS

- 1 - Ouverture d'une quatrième ligne téléphonique
- 2 - Création d'un poste de chargé d'accueil téléphonique
- 3 - Diversifier les compétences des chargés d'accueil téléphonique leur permettant de répondre aux problématiques relatives à tous types de handicap/développer les techniques appliquées par les centres d'appel
- 4 - Etude de la mise en place d'un serveur vocal

LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Inscription en DM1 du poste de chargé d'accueil

[...]

Fiche action n° 5 **Diversifier les modalités de communication de l'information en direction des personnes handicapées**

L'OBJECTIF

Mieux garantir l'accès aux droits des personnes handicapées :

- en assurant un service public de proximité d'accueil, d'écoute et d'information ;
- en modernisant l'action publique de la MDPH dans une logique de web-administration.

Rendre lisibles par le grand public les actions de l'ensemble des partenaires œuvrant dans le domaine du handicap

LES ACTIONS

1 - Créer un guide d'information à destination des personnes handicapées et de leur famille : recueil d'informations recensant les actions de l'ensemble des partenaires œuvrant dans le domaine du handicap (dispositifs d'aide, réglementation, recensement de l'ensemble des intervenants...). Mise en ligne sur le site de la MDPH

2 - Créer un système informatique unique et installation de la gestion électronique des dossiers. Il permettra au chargé d'accueil de disposer de l'ensemble des informations sur le dossier d'une personne handicapée sur un support unique

3 - Installer une borne Internet à disposition des personnes handicapées au sein des locaux de la MDPH

4 - Créer un site Internet

5 - Etudier la pertinence d'étendre la compétence des Espaces d'Accueil Seniors aux personnes handicapées dans le cadre d'une démarche de territorialisation de l'action.

Cette action répondrait à un triple objectif :

- un lieu d'accueil et de ressources en direction des personnes handicapées et de leur famille à vocation pluridisciplinaire (prise en charge de l'ensemble des aspects de la vie quotidienne : accompagnement social, soins, aide à domicile, habitat, structure d'accueil, aides financières, retraite, vie sociale sportive et culturelle, transports...);

- une instance de coordination à travers la mise en synergie des moyens, services et intervenants autour du projet de vie de la personne handicapée ;

- un lieu d'observation sociale permettant de repérer et d'identifier les besoins spécifiques émergents sur le territoire d'intervention.

LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

[...]

4- Site Internet

Il est prévu dans un premier temps que le site Internet du conseil général héberge une page d'accueil dédiée à la MDPH.

Dans un second temps, un site autonome sera créé.

[...]

5- Extension de la compétence des ESPAS

Réalisation d'une étude sur les besoins territoriaux (2007)

Expérimentation de l'extension sur un ou plusieurs territoires donnés (Fin 2007)

Evaluation et extension éventuelle sur l'ensemble du territoire (Fin 2008)

AXE 2

Améliorer les dispositifs de prestations gérés au sein de la MDPH

1- CONSTATS ET ENJEUX

La MDPH est un groupement d'intérêt public dont le département assure la tutelle administrative et financière au sein duquel chaque partenaire Ddass, DDTEFP, CPAM, Caf, Cram, Inspection académique, associations, contribue au fonctionnement de la maison départementale par la mise à disposition de moyens.

[...]

S'agissant plus particulièrement de la mise à disposition des personnels d'Etat au profit de la MDPH, l'héritage s'est avéré problématique. **Ces dispositifs étaient fortement cloisonnés avec une juxtaposition des acteurs et des financements conduisant à une absence de structuration de la réponse.** Ce cloisonnement est d'ailleurs illustré par les différents systèmes d'information de la Cotorep et de la CDES qui ne sont pas compatibles entre eux.

De plus, ces dispositifs sont soumis, depuis plusieurs années, à une **augmentation constante de leur activité (+500 dossiers par an pour la Cotorep) tandis que le nombre d'agents mis à disposition a stagné, voire diminué**, avec pour conséquence des délais d'instruction trop longs : (six-huit mois et un nombre croissant de dossiers en retard d'instruction) 7 000 demandes pour la Cotorep au moment de leur installation en juillet 2006 à la MDPH

Parallèlement, la mise en œuvre de la nouvelle prestation de compensation du handicap financée par le conseil général s'est révélée très complexe du fait de son approche globale et personnalisée. Articulée autour de cinq volets formant les éléments de la prestation (aides humaines, aides techniques, adaptation du logement surcoût lié au transport et adaptation du véhicule et aide animalière), elle est destinée à financer l'ensemble des aides nécessaires pour permettre à la personne handicapée de réaliser son projet de vie. Elle exige une coordination très active de l'équipe pluridisciplinaire intervenant dans la démarche d'instruction, qu'il convient de stabiliser. En effet les réponses au besoin de compensation s'inscrivent dans le cadre de procédures d'évaluation ne répondant pas toutes aux mêmes délais d'instruction. Si l'instruction ne portant que sur une demande d'aide humaine peut être garantie dans les délais réglementaires (quatre mois) en revanche les autres volets de la prestation seul ou combinés supposent des délais d'instruction fortement rallongés.

Dans ce contexte, les objectifs prioritaires pour l'année 2006 étaient principalement les suivants :

- assurer la mise en place et le fonctionnement de la nouvelle commission des droits et de l'autonomie se substituant aux Cotorep et CDES, instance de décision compétente pour se prononcer sur l'ensemble des demandes de prestations en faveur des personnes handicapées (la CDAPH examine mensuellement entre 2 000 et 2 500 demandes) ;

- assurer la mise en œuvre de la nouvelle prestation de compensation du handicap chargée de couvrir tous les besoins de compensation grâce à des procédures d'évaluation complexes, obéissant à une logique de « sur mesure » et nécessitant une coordination suivie d'une multitude d'intervenants dans le processus de décision ;

- procéder à l'inventaire des trois dispositifs antérieurement gérés par l'Etat.

Les enjeux qui se dégagent au bout d'une année de fonctionnement consistent à :

- réduire les délais d'instruction ;

- maîtriser la procédure d'instruction de la PCH dans toutes ses composantes ;

- redéfinir les modalités d'intervention du fond de compensation ;

- créer un système d'information unique de nature à favoriser la transversalité et l'homogénéité des méthodes et procédures de travail ;

- anticiper l'extension de la prestation de compensation du handicap aux enfants (février 2008).

Quelques chiffres :

- 22 000 demandes instruites annuellement par la Cotorep ;

- 5 000 demandes instruites annuellement par la CDES ;

- progression de 500 dossiers/an depuis quatre ans pour la Cotorep ;

- 1 100 dossiers instruits/an par l'ancien site pour la vie autonome ;

- délais d'instruction entre six-huit mois pour certaines prestations ;

- 2 000-2 500 dossiers examinés mensuellement par la nouvelle CDAH ;

- au 31 mars 2007 : 1 000 demandes de PCH ont été réceptionnées par la MDPH depuis le 1^{er} janvier 2006. 318 décisions ont été prises par la commission des droits et de l'autonomie correspondant à un montant de dépenses de près de 900 000 euros.

B - ACTIONS

6. garantir les délais légaux d'instruction des prestations, condition indispensable à l'intérêt et la crédibilité de la MDPH

7. déterminer les nouvelles modalités d'intervention du fonds départemental de compensation

Fiche action n° 6
Garantir les délais d'instruction légaux des prestations, condition indispensable à l'intérêt et la crédibilité de la MDPH

L'OBJECTIF

Instruire l'ensemble des prestations servies par la MDPH dans le délai légal de quatre mois.

LES ACTIONS

1- Adéquation des moyens humains aux missions et à l'activité de la MDPH à court terme :

- renfort de l'unité adulte : un agent administratif contractuel pour une période de six mois - pérennisation à étudier ultérieurement après évaluation et mise en place de la nouvelle organisation ;
- renfort de l'unité jeune : un agent administratif contractuel pour une période de six mois - pérennisation à étudier ultérieurement après évaluation et mise en place de la nouvelle organisation ;
- renfort pour l'instruction de la PCH et des prestations servies par le fonds de compensation : deux ergothérapeutes contractuels pour une période de six mois, une secrétaire médico-sociale contractuelle (poste à pérenniser au BP 2008) création d'un poste de travailleur social en DM1 (en prévision de l'extension de la PCH aux enfants) ;
- renfort en médecins : la MDPH souffre d'un déficit de médecins en raison du caractère peu attractif de la profession. Lancement d'un appel à candidature et financements de vacations supplémentaires par le conseil général afin de permettre les consultations médicales non réalisées de 2 000 personnes ;
- renfort du secrétariat de la commission des droits et de l'autonomie (cinq séances à organiser mensuellement) : mission actuellement gérée par l'assistante de direction. Une secrétaire supplémentaire est nécessaire (poste à pérenniser au BP 2008).

Délai : Juin/Juillet

[...]

2- Rationalisation et harmonisation des procédures d'instruction

- Poursuite du diagnostic des activités de la MDPH

Un diagnostic de l'activité de la MDPH est actuellement en cours. Il doit permettre de dégager les modalités organisationnelles nouvelles qu'il convient de mettre en œuvre. Il est mené en lien étroit avec le projet de création du système d'information.

Délai : résultats fin juin

[...]

- Création d'une unité de pré-instruction

Cette unité de pré-instruction sera créée à partir d'un redéploiement d'agents présents au sein de la MDPH. Elle sera composée de trois agents et d'un responsable dont la mission essentielle sera d'assurer la réception des demandes de prestations, de procéder à la demandes de pièces complémentaires, de réaliser l'historique du dossier de la personne handicapée permettant d'avoir une vision globale de sa situation, de vérifier l'adéquation administrative de la demande aux besoins.

Délai : juillet 2007

[...]

- Assurer une meilleure coordination entre les partenaires participants à l'instruction administrative et médico-sociale de la PCH et du fonds de compensation

Rédaction d'un protocole de fonctionnement qui permet de :

- redéfinir les procédures de transmission et les interventions entre la MDPH, le service pour l'intégration du handicap et le service des politiques seniors

- mieux coordonner l'action avec les partenaires extérieurs intervenants dans l'évaluation médico-sociale (Cep, Ugecam, Cram...)

[...]

Délai : juin

[...]

Rapprochement des unités d'instruction administrative de la PCH et du fonds de compensation :

L'analyse démontre de forts liens entre l'instruction de la PCH et celle du fonds de compensation. En effet, ce dernier a notamment pour mission d'assurer un financement complémentaire lorsqu'un solde reste à charge de la personne handicapée.

Création d'un système d'information unique et d'une gestion électronique des dossiers

Le projet relatif au système d'information se réalisera en trois étapes :

- la reprise des données des anciens logiciels de la Cotorep et de la CDES ;
- le paramétrage du logiciel (déjà utilisé pour les autres prestations gérées par le conseil général) ;

- la formation des agents au logiciel.

L'installation de la gestion électronique des dossiers favorisera également la réduction des délais

Délai : livraison au premier trimestre 2008

[...]

Fiche action n° 7
Déterminer les nouvelles modalités d'intervention
du fonds départemental de compensation

Le fonds départemental de compensation du handicap est une instance multipartenariale intervenant en complément de la prestation de compensation du handicap sur la base d'une contribution volontaire de ses membres (Etat, conseil général, organismes de sécurité sociale, Crav, Caf...).

L'OBJECTIF

- réduire les délais d'instruction des prestations servies par le fonds ;
- créer la caisse pivot permettant un financement par un seul liquidateur : la MDPH ;
- définir des critères d'éligibilité au fonds et un champ d'application ;
- développer les financements qui relèvent pour l'ensemble des partenaires d'une compétence facultative.

LES ACTIONS

En vue de la constitution du fonds départemental de compensation, il est prévu la méthodologie de travail suivante.

1- Etat des lieux du site pour la vie autonome et proposition d'amélioration (avril-juin 2007)

A cet effet, trois groupes de travail composé des différents partenaires financiers ont été constitués :

- premier groupe de travail : réflexion sur les critères d'éligibilité (situation de handicap, âge...)
- deuxième groupe de travail : critères d'attribution des aides et champ d'intervention du fonds
- troisième groupe de travail : rationalisation et simplification du processus d'instruction et de décision

Lors de cette phase, les travaux de ces groupes de travail seront encadrés par un comité de pilotage et de suivi qui se réunira a minima deux fois : une première fois en amont pour définir plus précisément les orientations des groupes de travail (missions, membres, fréquence et modalités de travail...), une seconde fois en aval afin de valider les propositions des groupes de travail.

Cette réflexion sera par ailleurs enrichie par une enquête auprès des autres MDPH ayant déjà mis en place le fonds de compensation ou sur le point de le réaliser.

2- Rédaction d'un projet de règlement intérieur du fonds et d'un projet de convention sur la base des productions des trois groupes de travail et du comité de pilotage et de suivi. (juin 2007)

Ces projets seront soumis pour avis au comité de pilotage et de suivi avant d'être adoptés par la commission exécutive et les partenaires.

3- Validation du règlement intérieur et de la convention par les organes délibérants des différentes parties concernées et en particulier par la commission exécutive. (à compter de juin 2007 - échéance non précisée compte tenu de contraintes liées à l'approbation de ces documents par les instances décisionnelles des contributeurs)

4- Mise en œuvre du nouveau dispositif au 1^{er} janvier 2008

AXE 3

Vers une nouvelle gouvernance en matière de handicap :

Renforcer les relations politiques et fonctionnelles entre la MDPH et le conseil général, chef de file de l'action sociale en faveur des personnes handicapées

Développer la coordination entre la MDPH et les autres partenaires

A - CONSTATS ET ENJEUX

L'acte I de la décentralisation en 1982 et 1983 a transféré au Département un ensemble de compétences en matière d'aide et d'action sociale, en particulier en ce qui concerne la politique en faveur des personnes handicapées : attribution de l'aide ménagère légale, de l'aide sociale à l'hébergement et de l'allocation compensatrice, tarification et autorisation de création d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La loi du 13 août 2004 est venue réaffirmer son rôle de chef de file dans ce domaine.

Le conseil général : pilote de la politique départementale

A ce titre, il lui appartient :

- d'une part, de définir la politique départementale en faveur des personnes handicapées à travers le schéma d'organisation sociale et médico-sociale.

- d'autre part, de coordonner les interventions de l'ensemble des partenaires œuvrant dans le domaine du handicap (communes, établissements sociaux et médico-sociaux, services d'aide à domicile, associations, organismes d'assurance maladie...). Dans ce cadre, la MDPH est un outil indispensable à l'exercice par le conseil général de sa mission de coordination.

En effet, bien que disposant du statut de groupement d'intérêt public et d'une personnalité juridique autonome, la MDPH a été placée par le législateur sous la tutelle administrative et financière du conseil général.

La présidence de son instance délibérative, la commission exécutive, est assurée par le président du conseil général.

A la tête de la maison départementale, le président du conseil général se voit ainsi attribuer un rôle de coordination et d'animation, qu'il exerce grâce au concours des services de la MDPH et à la participation active de ses divers partenaires.

Dans ce contexte, la MDPH, qui gère l'ensemble des demandes individuelles, est par voie de conséquence la plus à même de connaître les situations et les difficultés rencontrées par les personnes handicapées. A ce titre, elle doit jouer le rôle d'un véritable observatoire social permettant d'identifier les besoins et de répondre à leurs attentes.

Les données ainsi recueillies constituent la matière première à l'élaboration de la politique départementale définie par le conseil général dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

La stratégie organisationnelle retenue par le conseil général

- une organisation favorisant la transversalité et le partenariat institutionnel :

En effet la commission exécutive numériquement importante associe largement les partenaires. Par ailleurs, la présidence de la commission des droits et de l'autonomie est assurée par la directrice départementale des affaires sanitaires et sociales et les vices présidences par deux conseillers généraux et un représentant d'association. Cette configuration illustre la volonté du conseil général de s'inscrire dans un cadre partenarial constructif.

- Une organisation fonctionnelle fortement intégrée au conseil général.

- Le principe d'une mutualisation des moyens du conseil général.

Ce choix de gestion permet ainsi de procéder à des économies d'échelle et de recourir aux compétences et au savoir-faire présents au sein du conseil général. Celui-

ci intervient par conséquent sur l'ensemble des compétences fonctionnelles : ressources humaines, budget, informatique, logistique, juridique, communication...

Le principe de la mutualisation a également été retenu pour ce qui concerne le dispositif de la prestation de compensation du handicap. En effet, le service pour l'intégration du handicap, pour l'instruction administrative, et le service des politiques seniors, pour l'instruction médico-sociale, apportent leur concours à la mise en œuvre de cette nouvelle prestation.

Deux enjeux majeurs : la nécessité de développer les relations internes et externes au conseil général et la création d'une culture commune

Un pilotage par le conseil général visant à favoriser la construction de partenariats internes et externes et l'autonomie budgétaire de la MDPH constituent un enjeu essentiel. Ce pilotage du conseil général permettra de consolider ce nouveau mode de gouvernance.

La structuration de ces partenariats devra être recherchée à travers des protocoles de fonctionnement avec les services du PAP et les autres pôles en associant activement la MDPH aux initiatives des différents pôles concernés par le domaine du handicap.

S'agissant de la création d'une culture professionnelle commune, le conseil général et la maison départementale des personnes handicapées ne sauraient se limiter à un rassemblement en un même lieu des services œuvrant dans le domaine du handicap. Au-delà de cette seule cohabitation, il s'agit de créer un dispositif permettant une prise en charge globale et unique des personnes handicapées animé par des agents qui, à terme, partageront une vision et une culture commune en matière de handicap. Cet objectif est d'autant plus difficile à atteindre qu'il s'inscrit dans le cadre d'une gestion des ressources humaines complexes en raison de la multiplicité des employeurs.

En effet, quatre statuts différents cohabitent (Ddass, DDTEFP, Inspection académique, conseil général).

Il pourra être atteint notamment au moyen d'un système d'information unique, d'une gestion coordonnée des ressources humaines et de la mise en place d'outils communs de management.

LES ACTIONS

8. Renforcer les liens avec le conseil général

9. Elaborer des protocoles de fonctionnement avec le conseil général et les principaux partenaires

10. Elaborer un budget permettant à la MDPH de disposer d'une autonomie budgétaire

11. Renforcer une culture professionnelle commune grâce à la mise en place d'outils de management partagés

Fiche action n° 8 **Renforcer les liens avec le conseil général**

L'OBJECTIF

Positionner la MDPH en véritable observatoire social, outil d'analyse et d'évaluation à disposition du conseil général, chef de file de la politique en faveur des personnes handicapées, chargé d'adopter le schéma d'organisation sociale et médico-sociale.

Avoir une connaissance en temps réels des besoins non couverts ou émergents sur les territoires afin de mettre en place des actions et des dispositifs adaptés aux attentes spécifiques de la population handicapée.

Développer les relations avec les services du conseil général compétents directement ou indirectement en matière de handicap.

Informar l'assemblée délibérante du conseil général de l'activité et de l'évolution de la MDPH.

LES ACTIONS

1. Créer un système d'information unique (Cf. Axe 1. Fiche Action 5)
2. Etudier la pertinence de l'extension de la compétence des ESPAS au public handicapé (Cf. Axe 1. Fiche Action 5)
3. Elaborer un outil d'observation sociale alimenté notamment par les données du système informatique unique. Cet outil permettra de repérer les besoins sur les territoires en termes de service à la population handicapée (moyens de transports, services d'aide à domicile), hébergement pour personnes handicapées. Cette observation servira à l'élaboration du schéma d'organisation sociale et médico-sociale. Il sera élaboré en lien avec les partenaires de la MDPH (Etat, organismes de sécurité sociale, associations...)
4. Favoriser et impulser l'échange des informations et la participation à des actions relatives au handicap avec l'ensemble des services et des directions des pôles du conseil général concernés directement ou indirectement par cette compétence.
 - PAP: Service pour l'intégration du handicap, service des politiques senior, service de protection maternelle et infantile
 - DRH : Intégration professionnelle des travailleurs handicapés
 - PEP: Direction des Politiques Educatives
 - PAT: Service des transports, Direction de l'Habitat

- PDT

Délai : 2008

5. Présentation d'un rapport d'activité de la MDPH devant l'assemblée délibérante

Fiche action n° 9
Elaborer des protocoles de fonctionnement avec le conseil général et les principaux partenaires

L'OBJECTIF

- Clarifier l'identité et la spécificité de la MDPH auprès du pôle fonctionnel du conseil général.
- Positionner la MDPH en véritable service du conseil général facilitant le fonctionnement du guichet unique.
- Faciliter les relations avec l'Etat en particulier sur les questions relatives à la gestion du personnel
- Développer les relations avec les autres partenaires institutionnels.

LES ACTIONS

1. Elaborer un protocole de fonctionnement avec le secrétariat général du pôle aide à la personne en lien avec le pôle fonctionnel du conseil général.
2. Elaborer un protocole de fonctionnement avec l'Etat sur l'ensemble des questions liées aux ressources humaines
3. Elaborer des protocoles de fonctionnement avec les partenaires institutionnels participant en particulier à la procédure d'évaluation de la PCH et intervenant dans le cadre du fonds de compensation.

Délai : 2007/2008

Fiche action n° 10
Permettre à la MDPH de disposer d'une autonomie financière

L'OBJECTIF

Permettre à la MDPH d'exercer ses compétences budgétaires, en particulier dans le cadre du fonds de compensation

LES ACTIONS

1. Elaborer un budget en lien avec le secrétariat général du PAP, la direction des finances, le payeur départemental

2. Constituer la caisse pivot du fonds départemental de compensation (Cf. Axe 2. Fiche 7)

Délai : 2007/2008

*

Fiche action n° 11
Renforcer une culture professionnelle commune grâce à la mise en place d'outils de management favorisant l'égalité du traitement des agents de la MDPH

L'OBJECTIF

Développer le sentiment d'appartenance des agents mis à disposition à la MDPH

Améliorer les conditions de travail :

-entre les agents de la MDPH mis à disposition par des administrations différentes (conseil général, services déconcentrés de l'Etat)

-entre les agents de la MDPH mis à disposition et les agents du conseil général

Améliorer la qualité du service public rendu à la personne handicapée et sa famille

LES ACTIONS

1-Adoption d'un règlement intérieur de la MDPH définissant les règles internes communes applicables à l'ensemble des agents mis à disposition de la MDPH (temps de travail, congés...)

Délai : Fin 2007

2- Création d'une commission locale de concertation

Dans le cadre du dialogue social, il est en effet prévu selon la convention de mise à disposition signée avec l'Etat qu'une commission locale de concertation soit mise en place réunissant le directeur de la MDPH ainsi que des représentants du personnel désignés pour trois ans par les organisations syndicales représentatives présentes dans les instances consultatives des différents membres du GIP. Il conviendra de procéder à la constitution de cette instance en 2007.

Délai : Fin 2007

3- Création d'un système d'information unique

Il sera également de nature à favoriser la transversalité et l'homogénéité des méthodes et procédures de travail.

Délai : Premier trimestre 2008

[...]

4- Formation des agents sur les compétences relatives au handicap ainsi que sur les compétences bureautiques

Délai : fin 2007

[...] »

Conclusion

Nous constatons, en ce qui concerne du moins ces deux MDPH (qui font partie de celles qui sont en première ligne, tout de même), des similitudes d'approche et de sensibilité. En quoi il n'y a pas de secret, ni de recette miracle au final. La politique du handicap, comme toute autre politique, relève d'abord de bon sens mais aussi d'une vraie empathie, d'une volonté et de partenariats consensuels.

Il est évident qu'un virage culturel ne peut pas se négocier sur un simple claquement de doigts mais bien sur un travail à moyen et à long terme, reposant sur une participation réelle de toutes les parties prenantes et notamment, voire surtout, des personnes concernées elles-mêmes. Ce qui n'est visiblement pas le cas dans certains départements, à ce jour, c'est-à-dire ceux où nous avons constaté le maximum de blocages, des dysfonctionnements et de retards.

Nous dirions même que, même si le conseil général n'est pas et ne doit pas devenir le « propriétaire hégémonique » de la MDPH, la politique de cette dernière dépend néanmoins de la sensibilité du président du conseil général de tutelle. Mais également de la sensibilité et de l'expérience de la directrice ou du directeur d'une MDPH, en matière du handicap. On peut aussi se demander que vont devenir les groupements d'intérêt public lorsqu'on constate la minimisation de leur rôle par un très grand nombre de conseils généraux, allant à l'encontre de l'esprit de la loi ?

En ce sens, il est peut-être utile d'envisager un travail de sensibilisation, de formation et d'information, si nécessaire, en concertation et en collaboration avec l'ADF, nous semble-t-il, en direction de ces deux acteurs essentiels dans le bon fonctionnement d'une MDPH.

II. LA POSITION DE L'ASSOCIATION DES DEPARTEMENTS DE FRANCE

Nous avons également pu obtenir des éléments de réponse de l'association des départements de France (ADF), concernant le fonctionnement des MDPH et le positionnement conseils généraux.

En résumé, le constat de l'ADF est le suivant :

« La réussite du dispositif procède pour l'essentiel de l'engagement des conseils généraux qui en sont les chefs de file désignés. [...] Nous observons également qu'on peut avancer tout en dialoguant, qu'il est possible de mobiliser les citoyens et les associations dans l'élaboration des politiques publiques.

[...]

Néanmoins :

Des inconvénients indépendants de la volonté réelle des départements d'aller de l'avant ont pourtant créé des pesanteurs et des retards auxquels les équipes des MDPH sont encore aujourd'hui confrontées.

Cette situation a été génératrice d'importantes disparités entre les MDPH elles-mêmes.

1. Difficultés

Le statut juridique de la MDPH (GIP) en question

Le législateur a préconisé une méthode novatrice de mobilisation des acteurs du handicap : conjuguer les moyens publics et la volonté associative, faire converger les attentes respectives, briser les cloisonnements administratifs qui trop souvent alourdissent l'action publique ; tendre vers un objectif commun.

Non souhaité comme unique fondement juridique de la MDPH par une majorité de départements, le groupement d'intérêt public (bien qu'allégé par le législateur) a plutôt constitué un frein au développement des maisons. Manque de souplesse selon les uns, problème de partage de responsabilités selon les autres, difficulté dans l'affirmation d'un principe de gouvernance posé par le conseil général, intégration difficile des « entrants » (essentiellement les services de l'Etat) : autant de difficultés qui ne sont pas encore aujourd'hui totalement résolues.

Au fond, le statut juridique que représente le GIP ne constitue du reste qu'une réponse insuffisante au véritable enjeu de ce « guichet unique » voulu par le législateur. Améliorer l'accueil et le traitement des demandes des personnes, favoriser leur meilleure orientation, créer les conditions d'un véritable partenariat local, fédérer les acteurs, organiser les synergies : autant d'objectifs qui réclament la désignation d'un véritable chef de file. Le département est incontournable dans l'exercice de ce rôle.

Selon l'Odas¹, trois profils-types de MDPH se dégagent :

- « Un type de MDPH très « intégrée » (trente-cinq départements) : le conseil général s'approprie la MDPH comme l'un de ses services. Dans cette situation, le conseil général occupe les postes de direction, et cherche à rapprocher la direction en charge des personnes handicapées et la MDPH (locaux conjoints, mutualisation des équipes médico-sociales et des équipes pluridisciplinaires, fonction de directeur de la MDPH confiée au Directeur général adjoint). C'est le sentiment d'une décentralisation inachevée qui a conduit une minorité de départements à rechercher les moyens de la faire aboutir en s'investissant fortement dans le GIP. L'objectif est de montrer également une prise en charge effective de la compétence handicap par les départements et d'apporter davantage de visibilité pour le citoyen sur ces questions.

- Une situation de type intermédiaire (quarante-neuf départements) où l'on distingue bien deux institutions différentes. La MDPH obtient une réelle autonomie : elle a un directeur à plein temps, des locaux indépendants de ceux du conseil général. Toutefois le lien avec les directions personnes âgées et personnes handicapées reste important : le directeur est de culture départementale, et souvent rattaché hiérarchiquement au DGA. La MDPH est perçue comme un outil distinct doté de marges de manœuvres importantes mais au service de la politique départementale en faveur des personnes handicapées. Cette situation intermédiaire est choisie par une majorité de départements afin de favoriser un réel partenariat sur la politique du handicap. Par crainte du désengagement des autres partenaires, le conseil général n'opte pas pour une appropriation forte de la MDPH, au contraire il préfère jouer la carte d'une construction très respectueuse des partenaires, en l'intégrant dans une vision large de la politique en matière de handicap.

- Un type de MDPH « autonome » (trois départements) : le conseil général joue un rôle de partenaire parmi les autres. La plupart du temps, l'équipe de direction est directement recrutée par le GIP et l'investissement du conseil général est moindre que dans les deux situations précédentes (aucune mise à disposition du conseil général, les services du conseil général ne concourent pas au bon fonctionnement du GIP). Très peu de départements sont aujourd'hui dans ce cas car cette configuration provoque des blocages qui se répercutent directement sur le fonctionnement de la MDPH.

On peut donc affirmer que très majoritairement les conseils généraux ont montré leur capacité à relever un challenge particulièrement lourd, celui de s'investir dans des délais très courts sur un dispositif d'une rare complexité. Toutefois pour y

¹ Maison départementale des personnes handicapées : une réforme bien engagée. Odas, mai 2006.

parvenir ils ont dû considérablement s'impliquer avec le risque que cette mobilisation n'entraîne le repli des autres partenaires. Il va donc falloir accompagner ces efforts d'une meilleure définition des objectifs poursuivis afin que leur qualité suscite l'adhésion du plus grand nombre autour d'une nouvelle conception de la solidarité moins stigmatisante et davantage axée sur l'intégration à la vie sociale. »

On le voit bien dans cette étude, la question du positionnement de la MDPH par rapport au conseil général est centrale. La MDPH est l'outil d'une politique publique locale, en l'occurrence en faveur des personnes handicapées. Sans portage politique local, cet outil ne serait qu'une courroie de transmission d'une politique nationale. Décentralisation ou déconcentration ? Emanation d'une politique locale voulue pour et avec les personnes concernées ? Ou bien déclinaison locale d'une politique de solidarité nationale ? Ces questions demeurent entières.

L'inflation réglementaire

Une centaine de textes (décrets, circulaires) ont été publiés depuis la promulgation de la loi, sur deux années.

La loi fixe l'architecture globale et l'esprit de la réforme. Un nombre considérable de textes réglementaires, leur intégration par les équipes, sur des sujets extrêmement techniques a posé des difficultés importantes, et ce malgré le fort niveau d'engagement et la réactivité dont elles ont fait part.

Le problème de l'interopérabilité des outils informatiques

La CNSA a demandé aux MDPH de continuer à utiliser en 2006 les systèmes Cotorep et CDES. La position unanime des directeurs d'action sociale des conseils généraux a été de déplorer l'inadaptation de ces outils pour la gestion d'une politique d'envergure aux lourdes conséquences financières.

Selon les conseils généraux, l'informatique doit permettre une meilleure lisibilité des situations et un service optimisé. Or, les oppositions faites aux conseils généraux, pour la transmission entre les services du département et la MDPH des informations nécessaires au bon suivi des situations individuelles des personnes handicapées, a beaucoup ému les professionnels.

Les conseils généraux ont massivement souhaité le développement d'un module spécialisé, réalisé avec les principaux éditeurs informatiques du social.

[...]

Cette question traitée avec la CNSA, et qui a fait l'objet d'une démarche de l'ADF à l'endroit de la Chl, n'a pas trouvé à ce jour de solution acceptable.

Les personnels des Cotorep et des CDES n'ont pas été préparés à rejoindre les conseils généraux.

Le nouveau dispositif était inconcevable sans un apport en moyens humains, provenant notamment de l'Etat, ayant participé au dispositif antérieur à la réforme. Les

personnels concernés (pour beaucoup de catégorie C) étaient rattachés essentiellement aux DDTEFP, dans une moindre mesure aux Ddass et à l'éducation nationale.

Cette réticence a de multiples causes, notamment les retards considérables pris par les Cotorep, mais aussi la méconnaissance réelle des conditions de travail dans « la territoriale ». Les syndicats (CGT en particulier) ont été très actifs. On sait que des messages au plus haut niveau ont été diffusés, interprétés par les intéressés comme une non-obligation de rejoindre les conseils généraux. Ce que la loi confirme : (Art. L. 146-4. « *Le personnel de la maison départementale des personnes handicapées comprend : 1° Des personnels mis à disposition par les parties à la convention constitutive ; 2° Le cas échéant, des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en détachement ; 3° Le cas échéant, des agents contractuels de droit public, recrutés par la maison départementale des personnes handicapées, et soumis aux dispositions applicables aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale ; 4° Le cas échéant, des agents contractuels de droit privé, recrutés par la maison départementale des personnes handicapées* »).

Les délais de traitement des dossiers

Les délais en vue de l'attribution de la PCH ont posé des difficultés supplémentaires aux départements qui ont dû s'organiser pour faire face à l'absorption des retards engrangés précédemment par les Cotorep.

Dans bien des cas, on observait des retards moyens dans le traitement des dossiers par les Cotorep d'environ six mois (jusqu'à un an). Outre l'allongement (décret) du délai de traitement, s'est posée la question sensible des dossiers à traiter en urgence : parfois, seules les situations exceptionnelles ont ainsi été traitées, renforçant le désagrément des autres personnes. S'agissant des personnes très lourdement handicapées (PTLH), si les départements connaissent bien ces publics, le glissement d'une prise en charge médicosociale vers une prise en charge sanitaire a été mal perçue par certains départements.

2. Aspects positifs

A) Les liens CNSA/départements sont désormais stabilisés : la caisse apporte une véritable plus-value au dispositif, tant dans sa mission centrale de redistribution des crédits que sur l'appui technique apporté aux MDPH. [...]

B) Aspects juridiques : les textes d'application sont quasiment tous publiés.

C) Locaux : toutes les MDPH sont installées. Cette situation est à porter au crédit de la volonté politique départementale et de leur engagement, dépassant souvent les seuls moyens budgétaires alloués par l'Etat : 70 millions ont été attribués en 2005 et 2006 aux départements pour faciliter la mise en place rapide des MDPH. A ces crédits s'ajoute une dotation reconductible de 20 millions d'euros en 2006, portée à 30 millions en 2007.

D) Moyens humains : 93 % des agents de l'État ont finalement accepté de rejoindre les MDPH. 1 400 agents ont ainsi été mis à disposition ou recrutés grâce aux crédits dégagés lorsque la mise à disposition n'était pas possible.

E) Instances : les commissions des droits et de l'autonomie (CDA) qui attribuent la prestation de compensation du handicap (PCH) sont toutes installées. Depuis mai 2006, plus de 18 300 prestations ont été attribuées. Le rythme s'accélère désormais. On estime que 60 000 personnes ont déjà fait une demande sur les 120 000 personnes qui sont susceptibles de bénéficier de cette prestation.

F) Etablissements : le nombre de places créées dans les établissements et services a été doublé, par rapport à la législature précédente. Ainsi 40 000 places auront été créées entre 2003 et 2007, dont 8 600 pour les enfants, 18 000 pour les adultes, et 14 000 dans les établissements et services d'aide par le travail (Esat). S'agissant du problème rencontré dans le département du Nord, frontalier de la Belgique, un plan de rattrapage a été bâti sur trois ans pour combler le retard : 6 millions d'euros ont été dégagés, permettant l'ouverture de près de 200 places. Pour les personnes handicapées de plus de soixante ans en établissement, deux mesures ont été prises : 10 % des créations de places en maison d'accueil spécialisé leur sont réservées ; en outre, ils ne peuvent être exclus de l'établissement du fait de leur âge.

G) Scolarisation des enfants handicapés : de plus en plus d'élèves handicapés sont scolarisés dans l'école ou le collège de leur quartier. En 2006-2007, on en dénombre 160 000. En 2005-2006, ils étaient 151 000. En 2004-2005, 134 000 ; en 2003-2004, 107 000 et en 2002-2003, 89 000. Entre la rentrée de 2002 et celle de 2006, le nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire a donc progressé de 80 %. Au 15 novembre 2006, 19 500 enfants bénéficiaient d'un accompagnement. 2 000 auxiliaires de vie scolaire supplémentaires doivent être recrutés ; de même, les 4 000 auxiliaires déjà embauchés vont bénéficier d'une formation. Lors de la rentrée prochaine, un guide pratique va être diffusé aux parents d'enfants handicapés pour leur donner les informations nécessaires. Une circulaire de sensibilisation devrait être adressée en juin aux rectorats et aux inspections d'académie.

H) Insertion professionnelle : le secteur public et le secteur privé ont la même obligation d'emploi : 6 % des effectifs des administrations et des entreprises doivent être des salariés handicapés. Ainsi, vingt ans après la loi de 1987, le taux de salariés handicapés a progressé : il est passé de moins de 2 % en 1987 à 4 % aujourd'hui. L'objectif des 6 % n'est toutefois toujours pas atteint. Le fonds chargé de gérer les cotisations des employeurs publics qui ne respectent pas cette norme est en place : il s'agit du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (FIPH) dans la fonction publique. 52 millions d'euros lui ont été affectés en 2006. Sa montée en charge demeure toutefois trop lente. Un plan pour l'emploi des personnes handicapées a été proposé (15 novembre 2006) : chaque personne handicapée en recherche d'emploi, dans un délai de six mois suivant sa demande à la Maison départementale, se voit proposer un parcours d'insertion professionnelle. But : favoriser les vraies perspectives de carrière, sans « enfermer » les personnes dans un poste de travail. Les services de l'Etat ont été récemment mobilisés (Drass, Ddass, DDETP, DREFP, directeurs ANPE, des MDPH, de Cap Emploi).

D) Ressources des personnes : les personnes qui perçoivent le minimum invalidité peuvent désormais, comme celles qui bénéficient de l'AAH, accéder à la garantie de ressources afin d'atteindre un niveau égal à 80 % du Smic. Cette inégalité a donc été corrigée (loi de finances pour 2007). Un nouveau décret a été pris pour que l'accès à cette garantie de ressources soit assoupli. »

Autres constats fait par l'ADF :

Bilan MDPH

Le caractère équivoque de la nouvelle politique départementale du handicap est souvent souligné : il s'agit en réalité d'une « décentralisation partielle, régulée et sous surveillance » (dixit la CNSA).

Ni complètement décentralisée, ni complètement déconcentrée, la nouvelle politique départementale du handicap fait du conseil général un « actionnaire majoritaire d'une société par action » que serait la maison départementale des personnes handicapées.

En pratique, parce qu'il régit l'instance de gouvernance de cette maison qu'est la commission exécutive (Comex), le président du conseil général est inévitablement considéré comme le pilote du dispositif : sa responsabilité devant les usagers est donc engagée.

Le département est donc au cœur du dispositif, avec à ses côtés ses habituels partenaires associatifs, mais -c'est une nouveauté institutionnelle-, qui figurent parmi les instances exécutives de la maison et parmi les instances décisionnaires de la commission des droits et de l'autonomie (CDA). Pourtant celles-ci n'apportent aucune contribution obligatoire au dispositif.

PCH

La loi a créé la prestation de compensation du handicap (PCH) permettant aux personnes handicapées de bénéficier d'aides matérielles et techniques afin de les accompagner dans leur vie quotidienne. Cette prestation est versée par le conseil général après décision de la commission des droits et de l'autonomie (CDA).

Un concours versé, depuis 2006 par la CNSA aux départements - et sur le même modèle que celui réparti au titre de l'Apa 8 vient couvrir une partie du coût de cette prestation. Le décret n° 1590 du 19 décembre 2005 décrit les modalités de versement de ce concours. Il précise notamment :

« La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie procède au calcul du concours définitif dû à chaque département et au versement du solde dû au titre d'un exercice, lorsque l'ensemble des documents mentionnés à l'article R. 14-10-36 lui est parvenu.

« Le solde des concours attribués au département est obtenu par déduction des acomptes versés en application de l'article R. 14-10-35 du montant du concours définitif.

« Dans le cas où le solde d'un département est négatif, son montant est déduit des versements relatifs aux concours versés au titre de l'année suivante. »

Par conséquent et étant donné la situation particulière de 2006 (le délai d'instruction des dossiers et donc la décision des CDA n'est intervenue qu'au cours du second semestre) les départements perçoivent en 2007 des acomptes calculés sur les dépenses 2006 : ils ne représentent pas l'effort réel que les conseils généraux devront mener.

C'est pourquoi, l'ADF a demandé au ministre d'envisager des modalités transitoires plus adaptées à la réalité des départements pour financer cette politique en 2007, par exemple, en envisageant un lissage pluriannuel du calcul des acomptes de la CNSA.

Pourtant, **sur le plan financier, les départements demeurent assez inquiets**. Bien que la PCH n'ait pas connu le même engouement que l'Apa (en 2002), le caractère aléatoire de la montée en charge de la PCH ne manque pas d'inquiéter.

Cette imprévisibilité budgétaire se double d'une forte crainte liée aux conséquences indirectes des autres mesures centrales de la loi : transport, accessibilité, prise en charge sanitaire, insertion professionnelle, prise en charge des enfants handicapés (public moins bien connu), etc.

Fonds départemental de compensation

L'abondement du fonds départemental de compensation n'a, dans un premier temps, fait l'objet d'aucune précision. Les départements ont alors craint d'être les seuls à abonder ce fonds. Désormais, l'Etat verse aux MDPH les crédits qu'il consacrait au fonctionnement des sites pour la vie autonome (Siva) : 13,9 millions d'euros par an.

Pour autant, la loi prévoit que le bénéficiaire ne devra consacrer plus de 10% de ses ressources (après impôts) à la prise en charge de sa situation de handicap. Sur ce point, la CNSA est en désaccord avec les départements : la CNSA estime que *« le fonds est facultatif dans son financement et obligatoire dans son versement »*.

Le problème du financement pérenne de ce fonds subsiste donc. D'autant qu'il s'agit de compléter ce que la PCH ne prend pas en compte.

De même, si un arrêté a été pris pour permettre de traiter le problème du coût des aides humaines, certains départements (la Marne, par exemple) nous font part de leur mécontentement : la prestation peut avoisiner 8 000 euros mensuels pour des personnes très lourdement handicapées, compte tenu des légitimes besoins en aides humaines à satisfaire.

Pour autant, cette prise en charge correspond de plus en plus à une « hospitalisation à domicile ». Est-ce le rôle des conseils généraux ? Ne s'agit-il pas d'une extension de leurs prérogatives sur le volet sanitaire qui doit revenir à l'Etat ? Dans ce cas, n'est-ce pas un transfert de charges déguisé ?

Accessibilité

L'obligation de mise en accessibilité généralisée dans un délai de dixans (après le vote de la loi, soit en 2015) pose d'abord un problème budgétaire. Depuis la loi de 2005, toutes les constructions neuves doivent être accessibles. Mais pour le bâti existant, pour les transports, il n'est pas concevable d'attendre 2015 pour que tous les services de l'Etat soient mobilisés : une instruction a été faite aux préfets afin qu'ils organisent régulièrement dans leur département, des réunions d'avancement des travaux d'accessibilité. Certains départements ont déjà pris des initiatives en réunissant les communes pour évaluer globalement les travaux à engager et les budgets à prévoir. Mais cela suffira-t-il ?

Emploi

Une expérimentation avec les départements est actuellement menée pour améliorer l'employabilité des personnes bénéficiaires de l'AAH. Il faut examiner les outils dont disposent les départements pour évaluer les capacités d'insertion des personnes et mieux identifier leur employabilité afin qu'elles puissent regagner le marché du travail et trouver un emploi. Le service public de l'emploi ne devrait-il pas être mobilisé fortement ?

Education

Un plus grand nombre d'enfants handicapés peut aujourd'hui intégrer une école, mais les conditions d'accueil ne sont pas suffisantes, bien qu'il existe une réelle volonté en la matière. Quels nouveaux efforts déployer ?

Ressources

La question des ressources n'est pas réglée. Les personnes qui ne peuvent pas travailler n'ont pas droit à un revenu d'existence décent. Leurs ressources dépendent toujours de celles de leur conjoint. Cette situation a été dénoncée à plusieurs reprises par le collectif associatif. Quelle suite donner à cette revendication légitime ? »

*

Conclusion

En fait, il y a un litige depuis l'origine autour des responsabilités et des pouvoirs en matière de gestion de la politique du handicap dans les départements. Beaucoup déplorent un statut bâtard pour les conseils généraux et regrettent la situation équivoque que cela entraîne, même parmi certaines associations. Qui aura le dernier mot ?

En revanche, les personnes autrement capables sont en droit de s'inquiéter face à la position de certains départements considérant qu'un accompagnement de vingt-quatre heures sur vingt-quatre n'est rien moins qu'une forme larvée d'hospitalisation. On voit très bien où cela veut mener et cela va dans le même sens que revendiquer une récupération sur un héritage de la PCH... C'est très inquiétant, nous semble-t-il.

Concernant l'emploi, nous sommes entièrement d'accord sur le fait que le service public de l'emploi soit mobilisé pour trouver des solutions, avec tous les partenaires, pour proposer des emplois adaptés aux personnes les plus handicapées. Pour cela, il faudrait explorer les possibilités que pourrait offrir le télétravail, par exemple.

Mais il y a une unanimité entre toutes les parties prenantes dans la politique du handicap à propos d'une « inflation réglementaire ».

CONCLUSION

Le premier constat que ce travail nous a amené à faire c'est que l'esprit de la loi du 11 février 2005 a été fréquemment « dénaturé » par des décrets et des arrêtés censés la préciser.

Du reste, un des éléments qui ressort chez la plupart de nos interlocuteurs, c'est la complexité introduite par les décrets et les arrêtés, à l'encontre de la volonté du législateur qui souhaitait au contraire une plus grande simplification et une meilleure lisibilité en matière d'application de la loi, afin d'aller vers un allègement des démarches pour les personnes handicapées. Ce n'est malheureusement pas le cas pour le moment et cela mériterait des concertations approfondies, entre toutes les parties prenantes, pour décomplexifier ce qui peut l'être dans cette loi, notamment, comme nous venons de le démontrer, en reprenant certains articles litigieux ou ambigus.

Il n'empêche, aujourd'hui la culture du handicap voulu par le législateur n'est pas entrée dans les MDPH. Comme nous l'avons vu, non seulement, l'accueil et l'information ne sont pas à la hauteur des attentes mais, de surcroît, seule la PCH aides humaines, même imparfaitement appliquée et distribuée, est vraiment rentrée dans les mœurs.

Lorsque l'on fait le bilan de la loi du 11 février 2005, on se rend compte que seuls environ 25 % de celle-ci ont été mis en œuvre. Ce qui montre clairement tout le chemin qui reste à parcourir. Mais si nous voulons une mise en œuvre pleine et entière de la loi, il est impératif que, durant ce nouveau quinquennat, celle-ci continue d'être traitée de façon transversale par les ministères composant le nouveau gouvernement. En effet, si une approche transversale, concertée et consensuelle n'est pas adoptée par les ministères de tutelle, il est à craindre que cette loi ne trouvera jamais son plein essor, donc ne respectera jamais toutes les promesses qu'elle contient. Le législateur et les associations de défense des personnes autrement capables devront être, nous semble-t-il, très vigilants sur ce point. Faute de quoi, soyons-en sûrs, il est à craindre que seule, ou pratiquement, la compensation sera vraiment traitée, quand bien même elle n'est qu'un élément de la loi. Et encore de façon très inégalitaire, donc imparfaitement.

Ce qui serait très regrettable.

Du reste, il serait dramatique voire irresponsable, nous semble-t-il, en parlant de culture, d'omettre ou de nier l'inégalité de traitement qui existe depuis l'instauration de la loi entre les départements, donc entre les MDPH, les CDA et les conseils généraux. Comment expliquer, par exemple, que dans le Rhône¹ ou dans le Pas-de-Calais², à situation similaire, on n'accorde pas plus de douze heures d'accompagnement journalier à une personne, alors que dans le Bas-Rhin, dans la Gironde ou les Côtes-d'Armor, elle aurait un accompagnement vingt-quatre heures sur vingt-quatre ? La différence d'approche, d'analyse et par conséquent d'application de la loi, selon le département, est parfois considérable, tout autant qu'incompréhensible. Pourtant, le vade-mecum semble clair. Alors comment expliquer toutes ces différences d'interprétation ? Bien sûr, ne nous le cachons pas, dans certains départements, on adapte la loi en fonction de la politique du handicap, voire de la politique sociale, ambiante. Mais ce comportement est plutôt rare, heureusement. En fait, nous pensons que le problème majeur réside dans le virage pris en matière de politique du handicap, dans le fait que ce virage a beaucoup de mal à être pris. La culture du handicap et, plus particulièrement, la culture partagée n'ont pas encore été comprises ou admises. Or, comment appliquer correctement la loi si on n'a pas réellement intégré l'essence et le sens profond de celle-ci ? Nous ne ferons pas l'économie d'une formation et d'une information intensive de tous les acteurs de la politique du handicap, si nous voulons vraiment que celle-ci tienne toutes ses promesses.

Mais pour cela, il faudra vraiment aller dans le sens de la participation voulue par le législateur, c'est-à-dire qu'il faudra s'appuyer sur des personnes autrement capables compétentes pour faire et/ou participer à ces formations.

¹ Nous pensons, entre autres, à une personne IMC profond, donc totalement dépendante et, qui plus est, est atteinte d'un cancer très grave.

² Nous pensons particulièrement à une fratrie, atteinte d'une myopathie très grave (aucune autonomie respiratoire) et à la charge d'une mère de soixante-quatorze ans, qui n'a toujours pas d'accompagnement vingt-quatre heures sur vingt-quatre, malgré des risques qu'une telle négligence peut entraîner.