

**Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au  
bilan et aux orientations de la politique du  
handicap**

**Secrétariat d'Etat chargé de la Solidarité  
12 février 2009**



## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>LA COMPENSATION DU HANDICAP, ACQUIS ESSENTIEL DE LA LOI DU 11 FEVRIER 2005.....</b>	<b>11</b>
1. LE DROIT A LA COMPENSATION DES CONSEQUENCES DU HANDICAP PAR LA SOLIDARITE NATIONALE EST DEvenu UNE REALITE.....	11
1.1. <i>Le droit à compensation conduit à mobiliser une palette de réponses diversifiées.....</i>	<i>11</i>
1.1.1. Une nouvelle approche reposant sur la notion de projet de vie.....	11
1.1.2. La PCH, instrument essentiel du droit à compensation.....	13
1.1.3. Le développement de l'offre en établissement et services, autre facette du droit à compensation.....	16
1.1.4. La qualité de l'offre de services concourant à la compensation a été améliorée par les actions de la CNSA et de l'ANESMS.....	21
1.2. <i>Les MDPH mettent en œuvre le droit à la compensation au bénéfice des personnes handicapées.....</i>	<i>22</i>
1.2.1. Un interlocuteur unique de proximité au service des personnes handicapées.....	22
1.2.2. Après une période de transition, leur mise en place est désormais réalisée.....	22
1.2.3. La CNSA a apporté un important appui à la constitution et au développement des MPDH.....	29
1.3. <i>La CNSA contribue à plusieurs titres à la mise en œuvre du droit à la compensation.....</i>	<i>31</i>
1.3.1. Un nouvel acteur original aux missions multiples.....	31
1.3.2. Le financement des prestations liées à la compensation.....	32
1.3.3. Le pilotage budgétaire et financier des établissements sociaux et médico-sociaux ..	32
1.3.4. L'amélioration de l'accès aux solutions de compensation.....	33
2. LE GOUVERNEMENT SOUHAITE POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU DROIT A LA COMPENSATION.....	34
2.1. <i>Les prestations sont appelées à évoluer.....</i>	<i>34</i>
2.1.1. La PCH sera ajustée pour mieux couvrir les besoins de compensation des personnes handicapées.....	34
2.1.2. Les principes de convergence et de suppression des barrières d'âge trouveront leur concrétisation dans le cadre du cinquième risque.....	36
2.2. <i>La création de places en établissements bénéficiera d'un nouvel élan.....</i>	<i>39</i>
2.2.1. Le Gouvernement s'est engagé à réaliser un plan pluriannuel de création de places, marqué par une forte amélioration qualitative.....	39
2.2.2. Le plan tient compte de la nécessité de renforcer l'équité territoriale.....	42
2.2.3. Le plan sera complété par une action particulière en direction des personnes handicapées accueillies en Belgique.....	43
2.2.4. Cet effort s'appuiera sur les leviers offerts par la création des agences régionales de santé (ARS).....	44
2.2.5. Le développement de l'offre s'appuie sur un plan des métiers au service des personnes âgées et handicapées pour permettre les recrutements indispensables à l'amélioration de la prise en charge.....	45
2.3. <i>Un accent particulier est mis sur la compensation de formes spécifiques de handicap.....</i>	<i>46</i>
2.3.1. Le polyhandicap et les handicaps rares.....	46
2.3.2. Le second plan autisme 2008-2010.....	46
2.3.3. Le Plan Handicap visuel 2008-2011.....	48
2.3.4. La poursuite des efforts en faveur du handicap psychique.....	48
2.3.5. L'adaptation des modes d'accompagnement des personnes traumatisées crâniennes.....	49

2.4. Les MDPH seront réformées pour leur permettre de remplir l'intégralité de leurs missions .....	50
2.4.1. En dépit des importants efforts des équipes et des moyens consacrés, les MDPH rencontrent encore des difficultés de fonctionnement .....	50
2.4.2. Le Gouvernement mène une réflexion sur l'évolution du statut des MDPH.....	50
<b>L'ACCES DE TOUS A TOUT, CONDITION DE L'EGALITE DES CHANCES .....</b>	<b>53</b>
1. PILIER ESSENTIEL DE LA LOI DU 11 FEVRIER 2005, L'ACCESSIBILITE A LA CITE A FAIT L'OBJET DE NOUVEAUX ENGAGEMENTS DU GOUVERNEMENT.....	53
1.1. La loi du 11 février 2005 a énoncé des objectifs en matière d'accessibilité .....	53
1.1.1. Le cadre bâti .....	53
1.1.2. Les transports et la voirie .....	54
1.1.3. Une mise en œuvre locale s'appuyant sur la participation des acteurs.....	54
1.1.4. L'accès à la citoyenneté.....	55
1.2. Le Gouvernement a cherché à assurer la mise en œuvre de la loi en publiant les textes d'application et en mobilisant l'administration de l'État en faveur de l'accessibilité.....	55
1.2.1. La publication des textes d'application permettra une mise en œuvre effective du principe d'accessibilité .....	55
1.2.2. L'administration de l'État est impliquée dans la mise en œuvre opérationnelle des dispositions en matière d'accessibilité au cadre bâti .....	57
1.2.3. La mise en œuvre de la politique d'accessibilité des transports .....	58
1.2.4. La mise en œuvre de la politique d'accessibilité a contribué à permettre l'accès des personnes handicapées aux activités culturelles .....	59
1.2.5. L'Etat a encouragé le développement des pratiques sportives accessibles aux personnes handicapées.....	61
1.2.6. L'Etat a développé une action en faveur de l'accès aux loisirs des personnes handicapées.....	62
1.2.7. L'organisation des élections de 2007 a illustré les progrès de la politique d'accès à la citoyenneté.....	63
1.3. L'accessibilité fait l'objet de nouveaux engagements du Gouvernement.....	63
1.3.1. Garantir le respect du calendrier.....	63
1.3.2. Le plan de relance annoncé par le Président de la République contribuera à accélérer les chantiers relatifs à l'accessibilité .....	65
1.3.3. Développer l'expertise et valoriser les bonnes pratiques .....	65
1.3.4. Des démarches de normalisation et de certification pour garantir la qualité des solutions d'accessibilité .....	66
1.3.5. De nouvelles mesures pour améliorer l'accès aux technologies de l'information et la communication.....	67
1.3.6. L'accès aux soins courants des personnes handicapées sera amélioré.....	69
2. L'EDUCATION ET LA SCOLARISATION DES ENFANTS ET JEUNES HANDICAPES CONSTITUENT UN ELEMENT IMPORTANT DE LA POLITIQUE D'ACCESSIBILITE.....	70
2.1. La loi du 11 février 2005 a conduit à un nouvel engagement du service public de l'éducation en faveur de la scolarisation des enfants handicapés .....	70
2.1.1. La loi du 11 février 2005 reconnaît l'existence d'un droit à la scolarisation .....	70
2.1.2. La loi du 11 février 2005 a conduit à une mobilisation du service public de l'éducation et de l'enseignement .....	71
2.1.3. Des dispositifs spécifiques se mettent en place dans l'enseignement supérieur.....	72
2.2. Cette mobilisation a permis une progression de la scolarisation des enfants et jeunes handicapés.....	75

2.3. Le Gouvernement s'est engagé, dans le cadre de la Conférence nationale du handicap, à poursuivre ces efforts .....	76
2.3.1. Permettre aux jeunes handicapés de suivre des parcours d'études en milieu ordinaire dans des conditions adaptées .....	76
2.3.2. Prendre en compte les besoins particuliers des jeunes sourds .....	78
2.3.3. Poursuivre le développement des dispositifs collectifs de scolarisation .....	78
2.3.4. Développer l'éducation adaptée et améliorer son articulation avec l'éducation ordinaire .....	79

## **L'EMPLOI ET LES RESSOURCES, TROISIEME PILIER DE LA POLITIQUE DU HANDICAP .....**

1. LE CADRE DE LA POLITIQUE EN FAVEUR DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES A ETE PROFONDEMENT RENOUVELLE PAR LA LOI DE 2005 .....	81
1.1. <i>Un cadre législatif rénové pour encourager l'emploi</i> .....	81
1.1.1. La loi du 11 février 2005 enrichit les dispositifs destinés à encourager l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés .....	81
1.1.2. Un cadre juridique étendu aux fonctions publiques .....	83
1.1.3. La formation professionnelle .....	84
1.1.4. La mise en place d'un mécanisme de retraite anticipée des travailleurs handicapés .....	85
1.1.5. Les entreprises adaptées .....	86
1.1.6. Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) .....	87
1.2. <i>L'insertion professionnelle des personnes handicapées fait intervenir de nouveaux acteurs dans le cadre de relations partenariales rénovées</i> .....	89
1.2.1. Les MDPH, nouvel acteur dans le paysage institutionnel de l'emploi des personnes handicapées .....	89
1.2.2. Un pilotage par l'État rénové .....	90
1.2.3. De nouvelles orientations pour l'AGEFIPH .....	91
1.2.4. La mise en place du FIPHFP .....	94
1.3. <i>L'emploi des personnes handicapées a progressé mais demeure en deçà des objectifs</i> .....	95
2. DANS LE CADRE DU PACTE NATIONAL POUR L'EMPLOI, LE GOUVERNEMENT S'ENGAGE A ATTEINDRE L'OBJECTIF DE 6% D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPES .....	98
2.1. <i>Le Pacte national pour l'emploi des personnes handicapées</i> .....	98
2.1.1. Les engagements des employeurs et des partenaires sociaux .....	99
2.1.2. La mobilisation du service public de l'emploi .....	99
2.2. <i>Une mobilisation des employeurs publics</i> .....	103
2.2.1. L'État .....	103
2.2.2. La fonction publique territoriale .....	104
2.2.3. La fonction publique hospitalière .....	104
3. LA REFORME DE L'AAH DOIT FACILITER L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES POUVANT TRAVAILLER ET GARANTIR LEUR NIVEAU DE RESSOURCES, Y COMPRIS LORSQU'ELLES NE PEUVENT TRAVAILLER .....	105
3.1. <i>La solidarité nationale garantit des ressources minimum pour les personnes handicapées</i> .....	105
3.1.1. L'AAH assure un niveau de vie minimal aux personnes handicapées qui en bénéficient .....	105
3.1.2. L'AAH n'est toutefois qu'une des prestations garantissant des ressources aux personnes handicapées .....	105
3.1.3. La conception de l'AAH doit évoluer pour prendre en compte l'insertion professionnelle des personnes handicapées .....	108

3.2. L'AAH sera réformée pour mieux orienter vers l'emploi ceux qui peuvent travailler et garantir le niveau de ressources des personnes handicapées, y compris lorsqu'elles ne le peuvent pas .....	109
3.2.1. Une meilleure orientation vers l'emploi.....	109
3.2.2. L'AAH constitue une allocation spécifique qui doit garantir un niveau de ressources aux personnes handicapées.....	111
<b>RECHERCHE, PREVENTION ET FORMATION : L'AVENIR DE LA POLITIQUE DU HANDICAP .....</b>	<b>117</b>
1. LA LOI DU 11 FEVRIER 2005 INVITE A RENFORCER LA PRISE EN COMPTE DU HANDICAP DANS LES POLITIQUES DE RECHERCHE, DE PREVENTION ET DE FORMATION DES PROFESSIONNELS .....	117
2. LA PRISE EN COMPTE DU HANDICAP PAR LES POLITIQUES DE RECHERCHE, DE PREVENTION ET DE FORMATION EST EVALUEE PAR L'ONFRIH.....	117
3. LA MISE EN ŒUVRE DE CES ORIENTATIONS EST DECLINEE DANS LE CADRE DES DIFFERENTS PLANS.....	118
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>121</b>
1. UN IMPORTANT TRAVAIL DE PUBLICATION DE TEXTES REGLEMENTAIRES .....	121
2. LA CONCERTATION AVEC LES PERSONNES HANDICAPEES EST ASSUREE PAR LE CNCPH.....	122
3. UN EFFORT FINANCIER ACCRU DE LA NATION .....	123
4. UNE POLITIQUE DU HANDICAP INSCRITE DANS UNE PERSPECTIVE EUROPEENNE ET INTERNATIONALE.....	125
5. SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DU HANDICAP.....	127
<b>SIGLES UTILISES.....</b>	<b>129</b>

# Introduction

- [1] La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, prévoit dans son article 3 que le Gouvernement dépose, sur le bureau des assemblées parlementaires, à l'issue des travaux de la Conférence nationale du handicap, après avoir recueilli l'avis du conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), un rapport sur la mise en œuvre de la politique nationale en faveur des personnes handicapées (article L. 114-2-1 du code de l'action sociale et des familles).
- [2] Tel est l'objet du présent rapport qui fait suite à la première Conférence nationale du handicap qui s'est tenue le 10 juin 2008, conformément aux dispositions prévoyant la tenue de cette conférence tous les trois ans.
- [3] **Par la loi du 11 février 2005, le législateur a souhaité définir une nouvelle politique du handicap**, trente ans après la loi fondatrice de 1975 (loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées).
- [4] Le contenu de cette loi n'était plus adapté aux évolutions du handicap, aux attentes d'une nouvelle génération, et à la nécessité de changer le regard sur les personnes handicapées porté par la société.
- [5] La prise de conscience de la situation vécue par les familles d'enfants ou d'adultes handicapés, à l'occasion du débat suscité par l'arrêt « *Perruche* », a conduit le Parlement à affirmer, lors du vote de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, le droit de chaque personne handicapée « *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, et à la garantie d'un minimum de ressources lui permettant de couvrir la totalité des besoins essentiels de la vie courante* » (article L. 114-1 du code de l'action sociale et des familles dans sa version issue de la loi de modernisation sociale). La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a ensuite précisé que la compensation du handicap relève de la solidarité nationale.
- [6] **Il est revenu à la loi du 11 février 2005 de préciser les contours de ce nouveau droit à compensation, de définir les modalités de sa prise en charge par la solidarité nationale et de redéfinir une nouvelle politique du handicap, reposant sur quatre piliers :**
- **une nouvelle définition du handicap** : pour la première fois, la loi donne, à l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles, une définition du handicap, qui dépasse une approche strictement médicale pour prendre en compte la contribution de l'environnement à la constitution du handicap : « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». La loi précise donc, conformément à la définition déjà adoptée dans le cadre de l'organisation mondiale de la santé (OMS) que le handicap résulte de l'interaction entre deux réalités : d'une part, les **incapacités** qu'une personne peut connaître du fait des déficiences dont elle est porteuse ; d'autre part, **l'inadaptation** de l'environnement, c'est-à-dire de la Cité dans toutes ses activités ;

- **l'accès des personnes handicapées à tous les droits fondamentaux reconnus aux citoyens** : à l'inadaptation de la Cité, qui constitue d'un des deux déterminants du handicap, la loi répond par l'« accès de tous à tout ». Elle rénove la notion d'accessibilité en l'étendant à la fois à tous les types de handicap (physique, mental, sensoriel, psychique, cognitif, polyhandicap et trouble invalidant de la santé) et à tous les domaines de la vie en société : éducation, emploi, citoyenneté, liberté de mouvement, culture, soins, loisirs... Les dispositions législatives précédentes n'énonçaient qu'un droit à la compensation, à la garantie des ressources, et à la « solidarité nationale ». La loi de 2005 introduit une innovation majeure, en précisant que le droit à la solidarité nationale se traduit par une obligation d'accessibilité : le nouvel article L. 114-1 du code de l'action sociale et des familles dispose que *« toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté »* ;
- **le droit à compensation** : celle-ci peut revêtir plusieurs formes (aides humaines, techniques, animalières, aménagements du logement ou du véhicule, protection juridique...), l'ensemble de ces aspects se traduisant par un plan personnalisé de compensation, adapté aux besoins et à la situation de chaque personne handicapée. Le droit à compensation est mis en œuvre en milieu ordinaire, notamment à travers la nouvelle prestation de compensation du handicap (PCH), ou en établissements et services médico-sociaux, où des places doivent être créées en nombre suffisant pour couvrir les besoins.
- **une nouvelle gouvernance qui associe étroitement les personnes handicapées et leurs représentants** : la loi met en place un nouveau dispositif institutionnel composé de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des maisons départementales des personnes handicapées. La CNSA est le « compagnon de route » des MDPH. Elle est le garant de l'**égalité de traitement** sur l'ensemble du territoire national réclamée par les organisations représentatives. Les MDPH correspondent au besoin de **proximité** et de **simplification** exprimé par les personnes handicapées et les familles. C'est ce dispositif institutionnel, construit de manière pragmatique et qui constitue une forme nouvelle de réseau de solidarité qui, sous réserve des évolutions et des adaptations nécessaires, est appelé à devenir l'élément constitutif d'un **5<sup>ème</sup> risque de protection sociale**.

[7] Au total, compensation et accessibilité sont les deux éléments complémentaires et inséparables de la politique du handicap. Ainsi, le handicap ne doit plus constituer une réalité extraordinaire, mais être intégré dans tous les aspects de la vie quotidienne. Dès lors, l'accessibilité de l'environnement doit répondre en premier aux situations de handicap : la compensation individuelle ne doit venir que pour répondre aux besoins résiduels une fois que les mesures d'accessibilité ont été réalisées. Les personnes handicapées doivent ainsi pouvoir accéder aux services publics de droit commun, en matière d'emploi, de formation professionnelle, ou de scolarisation, les dispositifs adaptés ne devant être mobilisés que dans un second temps : autant de droit commun que possible, autant de spécifique que nécessaire.

[8] Pour contribuer aux réflexions transversales que nécessite la nouvelle politique du handicap, les ministres en charge de la politique du handicap disposent de la délégation interministérielle aux personnes handicapées dont l'une des missions est précisément d'animer ces réflexions.

[9] La loi du 11 février 2005 consacre également un important changement conceptuel dans l'approche des relations entre la collectivité et la personne handicapée, en passant d'une notion de « prise en charge » à la promotion de l'autonomie et de la dignité de la personne, dont témoigne la notion fondamentale de projet de vie de la personne.



- [10] La reconnaissance de la citoyenneté et de la participation des personnes handicapées s'est traduite non seulement par des politiques publiques visant à leur ouvrir l'accès aux champs de la vie d'un citoyen ordinaire mais aussi par une large concertation qui a présidé à la préparation de la loi et qui s'est prolongée dans l'élaboration des textes d'application. Cette reconnaissance est également à l'origine de réponses conçues comme devant partir du choix de vie de la personne, choix que les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont vocation à mettre en œuvre.
- [11] Enfin, le législateur de 2005 a voulu fixer des garanties de mise en œuvre effective des dispositions qu'il a votées : si la loi fixe des objectifs ambitieux à la collectivité pour les dix ans suivant son entrée en vigueur, dans un souci de réalisme, elle prévoit également un calendrier d'application graduelle, jalonné de plusieurs étapes et de rendez-vous :
- en 2008 : ouverture de la prestation de compensation du handicap aux enfants, effective depuis le mois d'avril, conformément aux objectifs fixés par la loi ;
  - en 2010 : mise en place d'une convergence sans confusion entre la politique de la dépendance des personnes âgées et la politique en direction des personnes handicapées ;
  - en 2015 : accessibilité totale des établissements recevant du public, des espaces ouverts au public et des transports publics.
- [12] La loi de 2005 vise donc à être le point de départ d'une politique du handicap en amélioration constante. C'est bien la raison pour laquelle le législateur a prévu, tous les trois ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, la tenue d'une conférence nationale du handicap, organisée par le Gouvernement, réunissant des associations représentatives, représentants des établissements et services, départements, organismes de sécurité sociale, organisations syndicales et patronales, organismes qualifiés. La conférence nationale du handicap a vocation à débattre des orientations et des moyens de la politique envers les personnes handicapées.
- [13] Le Gouvernement a souhaité **anticiper le rendez-vous, normalement fixé par la loi au 1<sup>er</sup> janvier 2009**, afin de pouvoir fixer le plus tôt possible des orientations pour la durée de la législature.
- [14] À la suite du rapport demandé en mai 2007 au délégué interministériel aux personnes handicapées, le Gouvernement a installé le 23 octobre 2007 un comité de suivi de l'application de la loi de 2005, et sept groupes d'appui technique, consacrés au fonctionnement des MDPH, à l'emploi et aux ressources, aux établissements et services spécialisés, à la compensation, à l'accessibilité et l'accès aux nouvelles technologies, à la scolarisation, au polyhandicap et aux handicaps rares. Ces groupes ont activement préparé la Conférence nationale du handicap par leur travail de diagnostic et de proposition.
- [15] La Conférence nationale du handicap a dressé un constat encourageant. L'effort de solidarité envers les personnes handicapées a fortement progressé, les nouveaux instruments se mettent en place.
- [16] Elle a permis aussi de mettre au jour le chemin qui reste à parcourir et des difficultés auxquelles il est nécessaire de répondre.
- [17] La conférence a été l'occasion pour le Gouvernement de prendre plusieurs engagements, pour répondre à ces difficultés, pour préciser et garantir les conditions de mise en œuvre de la loi 2005, et engager de nouveaux efforts en faveur de la réalisation des droits à la compensation et à l'accessibilité.

[18] Le présent rapport établit le bilan de l'application de la loi de 2005, et présente les orientations retenues par le Gouvernement pour l'évolution de la politique du handicap dans les trois années à venir. Il doit être l'occasion de remobiliser l'ensemble des acteurs du terrain (services de l'Etat, collectivités locales, entreprises, organisations représentatives et professionnelles) pour atteindre les objectifs qui ont été fixés par le législateur de 2005 et en faveur desquels le Gouvernement s'est à nouveau engagé à l'occasion de la Conférence nationale du handicap.

[19] Les deux premières parties de ce rapport sont consacrées aux deux piliers de la loi de 2005 que constituent la compensation et l'accessibilité. L'emploi, traité dans la loi de 2005 comme un des éléments de l'accessibilité, constitue un enjeu majeur d'intégration des personnes handicapées dans la cité, ainsi qu'un outil permettant de garantir, au-delà des dispositifs de compensation, le niveau de ressources des personnes handicapées : aussi, l'emploi et les ressources des personnes handicapées font l'objet d'une partie propre de ce rapport. Un chapitre spécifique est enfin consacré à la recherche, à la prévention et à la formation.

# La compensation du handicap, acquis essentiel de la loi du 11 février 2005

- [20] La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini un droit à la compensation des conséquences du handicap au nouvel article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) : « *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* ». Une importante innovation réside dans l'universalité de ce droit, qui a vocation à se substituer à des situations faisant jusque-là l'objet de traitements administratifs distincts : enfance handicapée, handicapés adultes, personnes vivant en établissement ou à leur domicile...
- [21] Non seulement ce droit est universel, mais en outre la loi a donné un contenu large à la compensation, qui, aux termes du même article, « *consiste à répondre [aux] besoins [de la personne handicapée], 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 [des majeurs sous tutelle ou sous curatelle]. Ces réponses adaptées prennent en compte l'accueil et l'accompagnement nécessaires aux personnes handicapées qui ne peuvent exprimer seules leurs besoins* ».
- [22] La loi a également défini les modalités de mise en œuvre du droit à la compensation, à travers une approche nouvelle de la situation de la personne handicapée, caractérisée par une réponse individualisée, construite en association avec la personne, dans une démarche globale et pluridisciplinaire dont les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont porteuses. La réalisation du droit à la compensation est assurée par la création de la prestation de compensation du handicap (PCH) et un effort de développement et de modernisation de l'offre de services à destination des personnes handicapées. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a joué un rôle majeur et multiple dans la mise en œuvre du droit à la compensation.

## **1. LE DROIT A LA COMPENSATION DES CONSEQUENCES DU HANDICAP PAR LA SOLIDARITE NATIONALE EST DEvenu UNE REALITE**

### ***1.1. Le droit à compensation conduit à mobiliser une palette de réponses diversifiées***

#### **1.1.1. Une nouvelle approche reposant sur la notion de projet de vie**

- [23] Le mode de mise en œuvre du droit à la compensation constitue une importante innovation de la loi du 11 février 2005. L'article L. 114-1-1 du CASF dispose en effet que « *les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis* ».

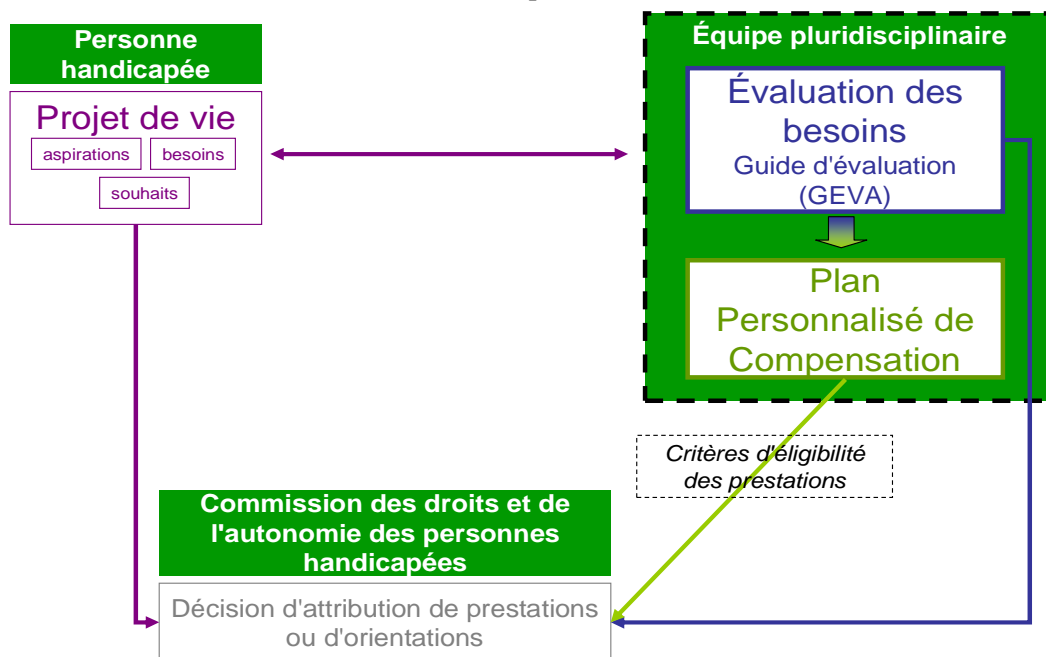
- [24] Le « projet de vie » est un document confidentiel qui peut couvrir des aspects très divers et dans lequel la personne handicapée s'exprime librement. L'équipe de la MDPH peut apporter une aide à la personne, si celle-ci le souhaite, pour formuler ce projet de vie.
- [25] **À partir du projet de vie, une évaluation des besoins de la personne est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH**, composée de professionnels aux compétences différentes et complémentaires : médecins, ergothérapeutes, psychologues mais aussi professionnels du travail social, de l'accueil scolaire ou de l'insertion professionnelle. Sa composition varie en fonction de la nature des besoins ou du handicap de la personne concernée. L'importance donnée à la personnalisation des besoins et des réponses et à l'approche pluridisciplinaire est particulièrement pertinente pour les populations souffrant de handicaps à faibles prévalences parfois incompris et non encore connus ou lorsque les personnes concernées par des handicaps complexes n'ont pas la possibilité de s'exprimer ni de communiquer.
- [26] L'évaluation, dans le cadre d'un échange avec la personne handicapée ou son représentant légal, comprend une collecte d'informations dont, éventuellement, des demandes de compléments ou d'expertises particulières par des professionnels extérieurs, des visites à domicile ou dans l'établissement qui accueille la personne handicapée... Une analyse et une mise en perspective sont ensuite menées de manière pluridisciplinaire.
- [27] **L'évaluation s'appuie sur le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA)**, qui constitue la référence nationale pour l'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées depuis le décret et l'arrêté du 6 février 2008. Le GEVA ne constitue ni une mesure quantifiée du handicap, ni un outil d'éligibilité, mais un outil de normalisation de l'information recueillie pour l'évaluation, visant à garantir l'égalité de traitement sur le territoire : les différentes dimensions des besoins (champs professionnel, scolaire, médical, environnemental) doivent être évaluées avec la même intention globale et une même méthode, tenant compte à la fois des facteurs personnels (les altérations de fonction) et des facteurs environnementaux (facilitateurs ou obstacles à la réalisation des activités), conformément à la définition du handicap donnée par la loi. Le GEVA synthétise dans un document unique et commun à toute l'équipe pluridisciplinaire les bilans ou expertises réalisés par ailleurs. Les différents volets thématiques<sup>1</sup> donnent lieu à un volet de synthèse qui détaille les points saillants de la situation de la personne, les éléments nécessaires pour apprécier l'éligibilité aux principales prestations et surtout l'identification des besoins de compensation.
- [28] Après cette évaluation, **l'équipe pluridisciplinaire construit, en considération avec les besoins exprimés dans le projet de vie, un « plan personnalisé de compensation »** élaborant des propositions en réponse à des besoins qui peuvent être très divers : aides individuelles, hébergement, logement adapté, aide à la communication, scolarisation, orientation professionnelle... Le plan personnalisé de compensation s'inscrit dans une approche globale de la personne au vu de son projet de vie, de son handicap et de l'évaluation menée. Il peut contenir des propositions concernant :
- des prestations,
  - des orientations en établissements ou services,
  - des préconisations ou conseils.

---

<sup>1</sup> Outre le volet de synthèse, deux volets sont obligatoires (situation médicale et activités-capacités fonctionnelles) ; 5 volets sont facultatifs : situation familiale, sociale et budgétaire, habitat et cadre de vie, parcours de formation / parcours professionnel, bilan psychologique, aides.

[29] Le plan de compensation est ensuite transmis pour avis à la personne handicapée ou à son représentant légal qui peut formuler ses observations, puis soumis - avec les observations éventuelles de la personne - à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour décision. Les décisions de la CDAPH sont motivées et précisent la durée d'ouverture des droits. Celle-ci ne peut être inférieure à un an, ni supérieure à cinq ans, sauf dans des cas particuliers prévus par la réglementation<sup>2</sup>. La décision est transmise immédiatement à la personne concernée et aux organismes intéressés.

Schéma 1 : Du projet de vie aux décisions en matière de compensation



Source : CNSA.

### 1.1.2. La PCH, instrument essentiel du droit à compensation

[30] **La PCH constitue une nouvelle prestation**, versée, en nature ou en espèces, sans condition de ressources, à toute personne de 20 à 60 ans<sup>3</sup>, résidant de façon stable et régulière en France et ayant une difficulté absolue à la réalisation d'une activité essentielle de la vie quotidienne ou une difficulté grave pour au moins deux activités.

[31] Elle a vocation à remplacer l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou pour frais professionnels (ACFP), versée par les départements aux personnes handicapées dont l'état nécessitait une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ou lorsque l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective impose des frais supplémentaires.

<sup>2</sup> La durée maximum est de 10 ans pour certaines prestations ou cartes et la carte d'invalidité peut être attribuée à titre définitif.

<sup>3</sup> La demande de PCH peut toutefois être effectuée jusqu'à 75 ans, dès lors que les critères d'éligibilité à la prestation étaient remplis avant 60 ans. Par ailleurs, tout bénéficiaire de la PCH qui atteint l'âge de 60 ans peut choisir de conserver son bénéfice au-delà de cet âge ou opter pour l'APA.

[32] Les personnes bénéficiaires de l'allocation compensatrice à la date d'entrée en vigueur de la loi peuvent continuer à la percevoir tant qu'ils continuent d'en respecter les conditions d'octroi. Toutefois, ils peuvent opter pour le bénéfice de la prestation de compensation à chaque réexamen de l'allocation compensatrice, ce choix étant alors définitif. Ce choix peut être malaisé pour les intéressés, en raison de la difficulté de comparer deux prestations aux logiques différentes : l'une consiste en effet en une allocation monétaire et forfaitaire, libre d'emploi, l'autre est une prestation affectée qui constitue la compensation en espèces de prestations en nature.

[33] **Conformément à la conception globale de la compensation exprimée par la loi, cette prestation englobe des aides de différentes natures**, déterminées en fonction des besoins et du projet de vie de la personne handicapée. Elle se décompose donc en plusieurs éléments :

- élément 1 : aides humaines pour la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, la surveillance régulières et la participation à la vie sociale, y compris, le cas échéant, celles apportées par les aidants familiaux ;
- élément 2 : aides techniques pour les équipements adaptés, et notamment les frais laissés à la charge de l'assuré après prise en charge par l'assurance maladie ;
- élément 3 : aménagement du logement et du véhicule ainsi que des éventuels surcoûts de transport ;
- élément 4 : aides spécifiques ou exceptionnelles, notamment relatives à l'acquisition ou l'entretien de produits liés au handicap ;
- élément 5 : attribution et entretien des aides animalières.

[34] **Payée par les départements, la PCH donne lieu à une contribution de la CNSA qui assure une péréquation**: le concours de la CNSA est réparti en fonction de la population des personnes de 20 à 59 ans, du nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP, du nombre de bénéficiaires d'autres prestations (allocation pour adulte handicapé – AAH, invalidité), et du potentiel fiscal des départements. L'application de ces critères est corrigée par un mécanisme de « plafonnement de la charge nette de PCH », qui ne doit pas dépasser un taux défini par rapport au potentiel fiscal du département.

[35] **Le nombre de bénéficiaires de la PCH a progressé de 2006 à 2008, à mesure que les MDPH se mettaient en place et s'approprièrent cette nouvelle prestation** : si 8 900 personnes en bénéficiaient le 31 décembre 2006, 37 260 ont bénéficié d'un paiement au cours de l'année 2007, et en juin 2008, **la PCH était ouverte à 58 000 personnes handicapées<sup>4</sup>, dont 43 000 ont effectivement reçu un paiement de PCH en juin 2008<sup>5</sup>**. Le montant moyen mensuel s'est élevé au deuxième trimestre 2008 à 1090€, soit le double des aides antérieurement versées au titre de l'ACTP. Pour les personnes les plus lourdement handicapées, nécessitant une présence permanente, l'aide attribuée peut atteindre des montants mensuels de plus de 8 000 €.

---

<sup>4</sup> « L'allocation personnalisée pour l'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2008 », *Études et Résultats* n° 666, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES).

<sup>5</sup> 15 000 personnes avaient à cette date droit à la PCH mais n'ont pas reçu de paiement en juin, soit parce qu'elles avaient reçu un paiement ponctuel le mois précédent, soit parce qu'elles ont droit au volet « aides humaines », sans avoir pu trouver de prestataire ou fournir de facture.

- [36] 89 % des 43 000 allocataires de la PCH ont perçu un versement au titre d'une aide humaine, 4 % pour une aide technique, 8 % pour un aménagement du logement ou du véhicule et 18% pour une dépense spécifique ou exceptionnelle ; certains ont pu percevoir un versement à différents titres. 55 % des heures payées au titre de l'aide humaine le sont à des aidants familiaux (pour 26 % des montants versés), 14 % à des services prestataires, 18 % dans le cadre d'emplois directs et 13% à des services mandataires.
- [37] Les dépenses de PCH des conseils généraux sont demeurées faibles en 2006 du fait de sa mise en place progressive au cours de l'année : elles ne se sont élevées qu'à 79 millions d'euros. La montée en charge de la PCH a porté ces dépenses à 276,9 millions en 2007. Elles sont estimées à 560 millions d'euros en 2008.
- [38] La loi a prévu que chaque MDPH mette en place un **fonds départemental de compensation** dont elle assure la gestion. Ce fonds est destiné à accorder des aides financières pour permettre aux personnes de supporter les frais de compensation restant à leur charge, notamment dans les cas où la PCH ne couvre pas entièrement ces frais. Les fonds départementaux peuvent être abondés par l'État, les collectivités territoriales, les organismes d'assurance maladie, les caisses d'allocations familiales et les mutuelles. Les conditions d'attribution des aides versées sont fixées par le règlement intérieur des fonds, sur décision de leur comité de gestion.
- [39] **Depuis l'origine, l'Etat est le contributeur le plus important.** Son apport au titre de 2007 s'élève à 13,9 M€, cette somme correspondant aux crédits qu'il consacrait jusque là aux dépenses d'intervention des sites pour la vie autonome. Les apports des départements représentent, quant à eux, le tiers des contributions. Au total, les fonds ont été abondés en 2007 à hauteur de 22,7 M€ pour l'ensemble des financeurs.
- [40] Pour 2008, une enquête a été lancée auprès des différents fonds pour évaluer l'état de consommation des crédits attribués. Elle révèle que le montant des dépenses représente environ la moitié seulement des contributions collectées, ce qui a permis aux fonds de constituer des réserves. Pour cette raison, il a été décidé de ne pas ouvrir de nouveaux crédits budgétaires à ce titre en 2008.
- [41] L'activité des fonds est montée en charge progressivement depuis leur création en 2006. D'après les résultats de l'étude menée en 2007, environ 8 700 aides ont été attribuées dans 77 fonds.
- [42] Tous les fonds interviennent pour des aides techniques qui représentent 60 % des aides attribuées et l'aménagement du logement (19 % des aides). En revanche les pratiques sont différentes pour l'attribution des autres aides, notamment celles qui donnent lieu à des frais réguliers comme l'aide humaine, mais aussi les frais de transports ou les frais spécifiques.
- [43] Dans un tiers des départements, le règlement intérieur des fonds n'exclut aucun type d'aide de sa prise en charge. A l'inverse 41% des fonds excluent expressément les aides humaines, en mentionnant toutefois dans certains cas la possibilité de dérogation.
- [44] 80 % des bénéficiaires d'une aide perçoivent la prestation de compensation (PCH). **En 2007, les fonds sont intervenus globalement pour environ 20 % des personnes ayant perçu un versement au titre de la PCH en 2007.** La plupart des fonds attribuent des aides aux bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), même si ceux-ci ne représentent que 11 % des bénéficiaires du fonds.
- [45] Dans 43 % des fonds, des aides sont attribuées à des bénéficiaires de l'allocation compensatrice de tierce personne (ACTP), toutefois, le nombre de personnes concernées ne représente que 4 % du total des bénéficiaires. En revanche, 7 % des fonds excluent expressément les bénéficiaires de l'ACTP.
- [46] Le montant moyen des aides attribuées, tous types d'aides confondues est de 1 375 €, mais, en fait, il existe une grande variabilité dans le montant des aides attribuées : le montant maximum signalé à ce jour est de 34 000 €.

### 1.1.3. Le développement de l'offre en établissement et services, autre facette du droit à compensation

[47] La compensation constitue un moyen supplémentaire par rapport aux mesures d'accessibilité, destiné à permettre en principe la vie en milieu ordinaire. Pour autant, lorsque la situation de handicap des personnes ne permet pas leur vie autonome en milieu ordinaire, la compensation peut prendre la forme d'un accueil en établissement et service spécialisé<sup>6</sup>, éventuellement intégré dans le cadre de parcours souples entre domicile et établissement.

1.1.3.1. La loi du 11 février 2005 s'est accompagnée d'un plan triennal de création de places 2005-2007.

[48] Cet effort de développement de l'offre s'est appuyé sur un nouveau cadre de gouvernance des dépenses des établissements et services sociaux et médico-sociaux, marqué par la création de la CNSA, qui, depuis 2006, pilote le financement des établissements et services du secteur médico-social, notamment en retraçant dans ses comptes l'intégralité des dépenses constatées à ce titre par les régimes d'assurance maladie.

[49] **La CNSA est en effet en charge de la gestion de l'objectif global de dépenses (OGD)**, fixé chaque année en fonction de la contribution des régimes d'assurance maladie arrêtée au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) et d'une partie du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), et qui détermine le montant annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journées et tarifs des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées.

[50] Ce pilotage repose d'abord sur la collaboration entre l'État et la CNSA pour élaborer l'OGD dans le cadre d'une programmation pluriannuelle.

[51] Il suppose ensuite la répartition équitable de l'OGD en dotations régionales et départementales limitatives, en tenant compte du souci de résorption des disparités territoriales existantes. La répartition en enveloppes régionales et départementales s'appuie sur les programmes interdépartementaux d'accompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC), créés par la loi de 2005, qui dressent les besoins prioritaires de financement d'établissements et de services médico-sociaux. Ils sont élaborés par les préfets de région à partir de la maquette préparée par la CNSA et trois régions pilotes. Ils ont servi d'appui aux orientations de l'ONDAM médico-social 2007 et à la répartition des crédits en février 2007.

[52] **Une procédure budgétaire innovante lie le recensement des besoins prioritaires à travers les PRIAC et l'allocation des crédits de l'ONDAM jusqu'au niveau départemental**, dans le cadre d'un cycle continu « prévision à 4 ans – allocation budgétaire – réalisations – décaissements de l'assurance-maladie » : après répartition régionale des enveloppes budgétaires de mesures nouvelles de créations de places, la CNSA répartit, au sein de ces enveloppes régionales, les dotations départementales de créations de places sur la base des priorités exprimées dans le PRIAC par le préfet de région.

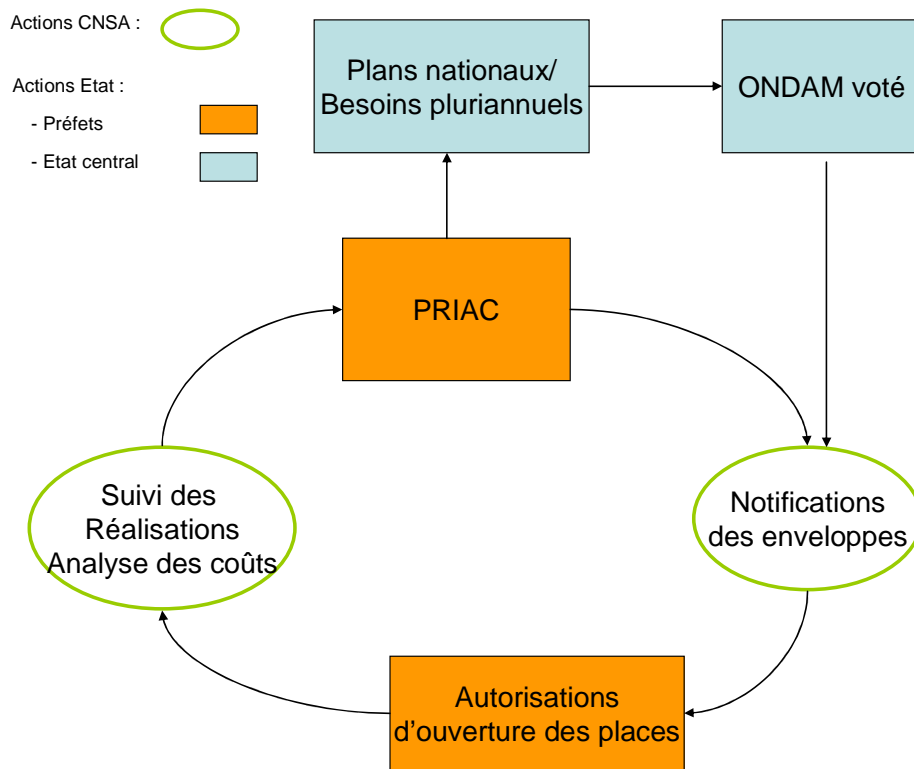
---

<sup>6</sup> Les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées sont :

- les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP),
- les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP),
- les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD),
- les instituts médico-éducatifs (IME),
- les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP),
- les foyers d'accueil médicalisés (FAM), les maisons d'accueil spécialisées (MAS),
- les services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH).



Schéma 2 : Le cycle programmation – notification – suivi



Source : CNSA, rapport d'activité 2008.

- [53] Afin d'accélérer la création de places en établissements médico-sociaux, a été mis en place en février 2007 un mécanisme de **notification d'enveloppes par anticipation** des deux années suivantes, qui constitue le prolongement logique de l'approche pluriannuelle portée par les PRIAC. Ce processus, expérimenté fin 2006 sur les crédits 2007, s'est approfondi en 2008 (en portant à 40% du volume de l'année N les enveloppes anticipées de N+1 et N+2).
- [54] **Les montants engagés dans le cadre de l'OGD sont en hausse de 18,8% entre 2006 et 2009, passant de 6,738 à 8,003 milliards d'euros.**
- [55] Pour atteindre les objectifs en termes de création de places, **la CNSA a aussi développé des actions d'accompagnement** à la réalisation des projets et à la transformation de l'offre existante, en faisant inscrire dans le PRIAC les besoins d'accompagnement nécessaires à la réalisation des projets prioritaires.
- [56] **Surtout, elle assure une importante mission de soutien à l'investissement.** Celle-ci était d'abord exceptionnelle : en 2006, 500 M€ d'excédents de l'exercice 2005 avaient été utilisés de façon non reconductible au soutien à la modernisation des établissements médico-sociaux (pour les personnes âgées comme pour les personnes handicapées) ; ce dispositif avait été renouvelé en 2007, sur des montants moindres. Les deux plans d'aide à la modernisation de 2006 et 2007 ont permis de financer la modernisation de 19 733 places en établissements pour personnes handicapées.

[57] Après ces deux plans exceptionnels d'aide à la modernisation, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008 a fait de l'aide à l'investissement une mission pérenne, dont le champ est élargi pour inclure non seulement la modernisation de places existantes mais aussi l'investissement en places nouvelles. Une enveloppe de 300 M€ d'aide à l'investissement a été à nouveau inscrite au budget de 2008, financée par les excédents constatés.

[58] **Au total, l'effort réalisé dans le cadre du plan triennal 2005-2007 s'est traduit par la création de 21 900 places entre 2005 et 2007.** Le plan triennal a été renforcé, pour ce qui concerne la prise en charge de l'autisme et des troubles envahissants du développement (TED), par le premier plan autisme 2005-2006, qui a permis la création de 750 places nouvelles pour les enfants et adolescents autistes, et 1200 places médicalisées nouvelles pour adultes (MAS et FAM), et la création dans chaque région d'un centre de ressources sur l'autisme (CRA).

#### 1.1.3.2. Un effort de création de places partagé par l'ensemble des acteurs

[59] Les programmes et plans pluriannuels de création de places définis par l'Etat ces dernières années, et plus largement l'effort consenti par les différentes collectivités publiques pour leur mise en œuvre, ont permis d'augmenter substantiellement les capacités d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées.

[60] Ainsi, l'enquête nationale conduite par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui réalise un état des lieux au 31 décembre 2006 fait apparaître (tableau de synthèse n° 1 ci-après) une forte augmentation tant du nombre de personnes accueillies que du nombre d'établissements et de services par rapport au 31 décembre 2001, date de la précédente enquête nationale. Cette enquête porte sur l'ensemble des établissements et services, quel que soit le financeur (Etat, Départements, assurance maladie).

[61] Au 31 décembre 2006, on dénombrait plus de 140 000 enfants et adolescents accueillis ou accompagnés par des établissements et services médico-sociaux, soit 7% de plus qu'en 2001. A la même période, plus de 200 000 adultes handicapés étaient accueillis ou accompagnés par des établissements ou services, dont le nombre avait augmenté de 20% depuis 2001.

[62] La consultation du fichier FINESS au 1<sup>er</sup> janvier 2009 confirme largement cette évolution (tableau de synthèse n°2 ci-après).

Tableau 1 : Nombre de structures médico-sociales et de places au 31 décembre 2006

	Nombre de structures	Nombre de places
<b>Etablissements et services pour enfants handicapés</b>		
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	1 300	33 836
Instituts médico-éducatifs (IME)	1 223	69 879
Jardins d'enfants spécialisés	6	133
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	362	14 962
Etablissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés	189	5030
Centres médico-psycho-pédagogique (CMPP)	450	-
Centres d'aide médico-sociale précoce (CAMSP)	273	-
Etablissements pour déficients moteurs	131	7 352
Instituts pour déficients visuels	36	1 987
Etablissements pour déficients auditifs	87	5 526
Instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourd/aveugle	11	896
Etablissements expérimentaux pour l'enfance handicapée	27	593
Etablissements d'accueil temporaire d'enfants handicapés	8	284
<b>Etablissements et services pour adultes handicapés</b>		
Centres de pré-orientation pour adultes handicapés	28	656
Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	1443	107985
Centres de rééducation professionnelle (CRP)	92	9 833
Foyers d'hébergement pour adultes handicapés	1204	38 526
Foyers d'accueil polyvalent pour adultes handicapés	99	4 151
Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	484	19 622
Etablissements expérimentaux pour adultes handicapés	155	3 994
Foyers occupationnels ou foyers de vie pour adultes handicapés	1407	42 944
Etablissements d'accueil temporaire d'adultes handicapés	10	182
Foyers d'accueil médicalisé (FAM)	465	13 622
Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	719	27 123

Source : DRESS – Enquête ES 2006

Tableau 2 : Nombre d'établissements et de services médico-sociaux et de places au 1<sup>er</sup> janvier 2009

Libellé	Extraction FINESS 01/2009	
	Nombre d'établissements	Nombre de places installées
<b>Etablissements pour enfants handicapés</b>		
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	1 402	36 304
Instituts médico-éducatifs (IME)	1 232	69 502
Jardins d'enfants spécialisés	8	193
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	371	14 630
Etablissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés	196	5 228
Centres médico-psycho-pédagogique (CMPP)	462	
Centres d'aide médico-sociale précoce (CAMSP)	284	
Etablissements pour déficients moteurs	135	7 386
Instituts pour déficients visuels	34	1 986
Etablissements pour déficients auditifs	84	5 367
Instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourd/aveugle	11	915
Etablissements expérimentaux pour l'enfance handicapée	34	587
Etablissements d'accueil temporaire d'enfants handicapés	11	242
<b>Totaux Enfants</b>	<b>4 264</b>	<b>142 340</b>
<b>Etablissements pour adultes handicapés</b>		
Centres de pré-orientation pour adultes handicapés	32	661
Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	1 479	110 512
Centres de rééducation professionnelle (CRP)	90	9 594
Foyers d'hébergement pour adultes handicapés	1 233	38 392
Foyers d'accueil polyvalent pour adultes handicapés	109	4 385
Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	522	20 394
Etablissements expérimentaux pour adultes handicapés	146	3 225
Foyers occupationnels ou foyers de vie pour adultes handicapés	1 447	42 677
Etablissements d'accueil temporaire d'adultes handicapés	20	304
Foyers d'accueil médicalisé (FAM)	561	15 575
Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	910	30 297
<b>Totaux adultes</b>	<b>6 549</b>	<b>276 016</b>

#### **1.1.4. La qualité de l'offre de services concourant à la compensation a été améliorée par les actions de la CNSA et de l'ANESMS**

[63] L'action de modernisation de la CNSA constitue l'héritage du fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) créé en 2002, dont le champ a été élargi à la professionnalisation des professionnels en établissement, y compris, à partir de 2007, aux services à destination des personnes handicapées.

[64] L'action de la CNSA s'inscrit dans trois partenariats :

- avec les conseils généraux, afin d'assurer la cohérence des actions financées, dans le cadre des préconisations de la circulaire conjointe de la direction générale de l'action sociale (DGAS) et de la CNSA du 5 juin 2008 : 31 conventions sont actuellement en cours d'exécution et 12 sont en cours de signature ;
- avec les fédérations d'associations ou de services d'aide à domicile qui ont présenté des programmes de modernisation des structures de leurs réseaux, donnant lieu à conventionnement ;
- avec la DGAS et quatre organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) intervenant dans le secteur médico-social (dont le centre national de la fonction publique territoriale – CNFPT) : ces partenariats, conclus en 2005 et prolongés jusqu'en 2009 dans l'attente de la généralisation des orientations du « Plan Métiers » proposé par le Gouvernement en 2008, prévoient le cofinancement de parcours de formations qualifiantes de personnels d'établissements et services médico-sociaux pour l'acquisition d'un des diplômes suivants : aide-soignant, aide médico-psychologique, moniteur éducateur, éducateur spécialisé.

[65] La mise en place en avril 2007 de l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESMS) doit également contribuer à l'amélioration de la qualité de l'offre de services, grâce à trois types d'actions :

- l'élaboration et la diffusion d'un cadre de référence (référentiels, procédures, et recommandations de bonnes pratiques), en vue de l'amélioration et de l'évaluation interne des pratiques des établissements. Dans le cadre de son programme de travail pour 2008, l'Agence a travaillé sur 15 recommandations de pratiques professionnelles, dont 7 transversales (définition du concept de bientraitance, rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, prévention de la maltraitance à domicile, formation continue des personnels, conciliation entre personnalisation de la prise en charge et vie en collectivité, projet de vie, ouverture de l'établissement sur son environnement) et deux spécifiques aux personnes handicapées (prise en charge des personnes autistes, SESSAD) ;
- l'habilitation d'organismes d'évaluation externe des établissements : après recensement des organismes susceptibles d'être candidats en 2007, l'Agence a procédé aux habilitations en 2008 ;
- une action prospective : études, définition des principes d'évaluation externe et interne, évaluation des expérimentations. L'Agence a été notamment sollicitée par la CNSA pour participer à l'évaluation de trois centres de ressources expérimentaux dans le domaine du handicap rare.

## **1.2. Les MDPH mettent en œuvre le droit à la compensation au bénéfice des personnes handicapées**

### **1.2.1. Un interlocuteur unique de proximité au service des personnes handicapées**

- [66] Créées par l'article 64 de la loi du 11 février 2005, les MDPH constituent la pierre angulaire de la mise en œuvre de la nouvelle politique du handicap au service de la personne handicapée.
- [67] **Les MDPH ont vocation à constituer le guichet départemental unique au service de la personne handicapée** : réunissant les missions des anciennes commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), des commissions départementales d'éducation spéciale (CDES), et des sites pour la vie autonome, les MDPH sont le lieu unique d'accueil, d'information et de conseil, où est élaboré, avec la participation de la personne handicapée, notamment à travers la rédaction de son projet de vie, et dans le cadre d'une approche globale permise par la constitution d'équipes pluridisciplinaires, son plan personnalisé de compensation. Les missions des MDPH s'étendent à la conciliation et à la médiation, et au suivi de la mise œuvre des décisions.
- [68] Corollaire de la création des MDPH, les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ont été mises en place pour prendre les décisions relatives à l'ensemble des droits des personnes handicapées, dans une même perspective d'approche globale.
- [69] **Les MDPH ont été constituées sous la forme de groupements d'intérêt public (GIP) placés sous la tutelle administrative et financière des départements**, dont le rôle dans la mise en œuvre de la politique à l'égard des personnes handicapées depuis la première décentralisation est ainsi consacré. Ce GIP associe l'État, le conseil général et les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général ainsi que d'autres acteurs, participant au financement du fonds départemental de compensation du handicap.
- [70] Les associations représentatives des personnes handicapées sont représentées à la commission exécutive, dont elles constituent un quart des membres. Elles y jouent un rôle participatif et contributif actif et permanent, ainsi qu'un rôle de veille et d'alerte. Cette participation active des associations à la gouvernance de la politique du handicap constitue une avancée importante de la loi du 11 février 2005, elle a permis de construire un dialogue inédit avec les pouvoirs publics et contribue à la qualité des décisions prises par les MDPH.

### **1.2.2. Après une période de transition, leur mise en place est désormais réalisée**

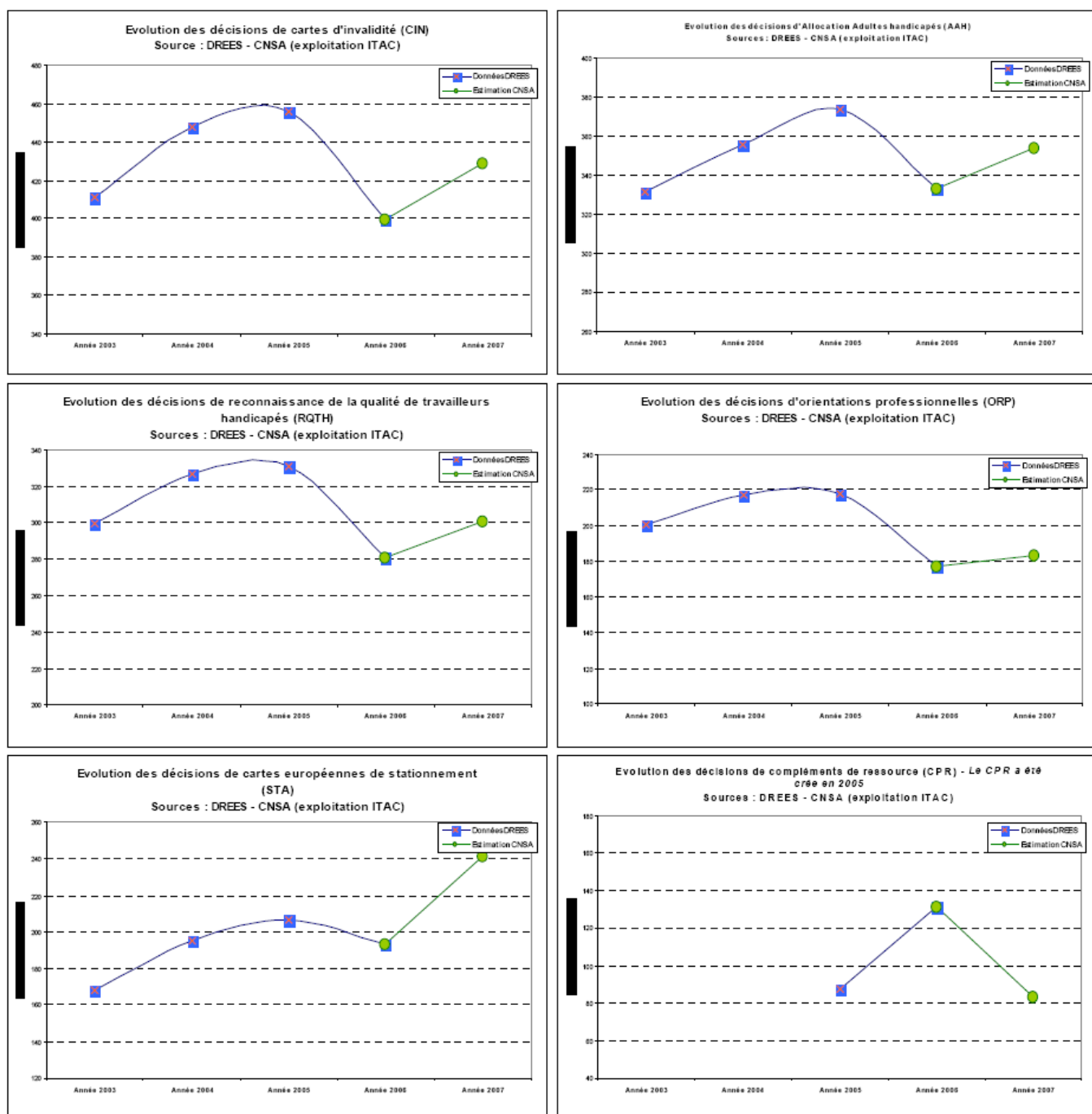
- [71] **Créées juridiquement au 1<sup>er</sup> janvier 2006, les MDPH ont été mises en place au cours de l'année 2006**, dans des conditions parfois difficiles du fait de l'ampleur de l'opération, mais sans rupture de droits pour les usagers.
- [72] **La mise en place des MDPH impliquait en effet plusieurs opérations délicates** : regroupement des personnels et des équipements dans des locaux, organisation des nouveaux services, continuité des marchés publics, communication auprès des bénéficiaires... Fin 2007, des projets de regroupement étaient engagés ou réalisés dans 82% des MDPH.

- [73] **Il a en outre fallu définir et assimiler des procédures nouvelles, mettre en relation des services et des collectivités qui ne travaillaient pas en commun, construire des partenariats avec des organismes et des associations locaux.** Les équipes administratives et techniques ont dû réaliser en peu de temps une importante mutation de leurs modes de travail, en passant d'un traitement administratif de masse à l'accompagnement individualisé de chaque personne handicapée pour bâtir son projet de vie et, de fait, engager un véritable changement de culture. Ces équipes ont donc dû accomplir d'importants efforts pour accomplir cette mutation, menée à bien grâce à la forte implication personnelle de la plupart des présidents de conseil général ou de leurs représentants.
- [74] Bien que prévue par la loi et malgré un effort important des MDPH pour tenir cet objectif, **le respect d'une réelle pluridisciplinarité n'a pas été aisé pour les équipes**, d'autant dans certains départements, il existe des difficultés de recrutement de professionnels spécialisés, notamment du fait de la démographie médicale.
- [75] Par ailleurs, les équipes des MDPH ont dû accueillir et évaluer les besoins liés à des handicaps nouvellement reconnus par la loi ou insuffisamment définis. Pour mieux définir ces handicaps, des travaux ont dû être engagés, sous l'égide de la délégation interministérielle aux personnes handicapées, avec les associations représentatives et les experts concernés, par exemple sur le handicap cognitif et l'infirmité motrice cérébrale, deux réalités qui concernent un nombre substantiel de personnes et de familles. Les enseignements de ces travaux sont progressivement diffusés aux MDPH.
- [76] Ces importants travaux de transition se sont inévitablement traduits par des perturbations, au cours de l'année 2006, de l'activité des MDPH : en 2006, le nombre de décisions a reculé par rapport à 2005 pour la plupart des demandes traitées par les MDPH. Alors que les institutions précédentes (CDES, COTOREP) connaissaient déjà dans certains départements des retards de traitement et des stocks, ceux-ci se sont accrus en 2006.
- [77] **L'organisation pratique des MDPH a pris des formes variées** : dans certains cas, le fonctionnement des MDPH peut être très proche des services départementaux et la MDPH est dirigée par un directeur du conseil général ; dans d'autres départements, son autonomie est beaucoup plus marquée, notamment par l'existence d'une direction propre, conservant dans la plupart des cas un lien fort avec le conseil général ; elle peut être employeur d'une partie de ses agents, ou ne disposer que d'agents mis à disposition.
- [78] Le personnel mis à disposition représente plus de 50 % des effectifs dans les deux tiers des MDPH. Le nombre d'agents a globalement été augmenté de 50 % dès les deux premières années d'installation : rares sont les départements qui ne disposent pas d'une trentaine d'emplois permanents sur les différentes missions de la maison départementale.
- [79] Selon l'analyse des coûts des MDPH effectuée par la CNSA, les dépenses de fonctionnement des MDPH se situent entre 200 et 230 millions d'euros. A 75%, il s'agit de dépenses de personnel ; les autres dépenses de fonctionnement représentent 20%, l'investissement 5%.
- [80] Avec 1533 équivalents temps plein mis à disposition - tous ministères confondus - ou compensés financièrement, la reconduction des moyens de fonctionnement antérieurement alloués aux COTOREP et CDES et un apport complémentaire de 130 millions d'euros entre 2005 et 2008, l'État est le premier contributeur au fonctionnement des maisons. Sa participation est estimée en moyenne par la CNSA à 45 % du budget des MDPH. La CNSA contribue quant à elle à 23 % des dépenses.

- [81] Une part importante des MDPH a souhaité améliorer la qualité de service et d'accueil des personnes handicapées en déployant des lieux d'accueil secondaire sur le territoire départemental, parfois dans les centres communaux d'action sociale (CCAS) ou les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), plus souvent dans les CAF ou dans les unités territoriales d'action sociale.
- [82] L'année 2007 a marqué une étape décisive vers la maturité des MDPH, avec la constitution des équipes pluridisciplinaires, le regroupement des différents services dans des locaux uniques, et la mise en place des partenariats.
- [83] Les CDAPH ont été installées progressivement (dans 11 départements fin janvier 2006, 50% en avril 2006, 100% en septembre 2006) et jouent le rôle que leur confie la loi.
- [84] Signe de cette consolidation, le nombre de décisions de prestation et d'orientation (AAH, cartes d'invalidité, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, orientations professionnelles, placements en établissements spécialisés, compléments de ressources, PCH), a presque retrouvé en 2007 son niveau de 2005.
- [85] Entre 2006 et 2007, à périmètre constant, le nombre de décisions a progressé de 7,9%. Ces progrès ont été réalisés grâce à des fréquences parfois élevées de réunion des CDAPH et à des actions d'organisation du flux des dossiers pour raccourcir les délais de traitement et fluidifier les séances de la CDAPH. Cette stabilisation doit encore se poursuivre.



Graphique 1 : Évolution du nombre de décisions (hors PCH) de 2004 à 2007

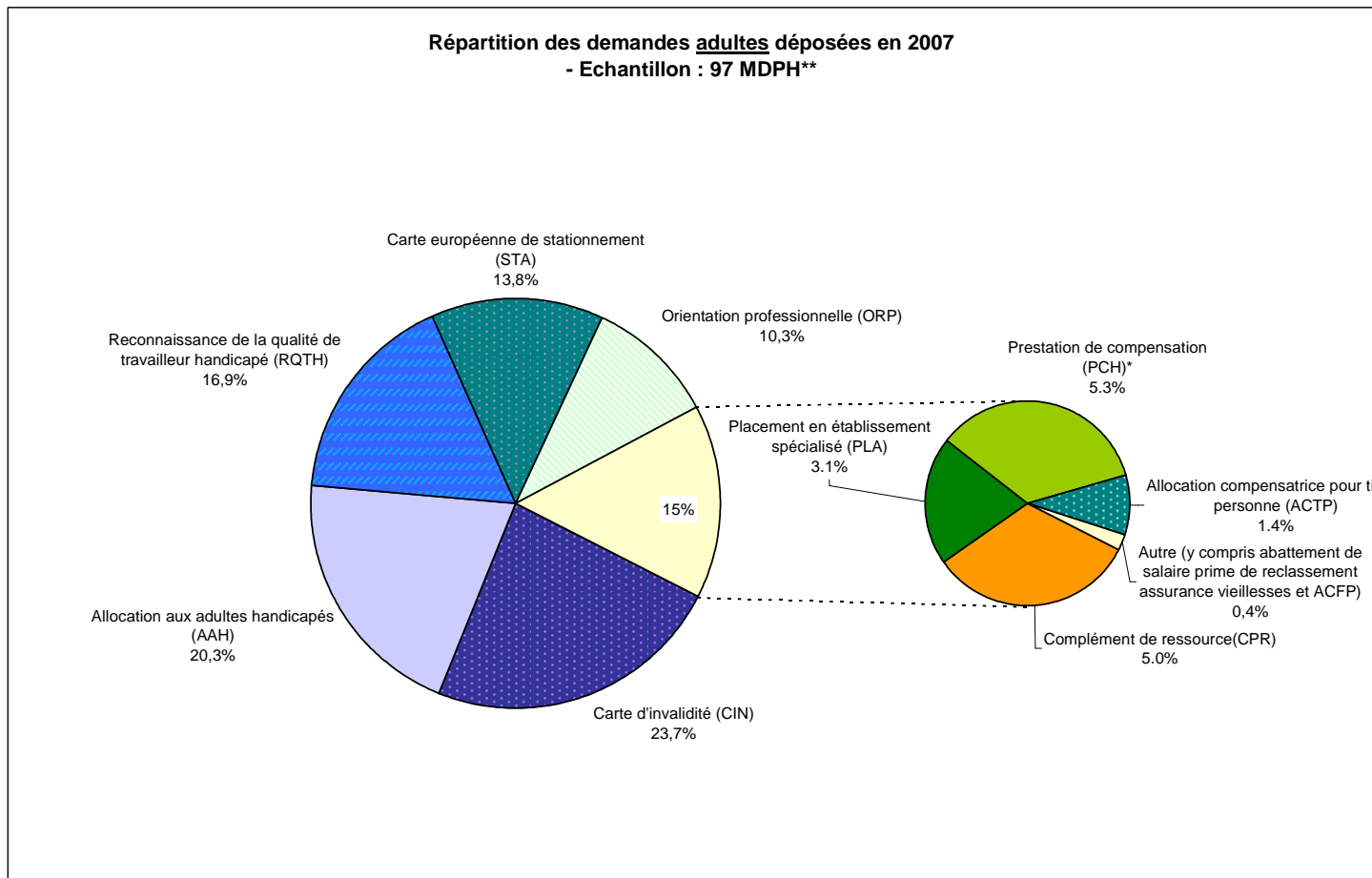


Taux d'évolution annuel des décisions				
	2004/2003	2005/2004	2006/2005	2007/2006
RQTH	9.0%	1.3%	-15.2%	7.1%
CIN	9.0%	1.8%	-12.3%	7.3%
STA	16.4%	5.8%	-6.6%	25.1%
ORP	8.4%	0.2%	-18.8%	3.8%
AAH	7.3%	5.0%	-10.7%	6.2%
CPR			50.2%	-36.5%
PCH				225.8%

Source : CNSA. Les MPDH : vers la maturité ?, octobre 2008.

[86] Ce retour à une situation normale est d'autant plus remarquable que les MDPH ont, dans le même temps, dû prendre en charge le traitement des décisions de PCH. Or, si les demandes de PCH ne constituent qu'une part limitée des décisions des CDAPH, en nombre de décisions (de l'ordre de 5%), la durée d'examen de ces demandes est proportionnellement beaucoup plus importante : l'étude des demandes de PCH occupe le quart des ressources humaines de la MDPH.

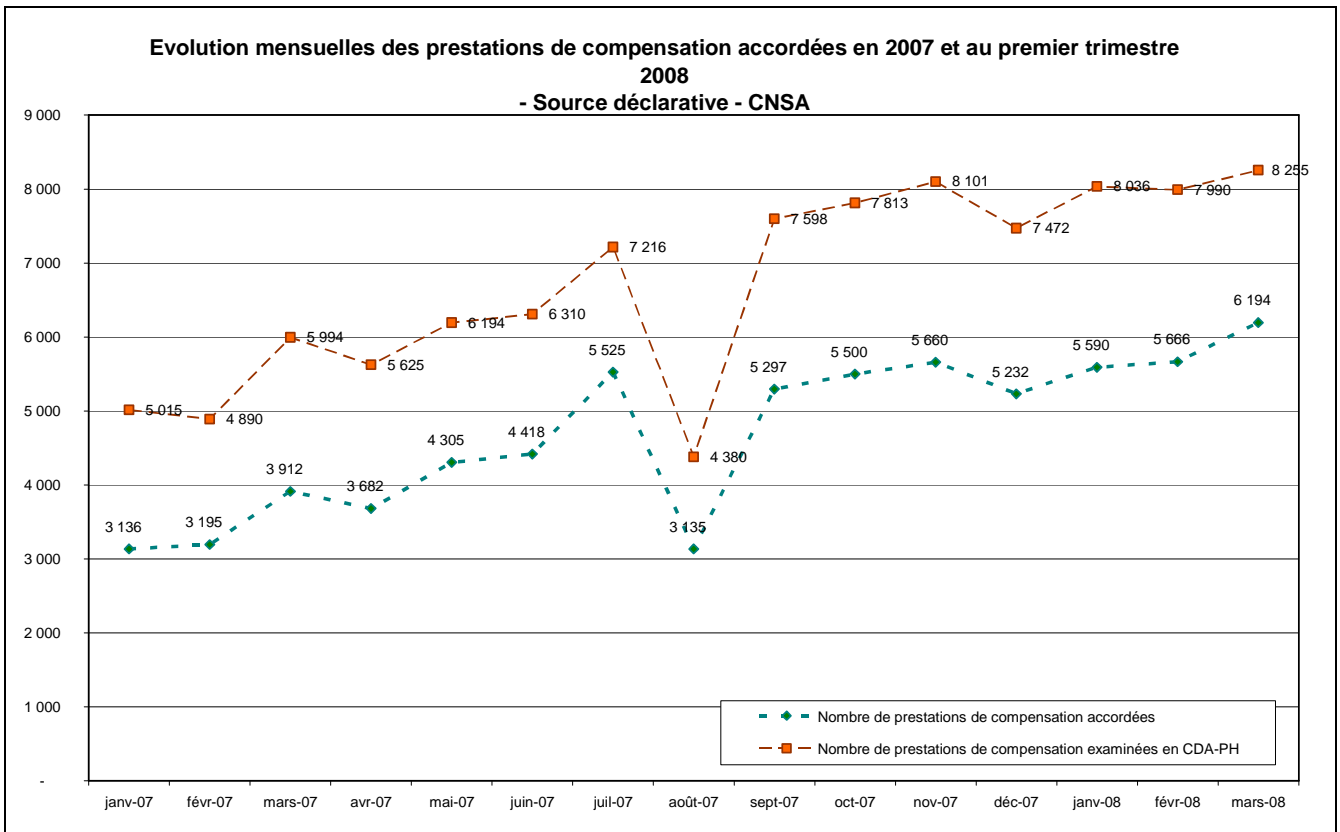
Graphique 2 : Répartition des demandes déposées en 2007 auprès des MDPH par des adultes



Source : CNSA., « Les MPDH : vers la maturité ? », octobre 2008.

[87] **La montée en charge du nombre de décisions d'attribution de la PCH a été progressive,** plus qu'elle ne l'avait été pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) : à la différence de l'APA, mise en place dans un contexte de forte augmentation de la dépendance et dont la création permettait de prendre en charge des personnes habituées à l'autonomie, la PCH concerne des personnes qui vivaient depuis longtemps avec les conséquences de leur perte d'autonomie, ce qui les a conduit à n'exprimer que progressivement leurs besoins ; le droit d'option avec l'ACTP, avec la complexité inhérente à la comparaison entre deux prestations très différentes dans leur conception, a également freiné les demandes de PCH. Le nombre de décisions d'attributions de PCH a décollé à partir du milieu de l'année 2006, pour se stabiliser au second semestre 2007, à un niveau d'un plus de 7000 décisions par mois. Le nombre annuel de décisions est passé de 23 500 à 76 600 selon l'estimation de la CNSA.

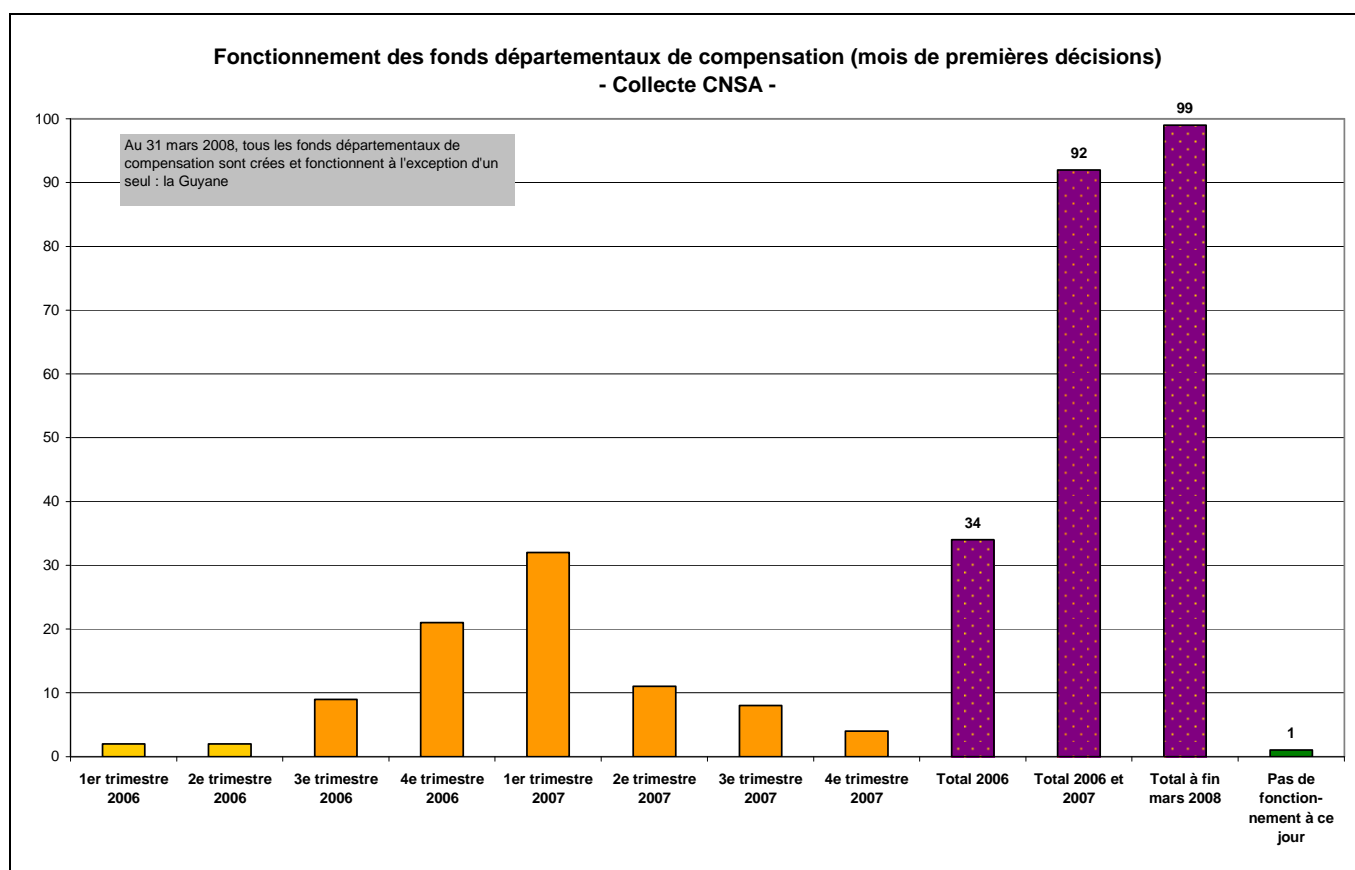
Graphique 3 : Evolution du nombre de décisions d'attribution de la PCH



Source : CNSA, Les MPDH : vers la maturité ?, octobre 2008.

- [88] Au premier semestre 2008, la montée en charge se poursuit, avec une nouvelle hausse du nombre de décisions mensuelles, passé de 8027 au premier trimestre à 9404 au second.
- [89] Enfin, la mise en place progressive des fonds départementaux de compensation, achevée en 2008, complète le dispositif (cf. supra).

Graphique 4 : Mise en place des fonds départementaux de compensation



Source : CNSA.

- [90] Même si des progrès restent souhaitables, les MDPH ont incontestablement permis une amélioration de l'accompagnement des personnes handicapées. Leur caractère décentralisé a permis aux MDPH d'offrir une réponse adaptée aux questions posées par les personnes handicapées et leur famille.
- [91] Un dispositif de mesure de la satisfaction des usagers a d'ailleurs été proposé aux MDPH, avec un traitement pris en charge par la CNSA. Ainsi, un questionnaire, destiné aux personnes handicapées et à leur famille, comme aux professionnels en relation avec la maison départementale, a été élaboré avec la participation des associations nationales en 2006 ; il est aujourd'hui mis en place par plus de la moitié des départements. Depuis 2007, quelques 10 000 questionnaires ont été traités, leurs résultats étant fournis trimestriellement afin de mesurer les évolutions. Ce questionnaire, dont les résultats sont aujourd'hui fournis au seul président du Conseil général, président du GIP, doit pouvoir être un instrument de pilotage pour chaque MDPH.
- [92] Au-delà de la mise en place de la philosophie nouvelle qui régit la mise en œuvre de la politique à l'égard des personnes handicapées, les MDPH réfléchissent à l'optimisation de leur fonctionnement, en élaborant des projets de services ou en mettant en place des audits de fonctionnement. Le groupe d'appui technique préparatoire à la conférence nationale du handicap consacré aux MDPH a souligné l'intérêt de poser à travers le projet de service un cadre de fonctionnement qui permette un repérage des métiers et des missions exercés par les différents professionnels, et en précise leur articulation et leur cohérence en regard des missions de la MDPH.

[93] Dans ce cadre, une attention particulière sera portée au développement de la pluridisciplinarité des équipes des MDPH, pour une évaluation plus globale des situations des personnes et pour l'élaboration de plans personnalisés de compensation qui ne se restreignent plus aux seules demandes de PCH. De la même manière, un bilan sera établi quant à l'activité des personnes qualifiées chargées de la conciliation, dont le service doit être proposé aux personnes handicapées qui contestent ou simplement ne comprennent pas les décisions prises par la CDAPH, en amont des voies de recours de droit commun.

### 1.2.3. La CNSA a apporté un important appui à la constitution et au développement des MDPH

[94] Le soutien de la CNSA à la mise en œuvre de la politique de compensation par la contribution au fonctionnement des MDPH et à une organisation plus efficiente de l'accès aux droits et prestations, constitue un des objectifs majeurs de la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'État et la CNSA.

[95] Les MDPH constituent un réseau de services de proximité animé et appuyé par la CNSA dans le cadre de relations conventionnelles définies dans les conventions d'appui à la qualité de service conclues en 2007, dans le respect des spécificités des MDPH, qui ne constituent pas des services déconcentrés ou des agences locales de la CNSA.

[96] D'une part, **la CNSA contribue financièrement au fonctionnement des MDPH**. Cette contribution financière a été portée de 20M€ en 2006 à 30M€ en 2007 pour tenir compte des besoins de la mise en place des MDPH ; une aide supplémentaire, exceptionnelle non reconductible de 20M€ a été également apportée la même année. Pour 2008, le financement est de 45 M€.

[97] D'autre part, **la CNSA exerce un rôle d'appui et d'animation du réseau des MDPH** par des échanges d'expériences et le développement de référentiels pour harmoniser les pratiques des MDPH. La CNSA organise régulièrement des rencontres nationales entre représentants des MDPH, au niveau des directeurs comme au niveau opérationnel (coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires). La CNSA organise ainsi chaque mois des «jeudis pratiques de la compensation», séances au cours desquelles une quinzaine de MDPH viennent réfléchir sur un thème afin de faire ressortir des « bonnes pratiques » ; elle envoie également tous les quinze jours la lettre « Infos réseau MDPH » qui est un véritable bulletin de liaison sur les questions d'actualités.

[98] Elle contribue également à la constitution des partenariats entre les MDPH et d'autres acteurs institutionnels : journées interrégionales entre MDPH et Éducation nationale, expérimentations de partenariat avec l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH), réflexions sur les échanges avec les CAF...

[99] Au cours des deux premières années de l'application de la loi les professionnels de la CNSA ont visité l'ensemble des départements de France ; ces déplacements se poursuivent aujourd'hui régulièrement à raison de deux ou trois déplacements par semaine...

[100] **Elle appuie également l'effort de formation des MDPH**. En effet, si un grand nombre de MDPH ont organisé elles-mêmes des sessions de formation de leur personnel, notamment pour les agents d'accueil et pour les instructeurs, la CNSA est venue renforcer cet effort en recrutant des formateurs-relais dispensant des formations aux personnels des MDPH, puis en concevant en 2007 un processus de référencement des formations proposées par les organismes de formation ; elle a conclu également une convention en novembre 2007 avec le CNFPT pour inscrire le déploiement de ce dispositif dans un cadre partenarial.

- [101] Ces dispositifs ont été complémentaires et ont permis de proposer, dès 2006, des formations à un grand nombre de MDPH, qui souvent se regroupaient afin d'organiser des sessions en commun. Les formateurs-relais sont intervenus sur les thèmes de l'accueil, de l'évaluation, du guide-barème et de l'AAH, au cours de 85 sessions, ainsi organisées:
- en 2006 : 23 sessions, concernant 48 MDPH et 200 professionnels,
  - en 2007 : 28 sessions, concernant 50 MDPH et 210 professionnels,
  - en 2008 : 34 sessions, concernant 57 MDPH et 460 professionnels.
- [102] S'agissant des formations référencées, des appels à propositions ont été faites sur les thèmes de l'accueil, de l'évaluation pluridisciplinaire, du handicap psychique, du plan personnalisé de compensation, de la formation des membres des CDAPH, puis actuellement sur les thèmes de l'emploi, de l'autisme.
- [103] Cet appui particulièrement été important pour l'appropriation de la nouvelle approche de l'évaluation pluridisciplinaire des besoins par les MDPH. Au-delà la poursuite des travaux relatifs au guide d'évaluation multidimensionnelle initiés par la DGAS, la CNSA a élaboré un manuel d'utilisation du GEVA, et orienté le dispositif de formation vers l'appropriation du guide ; elle est chargée d'élaborer un bilan de l'utilisation du GEVA, en s'appuyant sur un comité de suivi national, mis en place par le Délégué interministériel.
- [104] **L'appui technique de la CNSA s'est aussi particulièrement concentré sur les systèmes d'information**, à la fois pour doter les MDPH d'outils capables de gérer l'accueil, l'évaluation, les demandes et décisions de prestations et orientations des personnes (notamment la prestation de compensation du handicap), mais aussi pour mettre en place un pilotage appuyé sur une consolidation au niveau national, de façon automatisée, des données, dont l'échange est prévu par les conventions d'appui. Sur le premier volet, la CNSA a assuré la maintenance des outils existants, et a conclu une convention avec les ministères de l'Éducation nationale et du Travail destinée à garantir aux MDPH un accès aux applications OPALES et ITAC, utilisées jusque-là, respectivement, par les CDES et COTOREP, un support technique et des modalités de reprise des données vers les nouvelles applications. Sur le second, la CNSA a consulté les départements et MDPH pour recueillir leurs attentes en termes de pilotage, et mis en place en 2008 une version provisoire du futur système alimentée par les données actuellement disponibles.
- [105] **Ce système d'information vise à permettre à la CNSA et aux conseils généraux d'améliorer le pilotage des MDPH.** En effet, dans le cadre de sa COG, la CNSA doit mettre en place des indicateurs de qualité de service des MDPH (satisfaction des usagers, délais de traitement...) et elle est également chargée d'évaluer l'efficacité des organisations adoptées par les MDPH. Le Conseil de la CNSA a souhaité en juillet 2007 pouvoir disposer d'éléments significatifs sur le niveau des dépenses de fonctionnement des MDPH pour déterminer le montant d'une participation financière efficiente. Cette demande a rejoint les besoins des Conseils généraux en matière de pilotage financier de leur MDPH et de comparaisons interdépartementales.
- [106] Dans le cadre d'un travail partenarial avec plusieurs départements et leurs MDPH, ainsi qu'avec les services de l'État et les autres contributeurs financiers, les équipes de la CNSA ont développé une maquette de présentation consolidée des budgets et comptes administratifs, validée en février 2008. Cet outil non normatif permet une présentation globale des coûts, faisant apparaître leur constitution et leur structure et les différentes sources de financement (incluant les différents apports en nature : personnels et services mis à disposition), et fournit des ratios de référence. Envoyée fin mars 2008 à tous les départements, cette maquette a pu donner lieu à une étude des coûts des MDPH en 2007, présentée au Conseil de la CNSA du 1<sup>er</sup> juillet 2008, à partir des données de 34 départements.
- [107] **C'est sur cette base qu'a été prise la décision de porter l'aide pérenne de la CNSA aux MDPH à 45M€ à partir de 2008** Une contribution du même montant est prévue pour 2009.

### 1.3. *La CNSA contribue à plusieurs titres à la mise en œuvre du droit à la compensation*

#### 1.3.1. **Un nouvel acteur original aux missions multiples**

[108] La CNSA est un établissement public national à caractère administratif, créé le 1<sup>er</sup> juillet 2004 par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. La loi du 11 février 2005 a élargi les missions de la CNSA à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes handicapées. Le conseil de la CNSA s'est installé le 2 mai 2005.

[109] Les missions de la CNSA sont multiples :

- **contribution au financement de prestations en espèces liées à la compensation du handicap** : il s'agit essentiellement de la contribution au financement de la PCH, incluant une forte dimension de péréquation, ainsi que du remboursement à la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) de la majoration d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) créée par loi de 2005 au bénéfice des parents isolés d'enfants handicapés, et du congé de soutien familial créé par la LFSS de 2007.
- **financement des établissements** : outre son rôle dans le financement du fonctionnement des établissements, la CNSA est également impliquée dans la modernisation des établissements, à travers sa contribution au fonctionnement de l'ANESMS et surtout à travers les aides apportées à l'investissement. La CNSA finance aussi via un fonds de concours les groupes d'entraide mutuelle (GEM), dispositif géré par la DGAS et reconnu par la loi du 11 février 2005 comme outil de compensation du handicap pour les personnes en souffrance psychique ;
- **financement de la modernisation de l'aide à domicile** : d'une part, contribution à la politique nationale de professionnalisation des intervenants de l'aide à domicile – dont une contribution au « plan métiers », d'autre part, appui au développement de la qualité des services qui l'assurent et de promotion des actions innovantes ;
- **animation du réseau des MPDH, dans le cadre des conventions avec les départements** : la CNSA verse une contribution au fonctionnement des MDPH, qui s'engagent notamment sur des objectifs de qualité de service vis-à-vis des publics concernés. Dans ce but, un questionnaire de satisfaction, élaboré avec la participation des associations nationales et les représentants des MDPH, est proposé aux personnes handicapées, à leur famille et aux professionnels dans la majorité des départements ;
- **contribution à des dépenses d'animation, de prévention et d'études**, notamment dans le cadre de partenariats institutionnels avec l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- appui, expertise et information à destination des opérateurs de terrain.

[110] La CNSA combine donc un rôle de « caisse » chargée de répartir les moyens financiers dans un objectif de péréquation avec une mission d'« agence » d'appui technique. Elle constitue une institution sans équivalent, tant par ses sources de financement que par sa gouvernance et par ses relations avec les conseils généraux. Après quatre ans, son fonctionnement est salué par l'ensemble des acteurs du secteur.

[111] L'action de la CNSA vise trois objectifs :

- la proximité à l'égard des départements et services déconcentrés de l'État, en appui à ces services mais aussi pour tirer les enseignements des pratiques et besoins locaux observés ;
- l'égalité, garantie par la péréquation des ressources financières allouées aux départements pour les prestations, et la surveillance de l'égalité de traitement dans l'évaluation des besoins et les traitements des demandes ;

- la qualité, à laquelle la CNSA contribue par son rôle d'expertise et d'appui technique, dans l'évaluation des besoins individuels, la connaissance et l'anticipation des besoins collectifs, et le conseil, l'évaluation et l'amélioration des services.

La mise en œuvre de ses attributions s'effectue dans le cadre de la COG conclue avec l'État le 23 janvier 2006 pour la période allant de 2006 à 2009 et qui s'organise autour de quatre axes stratégiques :

- améliorer la performance du dispositif institutionnel de prise en charge du handicap et de la perte d'autonomie ;
- élaborer des propositions et diffuser des bonnes pratiques concernant la lutte contre la perte d'autonomie ;
- fixer les orientations budgétaires et financières correspondant aux enveloppes relatives à l'OGD ;
- accompagner les départements dans la mise en œuvre de la politique en faveur de l'autonomie.

### **1.3.2. Le financement des prestations liées à la compensation**

[112] **La contribution de la CNSA aux prestations de compensation progresse de 7,3% entre 2006 et 2009, passant de 523,3 à 561,4 millions d'euros.**

[113] Dans le cadre de sa COG, la CNSA doit garantir la transparence des modes d'allocation des dotations allouées au département au titre des concours à la PCH. À cette fin, elle doit analyser les conditions de mise en œuvre de ces prestations et formuler des propositions au gouvernement et au Parlement pour faire évoluer les critères de répartition des concours financiers.

[114] En outre, afin de fiabiliser les prévisions de dotations à travers le partage de connaissances et de points de vue, un comité de conjoncture APA/PCH a été mis en place en juin 2008 et réunit trois fois par an les administrations et organismes engagés dans une meilleure compréhension de ces deux prestations.

[115] En 2006, les conseils généraux n'ont dépensé qu'une faible partie (79 M€) du montant versé par la CNSA (523,3 millions), soit 15,1%. Malgré la progression de la PCH en 2007, elle est restée fortement surcompensée, les conseils généraux ne dépensant que 52,2% des 530,5 M€ versés par la CNSA. **Sur 2006-2007, l'excédent de compensation cumulé des conseils généraux est de 697,9 M€** En 2008, si les résultats ne sont pas encore connus avec précision, le montant global du concours national devrait équilibrer les dépenses des départements mais la moitié d'entre eux resteront surcompensés, parfois fortement, alors que pour une quarantaine leur dépense de PCH deviendra supérieure au concours de la CNSA.

### **1.3.3. Le pilotage budgétaire et financier des établissements sociaux et médico-sociaux**

[116] **La CNSA est à la fois chargée de financer le développement des établissements sociaux et médico-sociaux et de maîtriser l'OGD en assurant l'efficience de l'offre médico-sociale** : le pilotage équitable et efficient des établissements et services médico-sociaux constitue le premier objectif majeur de sa COG.

[117] **La CNSA a donc mis en place un dispositif de suivi des dépenses et d'analyse des écarts par rapport aux prévisions** :

- **pour assurer la sincérité de la gestion financière de la CNSA**, en disposant d'une information de qualité, disponible le plus rapidement possible, de manière à anticiper la clôture des comptes et sécuriser le dispositif ;



- **pour mesurer l'effectivité des moyens financiers engagés, et notamment les inégalités territoriales qu'elle doit réduire**, à travers une analyse par type de structure, par région et par département, et la production d'indicateurs physiques (taux d'équipement) et financiers (dépense en euro par habitant). Ces analyses doivent expliquer la sous-consommation des enveloppes de financement des mesures nouvelles.

[118] Ce suivi s'appuie sur deux processus complémentaires :

- le suivi des versements des caisses locales d'assurance-maladie, assuré depuis 2007 à partir des remontées de l'agence comptable de la caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). La modélisation de la consommation permet d'anticiper des risques de sous ou surconsommation des enveloppes nationales et d'orienter les choix réalisés dans le cadre de la construction des objectifs de dépenses de l'année suivante. La précision de ce suivi est une exigence fondamentale pour la CNSA qui, le cas échéant, devrait supporter seule un éventuel dépassement de l'objectif général de dépenses (OGD) ;
- le suivi des engagements, à travers une enquête semestrielle, mise en place pour le secteur des personnes handicapées par la DGAS, reprise par la CNSA en 2006. Cette enquête permet d'assurer la traçabilité budgétaire des crédits notifiés année par année, à travers le suivi de la séquence notification-autorisation-installation.

[119] Le rapprochement de ces séries de données permet d'expliquer une partie des sous-consommations : **les disparités de dépenses entre régions et départements s'expliquent davantage par des disparités d'équipement que par des écarts de coûts entre structures**. Les résultats de ces enquêtes sont restitués, en même temps que les notifications de crédits, aux préfets de régions et de départements pour constituer des instruments d'aide à la décision : la connaissance d'une sous-consommation des crédits alloués précédemment doit permettre aux services de faire porter leur effort sur la programmation et les recherches de promoteurs capables de mener à bien les projets de création de structures. La répartition des dotations pour l'année 2008 a ainsi été l'occasion pour le directeur de la CNSA de rappeler à chaque région ses taux d'autorisation et d'installation de places nouvelles qui sont les marqueurs de la capacité à concrétiser dans des délais raisonnables la réalisation des plans de création de places.

[120] A terme, la CNSA pourrait également se voir confier des travaux d'évaluation des besoins d'accompagnement afin de déboucher sur des outils plus performant de tarification que les simples prix de journée qui ne permettent pas de valoriser le niveau d'accompagnement et/ou de charge en soins.

#### **1.3.4. L'amélioration de l'accès aux solutions de compensation**

[121] La compensation suppose l'accès aux offres de biens et services. La CNSA y contribue non seulement par son apport à la qualité de service des prestations et à leur évolution et sa politique partenariale de qualification et de professionnalisation du secteur, mais aussi par son action en faveur de la transparence de l'offre d'aides techniques.

[122] La CNSA favorise en effet la transparence de l'offre, en développant une expertise sur le marché des aides techniques à partir d'enquêtes et d'études, en organisant des échanges entre utilisateurs et producteurs dans le cadre de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques mis en place en 2007, et en structurant l'information et le conseil sur les aides, notamment dans le cadre de centres experts nationaux sur les aides techniques, centres de ressources à destination des institutions et professionnels. En 2008, la CNSA a ouvert, en partenariat avec trois producteurs de données, une base nationale des aides techniques, accessible sur internet.

[123] **Au total, l'effort financier en faveur de la compensation, à travers l'évolution des moyens mobilisés par la CNSA à destination des personnes handicapées, augmente de 18,08% entre 2006 et 2009, passant de 7,5 à 8,8 milliards d'euros.**

## **2. LE GOUVERNEMENT SOUHAITE POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU DROIT A LA COMPENSATION**

[124] La mise en œuvre des dispositions de la loi du 11 février 2005 en matière de compensation du handicap est encore appelée à connaître des évolutions.

[125] Pour partie, ces évolutions découlent des orientations dressées par la loi elle-même, qui fixe un certain nombre d'objectifs dont la réalisation devra intervenir au-delà de 2008. C'est le cas notamment des évolutions en matière de compensation des conséquences du handicap et de la perte d'autonomie liée à l'âge, qui doit se traduire par une « convergence sans confusion » des dispositifs de prise en charge.

[126] En outre, la concertation menée dans le cadre de la Conférence nationale du handicap a permis de dresser un premier bilan de la politique de compensation, à la suite duquel le Gouvernement s'est engagé à un nouvel effort en faveur de la compensation du handicap.

[127] Les évolutions de la politique de compensation s'inscriront en cohérence avec deux chantiers en cours, à savoir la refonte du pilotage régional des politiques de santé, dans le cadre du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, et les réflexions relatives à la mise en place d'un « cinquième risque » de protection sociale.

### ***2.1. Les prestations sont appelées à évoluer***

#### **2.1.1. La PCH sera ajustée pour mieux couvrir les besoins de compensation des personnes handicapées**

[128] La concertation menée dans le cadre de la préparation de la Conférence nationale du handicap a permis de mettre en lumière les marges de progrès que présente cette nouvelle prestation :

- La couverture des besoins en aide humaine est parfois jugée restrictive, notamment pour la prise en charge des aides domestiques ;
- la PCH ne prend pas en charge l'aide humaine nécessaire pour les parents handicapés qui ont besoin d'assistance pour s'occuper de leurs enfants (aide à la parentalité) ;
- l'acquisition de certaines aides techniques demeure coûteuse et difficile à financer par les personnes concernées ;
- le plafond unique de prise en charge des frais de transport semble inadapté au regard de situations particulières (nécessités d'accueil de jour, de recours à un transport médicalisé).

[129] C'est la raison pour laquelle, à la suite de la Conférence nationale du handicap, le Gouvernement a pris plusieurs engagements en faveur d'un ajustement de la prestation de compensation du handicap, évolutions qui s'inscriront dans le cadre du cinquième risque et qui font l'objet d'une concertation à laquelle participent à la fois les conseils généraux et les associations et fédérations du secteur.

[130] **Une réflexion est engagée, dans le cadre des travaux sur le cinquième risque de protection sociale, afin de permettre à la PCH de financer des heures d'aides domestiques** pour les personnes handicapées qui remplissent les conditions d'accès à cette prestation. L'une des solutions envisageables serait d'étendre le forfait vie sociale pour qu'il puisse être affecté à la couverture de ce type d'aide humaine.

[131] Le Gouvernement s'est également engagé à faire aboutir le dossier des **aides à la parentalité** : le projet de décret visant à permettre la prise en charge de ces aides dans le cadre de la PCH, auquel le CNCPH a donné un avis favorable, sera repris et sa publication menée à son terme dans le cadre du cinquième risque.

- [132] **La prise en charge des frais de transport pour les personnes accueillies en établissements sera clarifiée.**
- [133] Les textes en vigueur n'envisagent en effet normalement la prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie que dans le cadre de déplacements pour recevoir des soins ou pour subir des examens appropriés à l'état de santé des personnes. Les règles de prise en charge en la matière sont fixées par les articles R. 322-10 et suivants du code de la sécurité sociale.
- [134] Cependant, un certain nombre de caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) acceptaient depuis de nombreuses années de prendre en charge, au titre de leur action sociale, des transports vers certains établissements pour adultes notamment vers les maisons d'accueil spécialisées qui sont des structures médico-sociales ne relevant du domaine sanitaire et qui ne peuvent pas être considérées comme des établissements de soin au sens de la réglementation.
- [135] La création, en 2006, de la prestation de compensation du handicap (PCH) et son extension, en 2007, aux personnes accueillies en établissements a conduit certaines CPAM à réinterroger leurs pratiques en matière de prise en charge des frais de transport des personnes handicapées accueillies en établissements et services médico-sociaux.
- [136] En effet, la prestation de compensation permet la prise en charge, sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, des surcoûts liés au transport des personnes handicapées, dans la limite d'un plafond de 12 000 euros pour une période de cinq ans.
- [137] En fonction des situations antérieures et de l'interprétation qui a été faite localement par les CPAM quant à l'articulation à retenir entre la nouvelle prestation et leur propre intervention, des difficultés ont pu apparaître pour les familles.
- [138] Conscient de ces difficultés, le Gouvernement avait demandé, dès le printemps 2007, à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de donner instruction aux CPAM de maintenir leur prise en charge chaque fois que nécessaire. En effet, la PCH a été conçue non pour se substituer aux prises en charge existantes mais pour les compléter.
- [139] Pour éviter que ces difficultés d'articulation persistent, le Gouvernement a réuni un groupe de travail rassemblant l'assurance maladie, les conseils généraux, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les services de l'Etat et les associations de personnes handicapées, afin de proposer d'ici le 30 juin 2009, un dispositif rénové et pérenne d'organisation des transports et de prise en charge des frais afférents, qui permette de prendre en compte la totalité et la diversité des situations vécues par les familles et les personnes handicapées.
- [140] Le groupe de travail devra à la fois établir un diagnostic précis de la situation, sur la base d'une enquête effectuée auprès d'un échantillon représentatif d'établissements et services, et expertiser la pertinence d'intégrer les frais de transport dans le budget même des établissements, chaque fois que possible, comme c'est déjà le cas dans les établissements pour enfants.
- [141] Dans l'attente de la mise en place de ce nouveau dispositif, la CNAMTS s'est engagée à adresser une nouvelle instruction à ses caisses locales pour garantir la poursuite de la prise en charge des frais de transport dans les conditions actuelles et les inviter à examiner attentivement toutes les situations individuelles.
- [142] Enfin, à l'occasion de la Conférence nationale du handicap, a été annoncée une concertation avec les conseils généraux sur les ajustements possibles des **tarifs des aides humaines** recrutées en emploi direct, pour tenir compte des obligations des personnes handicapées employeurs en application de la convention collective dont relèvent leurs auxiliaires de vie.
- [143] Par ailleurs, le Gouvernement s'est engagé à faire aboutir la négociation engagée au sein du comité économique des produits de santé (CEPS) entre fabricants, fournisseurs et assurance maladie sur la nomenclature et les tarifs applicables à la **prise en charge des fauteuils roulants au titre de l'assurance maladie**. La nouvelle grille tarifaire de remboursement par l'assurance maladie qui en résultera permettra d'améliorer la prise en charge pour les équipements les plus onéreux et donc de réduire le reste à charge pour les personnes handicapées concernées.

[144] De plus, même s'il s'agit de réparation et non de compensation, il convient de souligner qu'à la suite de l'accord intervenu le 25 avril 2007 entre partenaires sociaux du 25 avril 2007, l'article 98 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu une amélioration de la prise en charge des aides techniques pour les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Ainsi, la branche accidents du travail - maladie professionnelle (AT-MP) va désormais appliquer une majoration du niveau de prise en charge normalement applicable aux remboursements des dispositifs médicaux inscrits à la LPP, afin de rapprocher le tarif de prise en charge des prix de vente effectivement pratiqués. Le coefficient multiplicateur applicable sera fixé par un arrêté actuellement en cours de préparation.

[145] Afin d'aller plus loin, le Gouvernement chargera en 2009 l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale des finances (IGF) d'étudier la mise en place d'un taux réduit de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) sur l'ensemble des aides techniques destinées aux personnes handicapées.

[146] Outre ces mesures transversales, des mesures en vue de favoriser le recours aux aides animalières sont prévues dans le cadre du plan 2008-2011 « *Pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la Cité* » (plan « Handicap visuel ») présenté par le Gouvernement, à la suite du rapport Montagné.

### **2.1.2. Les principes de convergence et de suppression des barrières d'âge trouveront leur concrétisation dans le cadre du cinquième risque**

[147] L'exigence d'équité a conduit le législateur à faire le choix, dans la loi du 11 février 2005, de s'orienter vers une convergence des modes de compensation existant pour les différentes classes d'âge et de supprimer les barrières d'âge, porteuses d'effets de seuil : **l'article 13 prévoit la suppression dans un délai de 5 ans des dispositions opérant une distinction en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissement.**

[148] Cette orientation se traduit de deux façons :

- l'extension de la PCH aux enfants ;
- une approche globale de la compensation du handicap et de la compensation de la dépendance liée à l'âge dans le cadre de la définition d'un « cinquième risque ».

#### **2.1.2.1. L'extension de la prestation de compensation du handicap aux enfants**

[149] **L'article 13 de la loi du 11 février 2005 prévoit l'extension de la PCH aux enfants handicapés dans les trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi.**

[150] **Cette disposition pose la question du devenir de l'AEEH**, qui a remplacé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 l'allocation d'éducation spéciale (AES). L'AEEH est une prestation de sécurité sociale financée et versée par les caisses d'allocations familiales (CAF) et les caisses de la mutualité sociale agricole (MSA), sans condition de ressources, aux parents d'un enfant de moins de 20 ans, ayant un handicap entraînant une incapacité permanente de plus de 80%, ou entre 50 et 79% si l'enfant fréquente un établissement spécialisé ou si son état exige le recours à un service d'éducation spéciale ou de soins à domicile. Elle comprend une allocation de base (120,92€ par mois) qui peut s'accompagner d'un complément pour prendre en compte :

- la réduction ou la cessation d'activité professionnelle de l'un ou l'autre des parents ;
- l'emploi rémunéré d'une tierce personne ;
- les dépenses supplémentaires engendrées par le handicap de l'enfant.

- [151] L’AEEH et la PCH sont différentes dans leur conception : la première est une prestation forfaitaire familiale, destinée à aider les familles dans leur rôle éducatif et à compenser les charges d’éducation des enfants, tandis que la seconde est une prestation de compensation du handicap, individualisée et visant à solvabiliser des besoins de prise en charge.
- [152] Elles se distinguent également par leurs conditions d’éligibilité : l’AEEH est conditionnée à un critère de taux d’incapacité, tandis que l’ouverture de la PCH est soumise à une condition de difficulté absolue pour la réalisation d’une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d’au moins deux activités (telles que définies dans le référentiel annexé à l’article D. 245-4 du CASF).
- [153] Le périmètre des besoins couverts et le niveau de couverture sont également différents.
- [154] Le Gouvernement avait confié en 2006 à l’Inspection générale des affaires sociales une mission exploratoire de réflexion sur l’évolution du mode de compensation du handicap des enfants.
- [155] Le rapport de l’IGAS de janvier 2007 montrait qu’un simple basculement de l’AEEH vers la PCH entraînerait des gagnants et des perdants, et proposait des scénarios d’évolution en identifiant les principales questions préalables à la réforme. Ces questions découlent de la nécessité de **concilier le principe de convergence et la prise en compte des besoins spécifiques de l’enfant** :
- **définition du périmètre de l’aide appropriée**, qui doit être adaptée aux besoins spécifiques de l’enfant, notamment en matière d’aide humaine (besoins éducatifs particuliers) ;
  - **définition des modalités d’évaluation des besoins et d’éligibilité** : les critères actuels de la PCH, fondés sur les capacités fonctionnelles, doivent être adaptés au développement de l’autonomie propre aux enfants, et au caractère évolutif du handicap des enfants ;
  - **définition d’une ligne de partage entre les besoins qui doivent continuer à relever d’une prestation familiale et les besoins qui relèvent d’une compensation individualisée du handicap**.
- [156] **Compte tenu de la complexité de ces sujets et afin de donner immédiatement leur effectivité aux dispositions de la loi du 11 février 2005 qui prévoyaient l’ouverture de la prestation de compensation aux enfants dès 2008, un droit d’option entre PCH et compléments d’AEEH a été ouvert depuis mai 2008** (décrets n°2008-450 et 451 du 7 mai 2008), avec maintien du bénéfice de l’AEEH de base dans tous les cas. Le périmètre de la PCH n’a été modifié que pour prendre en compte la dimension éducative pour les enfants soumis à l’obligation scolaire et en attente d’une place en établissement.
- [157] **Une seconde phase de l’ouverture de la PCH aux enfants sera mise en œuvre d’ici le 1<sup>er</sup> janvier 2010, qui s’accompagnera d’un ajustement plus fin de la prestation aux besoins spécifiques des enfants en matière de compensation.**
- [158] **Pour y parvenir, un comité de pilotage associant la DGAS, la Direction de l’hospitalisation et de l’offre de soins (DHOS), la Direction générale de la santé (DGS), le ministère de l’intérieur, le ministère du budget, la CNSA, la CNAF, les départements, et les acteurs associatifs, animé par la Délégation interministérielle aux personnes handicapées (DIPH), a été installé.** Ce groupe a été ensuite progressivement étendu à des représentants des départements et des associations. Les travaux menés dans le cadre de ce comité de pilotage ont pour but de préciser les principaux enjeux des questions préalables identifiées par l’IGAS, qui seront abordées en début d’année 2009 par le groupe de travail mis en place :
- identifier les besoins spécifiques de l’enfant, notamment en ce qui concerne les aides humaines. En effet, l’approche retenue dans les deux prestations est différente : elle est globale et forfaitaire avec l’AEEH, alors que les besoins sont pris en compte de manière plus analytique et individualisée avec la PCH. Une étude menée sur un échantillon de cas réels va être conduite et contribuera à alimenter ces travaux. La CNSA d’ores et déjà lancé un appel d’offres en vue de l’étude des profils concernés par cette prestation, qui débutera au mois de février 2009. Le rapport devra être déposée d’ici la fin de l’été 2009 ;

- adapter les critères d'accès à la PCH qui sont en partie inappropriés en particulier aux jeunes enfants, ainsi que les outils d'évaluation. L'étude mentionnée ci-dessus permettra donc également de définir l'outil d'évaluation ;
- la question du partage entre la prestation familiale et la compensation du handicap conditionne à la fois le contour de la ou des futures prestations (basculement intégral de l'AEEH dans la PCH, basculement des compléments d'AEEH dans la PCH avec maintien d'une AEEH de base, coexistence des deux prestations avec droit d'option ou autres modalités d'articulation entre les deux prestations) et la définition du mode de financement. Cette question sera également abordée par le groupe de travail en début d'année.

[159] Le gouvernement a confié à l'IGAS une mission d'appui technique sur ces différentes questions. **Les études techniques sur les outils d'évaluation et les travaux de la mission seront menés au premier semestre 2009, afin de permettre une concertation à l'automne 2009 et une entrée en vigueur de la seconde phase d'élargissement de la PCH au début de l'année 2010.**

#### 2.1.2.2. Vers la mise en place d'un cinquième risque de protection sociale

[160] La prise en charge de la perte d'autonomie constitue un axe fort de l'action du Gouvernement, notamment pour faire face à la hausse du nombre de personnes en perte d'autonomie et tenir compte de leur volonté forte de rester à domicile le plus longtemps possible.

[161] Cette amélioration de la prise en charge de la perte d'autonomie sera permise par la mise en place d'un « cinquième risque » de notre protection sociale, aujourd'hui en cours de préparation.

[162] La mise en place de ce cinquième risque est l'aboutissement du droit à la compensation défini par la loi du 11 février 2005. Il se traduira en particulier par un droit universel à un plan personnalisé de compensation. Ce plan personnalisé reposera sur une évaluation des besoins qui prendra en compte toutes les dimensions des aides qui concourent à la compensation.

[163] Le cinquième risque s'appuiera sur un rapprochement des méthodes d'évaluation quel que soit l'âge des personnes concernées et permettra également d'aborder des questions communes à la prise en charge du handicap et à la compensation de la perte d'autonomie, comme celle des aidants.

[164] **Pour autant, le cinquième risque tiendra compte des spécificités de la compensation du handicap par rapport à la perte d'autonomie liée à l'âge, y compris dans le cas du vieillissement des personnes handicapées. Supprimer les « barrières et clivages » ne doit pas aboutir à une uniformisation des réponses, qui pourrait se traduire par des perdants, mais au contraire par :**

- **d'une part, une approche cohérente et des outils communs, sinon convergents, d'évaluation des besoins**, sans se réduire à la seule mesure des incapacités que ces limitations peuvent entraîner dans l'autonomie personnelle et sociale, pour permettre d'identifier les aspirations et projets des personnes, y compris pour les personnes en très forte perte d'autonomie ;
- **d'autre part, des paniers de biens et services différenciés** car les besoins des deux populations ne se recoupent pas totalement. Mais si on doit différencier les services proposés, il convient de rendre possible un maximum de passerelles et de coopérations entre deux environnements (législatifs, institutionnels, professionnels, culturels) aujourd'hui excessivement cloisonnés.

[165] **Si le financement du cinquième risque suppose de définir les rôles respectifs de la solidarité nationale, de la prévoyance individuelle et collective, et de la prise en compte des capacités contributives des bénéficiaires via une participation sur le patrimoine, le recours à l'assurance et à la participation volontaire sur le patrimoine ne concernerait en aucun cas les bénéficiaires de la PCH, placés dans une situation qui ne leur permet pas de se constituer un patrimoine dans les mêmes conditions que les personnes valides d'âge actif.**

[166] En termes de gouvernance, le modèle original actuellement mis en œuvre dans le cadre de la politique à l'égard des personnes handicapées, alliant une gestion par les conseils généraux, qui ont aujourd'hui acquis une légitimité incontestable comme échelon de proximité des politiques de compensation, et l'existence d'une agence nationale, chargée de la péréquation, de l'animation et de l'information, modèle qui donne de bons résultats, sera maintenu. La CNSA a vocation à être érigée en agence chargée du cinquième risque, dotée des moyens d'action d'un opérateur national, dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion avec l'Etat, en vue de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire, la transparence de l'information et l'échange de pratiques.

[167] La mise en place du cinquième risque conduira enfin à faire évoluer le périmètre et le statut des MDPH, qui fait par ailleurs l'objet de travaux en cours afin d'en perfectionner l'efficacité.

## ***2.2. La création de places en établissements bénéficiera d'un nouvel élan***

### **2.2.1. Le Gouvernement s'est engagé à réaliser un plan pluriannuel de création de places, marqué par une forte amélioration qualitative**

[168] **En dépit des efforts déjà réalisés, d'importants besoins ne sont pas encore couverts. C'est notamment le cas de l'offre pour enfants, caractérisée par d'importantes files d'attente pour certains types de handicap, et le recours par des familles résidant en France aux établissements situés à l'étranger, notamment en Belgique.** L'allongement de la durée de vie des personnes handicapées accroît la nécessité de poursuivre le rattrapage en matière de places pour adultes, d'autant que le maintien de 5 000 jeunes de plus de 20 ans dans des établissements pour enfants, faute de place dans des établissements pour adultes, en application de l'amendement Creton, contribue à la pénurie d'établissements pour enfants.

[169] Entre 15 à 17 000 enfants et 12 à 13 000 adultes seraient encore en liste d'attente.

[170] L'évaluation des besoins de création de places en établissements et services pour personnes handicapées sur la période 2008-2012 a été élaborée à partir des programmations interdépartementales d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC) établies par les préfets de région. Ces programmations ont été replacées dans une perspective nationale avec un éclairage prospectif en termes d'évolution démographiques, pour tenir compte notamment de l'allongement spectaculaire de l'espérance de vie des personnes handicapées dont l'incidence est double : en termes de durée de prise en charge et en termes de besoins accrus de soins liés au vieillissement.

[171] Sur la base de cette évaluation des besoins, **le Président de la République s'est engagé à réaliser un plan pluriannuel de construction en cinq ans de plus de 50 000 places** (38 000 places pour adultes, 12 000 pour enfants), dont l'ouverture sera garantie à l'horizon 2015. D'ici à 2012, au moins 30 000 places seront effectivement en service.

[172] La programmation de ces 50 000 places dont le financement est assuré par l'Etat ou l'assurance maladie, a été bâtie à partir de l'existant, au regard des PRIAC 2008-2011 et des éléments de cadrage tels que les listes d'attente, le nombre de jeunes relevant de l'amendement Creton, tout en tenant compte des inégalités territoriales, des délais de mise en œuvre des plans nationaux et de l'effort de transformation et d'adaptation du secteur. Elle s'est appuyée sur les rapports, enquêtes et données disponibles de la DREES, de l'INSEE et de l'IGAS.

[173] **En mobilisant 1,45 milliard, ce plan doit mettre fin aux listes d'attente et permettre de mieux prendre en charge les handicaps lourds – autisme, polyhandicap, troubles graves du comportement, handicap psychique – et de tenir compte de l'avancée en âge de la population accueillie en établissement.**

[174] Les priorités de ce plan sont les suivantes :

- le développement de l'action précoce : 33,8 M€ seront consacrés à l'accroissement des capacités de prise en charge des centres d'action médico-sociale précoce, soit l'équivalent de 75 nouveaux CAMSP (au coût moyen financé par l'assurance maladie) ;
- le soutien à la scolarisation et au développement de l'autonomie des enfants : 12 250 places supplémentaires seront ouvertes en SESSAD, dont 5 000 par transformation de places d'instituts médico-éducatifs ;
- la prise en charge des enfants les plus lourdement handicapés : 3200 places seront créées en IME et en instituts médico-professionnels (IMPRO) ;
- l'accompagnement vers une activité professionnelle adaptée, grâce à la création de 10 000 places en établissements et services d'aide par le travail ;
- la prise en compte de l'avancée en âge des adultes les plus lourdement handicapés : 13 000 places nouvelles en MAS et en FAM seront financées, 2 500 places de foyers de vie seront médicalisées. La répartition des places en FAM donnera lieu à concertation avec les conseils généraux ;
- l'accompagnement de publics spécifiques :
  - dans le cadre du plan Autisme, 4100 places seront affectées à la prise en charge des enfants et des adultes autistes (1500 places en établissements pour enfants, 600 places en SESSAD, 2 000 places en MAS/FAM) ;
  - l'effort en direction des personnes polyhandicapées sera poursuivi avec la création de 3 700 places dédiées (700 en établissements pour enfants, 400 en SESSAD, 2600 en MAS/FAM). Dans le cadre du plan « Handicap visuel », 36 places ciblées sont prévues chaque année de 2008 à 2011 pour les personnes aveugles ou malvoyantes avec un handicap associé ;
  - les personnes atteintes de traumatismes crâniens ou de lésions cérébrales bénéficieront de 350 nouvelles places adaptées en MAS/FAM ;
  - les troubles du comportement et le handicap psychique, qui entraînent une redéfinition des modes d'encadrement, bénéficieront du concours de plusieurs dispositifs : 1550 places en ITEP, 1450 places en SESSAD, 2000 places en MAS/FAM, 3750 places en SAMSAH. Par ailleurs, 19,8 M€ seront consacrés au développement des CMPP, soit l'équivalent de 30 nouveaux centres au coût moyen financé par l'assurance maladie.



Tableau 3 : Le Plan pluriannuel de création de places du Gouvernement

Type d'établissements et/ou de public	Nombre de places nouvelles
Itep (handicap psychique)	1 550
SESSAD	7 250 (+ 5000 places d'IME transformées)
<i>Dont SESSAD autisme</i>	600
<i>Dont SESSAD handicap visuel</i>	420
<i>Dont SESSAD polyhandicap</i>	400
<i>Dont SESSAD handicap psychique</i>	1 450
Établissements polyhandicap	700
Établissements autisme	1 500
Etablissements déficience intellectuelle	1 000
CAMSP	75 centres
CMPP	30 centres
Accueil temporaire	250
<b>Total enfance</b>	<b>12 250</b>
MAS-FAM	13 000
<i>Dont MAS-FAM autisme</i>	2 000
<i>Dont MAS-FAM polyhandicap</i>	2 600
<i>Dont MAS-FAM handicap visuel</i>	600
<i>Dont MAS-FAM traumatisés crâniens</i>	350
<i>Dont MAS-FAM handicap psychique</i>	2 000
Médicalisation de places en foyers de vie	2 500
ESAT	10 000
SAMSAH	12 900
<i>Dont SAMSAH handicap psychique</i>	3 750
Accueil temporaire	800
<b>Total adultes</b>	<b>39 200</b>
<b>Total</b>	<b>51 450</b>

[175] Le plan pluriannuel vise par ailleurs à encourager la restructuration des organismes gestionnaires d'établissements et de services médico-sociaux. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) constituent les outils privilégiés de cette politique.

[176] La mise en œuvre d'une contractualisation pluriannuelle et portant sur plusieurs établissements et services peut permettre, outre une rationalisation de la gestion budgétaire, une plus grande mutualisation des moyens et une amélioration des interventions. D'autre part, elle peut favoriser la participation à des formules de coopération (dans le cadre ou non de groupements de coopération sociale et médico-sociale) ou de partenariat de nature à garantir sur la durée une plus grande continuité et qualité de l'accompagnement des personnes handicapées.

[177] En tout état de cause, il est essentiel que les modes d'organisation et d'action des établissements et services qui accueillent des personnes handicapées permettent d'assurer à celles-ci une forte individualisation des réponses en regard des projets de vie et des plans personnalisés de compensation qui en découlent.

[178] A cet égard, le projet de décret relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie s'inscrit pleinement dans cette nécessaire évolution des conditions et des modalités de l'accompagnement des personnes handicapées, en définissant un socle d'obligations commun aux structures qui accueillent des personnes lourdement handicapées afin d'améliorer la qualité, la sécurité et la continuité de leur accompagnement. Il sera publié avant la fin du premier trimestre 2009.

- [179] Par ailleurs, afin de tenir compte du vieillissement des personnes accueillies et de leur besoin accru de soins, des crédits de médicalisation de certains foyers de simple hébergement sont mobilisables pour mieux prendre en charge les besoins des populations accueillies, sans pour autant les obliger à changer de lieu de vie.
- [180] **Ce plan pluriannuel de création de places s'est d'ores et déjà traduit en 2008 par le financement de 9 625 places nouvelles, auxquelles s'ajouteront, en 2009, 6 965 places supplémentaires.**
- [181] Pour accélérer la modernisation et la création de places nouvelles, les aides à l'investissement et à la formation professionnelle de la CNSA seront mobilisées.
- [182] Le **plan de relance** annoncé par le Président de la République va permettre d'accélérer la construction des places annoncées dans le cadre du plan de création de places : ainsi, **les aides à l'investissement dans le champ des établissements médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées seront accrues de 70 M€ en 2009**, montant qui s'ajoutera aux 230 M€ déjà prévus dans le cadre des plans d'aide à la modernisation financés par la CNSA en 2009. **Au total, ce sont 300 millions d'euros qui seront consacrés à la modernisation et à la création de places en établissements et services médico-sociaux, auxquels s'ajoutent 30 millions d'euros de participation aux contrats de plan Etat – régions (CPER).** Les montants supplémentaires issus du plan de relance seront intégralement affectés à la création de places nouvelles.

### 2.2.2. Le plan tient compte de la nécessité de renforcer l'équité territoriale

- [183] Dans ce cadre, et au-delà de l'effort de réduction des disparités d'offre mené par la CNSA au travers de l'allocation budgétaire ordinaire, des plans de rattrapage sont prévus pour des régions particulièrement déficitaires en termes d'offre de services et d'établissements.
- [184] Après d'importants efforts déployés pour réduire le déficit d'offre en Ile de France et dans la région Nord-Pas-de-Calais notamment, les départements d'outre-mer bénéficieront également d'un plan de rattrapage.
- [185] La Martinique et la Guadeloupe souffrent en effet d'un très important déficit d'équipement d'établissements médicalisés pour adultes : le taux d'équipement en établissements y est de 0,84 % et 0,82 %, contre 1,24 % en moyenne. L'offre non médicalisée est également très faible. Si la Guadeloupe connaît un taux d'équipement en SESSAD supérieur à la moyenne nationale, il ne permet pas de faire face aux progrès de la scolarisation en milieu ordinaire, et l'offre en établissement est insuffisante, notamment pour certaines formes de prise en charge (autisme et polyhandicap). La Martinique fait face aux mêmes déficiences, ainsi qu'à un manque de SESSAD, à la différence de la Guadeloupe.
- [186] Alors que l'équipement de la Guadeloupe est plutôt en bon état, la Martinique est confrontée à un équipement vieillissant nécessitant des travaux de modernisation, et à l'importance de structures non autorisées, répondant au déficit d'offre dans des conditions dont il n'est pas possible de garantir la qualité et la sécurité.
- [187] Les besoins exprimés dans les PRIAC d'ici à 2011 s'élèvent à 1974 places pour les deux départements. Mais la réalisation effective des places se heurte à plusieurs obstacles : difficultés de financement, de recrutement, de disponibilité du foncier, manque de promoteurs dotés de la capacité opérationnelle pour certaines prises en charge.

- [188] Le Gouvernement s'est donc engagé à mettre en œuvre un plan quinquennal de développement de l'offre médico-sociale en Guadeloupe et en Martinique : l'État financera respectivement 100 et 150 places nouvelles chaque année dans ces deux départements ; une programmation concertée sur le secteur non médicalisé sera mise en place avec les conseils généraux. L'État aidera à lever les obstacles à la réalisation des projets, en prenant sa part dans l'identification des réserves foncières, en proposant une mission d'appui à l'ingénierie des projets financée par la CNSA, et en assurant une souplesse dans la gestion des enveloppes adultes et enfants pour permettre de mobiliser les crédits sur les projets arrivés à maturité. Les collectivités devront contribuer à l'identification des disponibilités foncières ; les régions devront mobiliser conjointement les aides à l'investissement et la recherche de fonds européens, et anticiper les besoins en personnels de ces structures dans le plan de développement des formations de la région.
- [189] Ce plan ne se limite pas à des aspects quantitatifs mais inclut également des objectifs de qualité des interventions et des accompagnements, un renforcement des mesures permettant de favoriser la « bienveillance » des personnes handicapées accueillies. C'est pourquoi des efforts sur la formation des personnels et sur les méthodes d'organisation sont préconisés.
- [190] Les engagements respectifs de l'Etat et des différents partenaires concernés ont été formalisés en Martinique par une charte d'engagements signée le 8 décembre 2008. Une convention d'objectifs et de moyens sera signée en février 2009 en Guadeloupe entre les mêmes partenaires.
- [191] Un plan de rattrapage adapté aux besoins locaux sera également prochainement proposé au département de la Guyane.

### 2.2.3. Le plan sera complété par une action particulière en direction des personnes handicapées accueillies en Belgique

- [192] On constate en effet depuis plusieurs années un recours à un placement par les familles de leurs proches dans des structures belges pour handicapées, les familles reprochant un déficit quantitatif et qualitatif de structures adaptées pour les personnes handicapées en France.
- [193] C'est pourquoi le ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et la secrétaire d'Etat à la solidarité ont missionné au début de l'année 2008 Mme Cécile Gallez, députée du Nord, pour étayer ce constat au regard de la réalité sur le terrain et faire des propositions pour améliorer la situation des personnes handicapées prises en charge en Belgique. Cette analyse a donné lieu à un rapport sur la prise en charge par les établissements belges des personnes handicapées et des personnes âgées. Il sera remis officiellement le 13 février 2009.
- [194] Même s'il est difficile de connaître exactement le nombre de personnes handicapées françaises prises en charge dans des établissements belges, il y aurait actuellement environ 1 900 enfants et jeunes adultes accueillis en établissements spécialisés. L'origine de ces enfants est avant tout les départements frontaliers de la Belgique : selon la CNAMTS, 59% des enfants sont originaires du département du Nord, 13% du Pas-de-Calais et dans une moindre mesure de la région Lorraine (9%) et des départements d'Ile-de-France (14%).
- [195] S'agissant des adultes, le recensement est plus difficile car leur prise en charge relève soit de l'assurance maladie soit d'un financement par les Conseils généraux. Leur nombre est évalué à environ 1 800 personnes.
- [196] La prise en charge dans les établissements belges s'effectue soit dans des établissements agréés et subventionnés de la région wallonne, soit dans des établissements privés lucratifs ou non lucratifs qui bénéficient d'une simple autorisation de fonctionner (environ 3 500 places).
- [197] Parmi les pistes de travail évoquées dans le rapport de Mme Gallez, le Gouvernement souhaite avancer concrètement sur la faisabilité de la proposition qui consiste à **mettre en place auprès d'une autorité publique nationale un système centralisé permettant de recenser et ainsi de mieux connaître et mieux accompagner les enfants et adultes handicapés accueillis en Belgique.**

[198] Il encouragera également **le renforcement de la coopération entre les acteurs français et belges chargés du contrôle des structures belges**. Il soutiendra par ailleurs la **mise en œuvre de mesures tendant à faciliter la vie des Français pris en charge en Belgique, par exemple en généralisant les conventionnements d'établissements**.

[199] Enfin, le Gouvernement a d'ores et déjà engagé un **renforcement majeur de l'offre et de la qualité de la prise en charge en France**, à travers le plan pluriannuel de créations de places (50 000 places engagées en 5 ans), le plan d'urgence Nord-Pas de Calais conduit depuis 3 ans (2 millions d'euros par an), le plan Autisme qui, au-delà des créations de places, permet le développement de prises en charges éducatives qui n'existaient pas jusqu'ici en France, le plan des métiers qui permet le développement de la qualification des professionnels, la simplification des procédures de création d'établissement dans le cadre des ARS, la publication prochaine du décret sur les personnes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, qui va encadrer les modalités de fonctionnement des établissements accueillant des adultes polyhandicapés ou autistes, la réforme des « annexes 24 » engagée en 2009.

#### **2.2.4. Cet effort s'appuiera sur les leviers offerts par la création des agences régionales de santé (ARS)**

[200] La création des Agences Régionales de Santé doit permettre de mieux articuler les politiques sanitaire et médico-sociale. Dans le domaine de la planification de l'offre de soins et de services, les ARS mettront en cohérence la planification de l'offre d'établissements et la planification hospitalière, condition indispensable à **la reconversion à plus grande échelle des lits d'hôpitaux en lits médico-sociaux dans les territoires où ces redéploiements sont nécessaires**.

[201] La création des ARS constitue donc l'occasion de donner une dynamique au mouvement nécessaire de création de places en établissements et services médico-sociaux.

[202] A cet égard, le **principe de fongibilité asymétrique** constitue une garantie, en ce qu'il pourra y avoir des transferts de moyens du secteur sanitaire vers le secteur médico-social, mais que l'inverse ne sera pas possible.

[203] En outre, **la création des ARS est l'occasion d'améliorer et d'accélérer les procédures de création de places nouvelles dans le secteur médico-social**. L'actuelle procédure d'autorisation devant les comités régionaux d'organisation sanitaire et médico-sociale (CROSMS) est perfectible : la grande majorité des projets recueille un avis positif, sans aucun lien avec les possibilités réelles de financement. Le Gouvernement souhaite, dans le cadre du projet de loi réformant l'hôpital et relatif aux patients à la santé et aux territoires et dans la perspective de la mise en place du cinquième risque, réformer en profondeur la procédure d'autorisation et de création de places en supprimant les CROSMS dans leur format actuel et en les remplaçant par une procédure d'appel à projets, sur la base des projets régionaux de santé.

[204] **La procédure d'autorisation sera plus rapide et s'inscrira dans un cadre pluriannuel. L'objectif est également de mettre en place une procédure reposant sur des appels à projets qui permettent réellement de faire émerger les solutions innovantes.**

[205] La mise en place des ARS ne remettra pas en cause le rôle de la CNSA et des conseils généraux dans la gestion de l'offre médico-sociale :

- les compétences de la CNSA restent inchangées, et elle participera pleinement au pilotage national des ARS, via notamment sa participation au comité de coordination réunissant, sous la présidence des ministres, l'Etat, les caisses nationales d'assurance maladie et la CNSA. Celle-ci a en effet vocation à être l'interlocuteur des ARS pour la mise en œuvre territoriale du cinquième risque ;

- les conseils généraux, du fait de leur rôle dans la création d'établissements, auront toute leur place dans la gouvernance des agences régionales de santé : ils seront donc représentés au sein du conseil de surveillance de l'ARS et membres d'une commission de coordination au sein de laquelle les exercices de planification seront articulés entre l'État et les départements, dans le respect des compétences de chacun. Ils seront également membres de la commission chargée des appels à projet pour la création de places nouvelles. À chaque stade du fonctionnement de ces agences, un véritable travail de coproduction des programmations doit s'engager entre les départements et l'agence régionale de santé.

### **2.2.5. Le développement de l'offre s'appuie sur un plan des métiers au service des personnes âgées et handicapées pour permettre les recrutements indispensables à l'amélioration de la prise en charge**

[206] Ce plan, qui s'appuie sur une expérimentation réalisée avec trois Conseils régionaux (l'Alsace, le Centre et le Nord-Pas de Calais), vise à former des professionnels en nombre suffisant pour faire face à l'ampleur des besoins actuels et venir de la population en perte d'autonomie, à adapter leur qualification en fonction des besoins nouveaux des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes et à leur ouvrir davantage de perspectives en leur proposant des carrières plus diversifiées.

[207] Il repose sur quatre axes principaux :

- **faciliter l'identification des besoins ;**
- **recruter pour répondre aux besoins actuels et futurs ;**
- **former pour mieux accompagner les personnes et pour mieux reconnaître les compétences des professionnels ;**
- **valoriser les métiers de l'accompagnement des personnes âgées et handicapées.**

[208] Les Conseils Régionaux, compétents en matière de formation professionnelle depuis la loi du 13 août 2004, s'engagent, par le biais de conventions cadres signées avec le secrétariat d'État à la Solidarité et la CNSA, à développer autour de ces grands objectifs une série d'actions innovantes, dont ils assurent le pilotage, pour une mise en œuvre à compter de septembre 2008. Le comité de suivi national se réunira chaque trimestre, pour rendre un bilan en fin d'année 2009, avant la généralisation des actions et des outils les plus performants à l'ensemble des régions.

[209] **Les gestionnaires d'établissements et de services sont également des partenaires privilégiés.** En tant qu'employeurs, ils doivent veiller à favoriser la professionnalisation des personnels et assurer les recrutements nécessaires : l'accord de branche 2008-2010 sur la formation professionnelle continue est convergent avec cette approche, en ce qu'il souligne que l'effort de formation ne doit plus porter uniquement sur la qualification mais aussi sur l'actualisation et le développement des compétences des professionnels de la branche. Afin de les appuyer dans cette démarche, les moyens des conseils régionaux, de l'État et des organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) sont mobilisés.

[210] Le plan « métiers » est par ailleurs complété par les actions de plans spécifiques :

- le plan Handicap visuel prévoit un doublement du nombre de personnes formées à la locomotion et du nombre de diplômés d'instructeur en activité de la vie journalière, ainsi qu'une prise en compte renforcée des besoins spécifiques de la personne âgée devenue malvoyante, dans le contenu des formations à la rééducation en locomotion et aux activités de la vie et des formations à destination des personnels des maisons de retraite ;
- le plan Autisme prévoit le développement de formations de formateur, labellisées, pour diffuser rapidement les nouvelles connaissances sur l'autisme. Cette mesure permettra de donner immédiatement un coup d'accélérateur à la formation sur ces sujets, dans l'attente de la mise à jour des formations initiales des professionnels de santé, du secteur médico-social et de l'éducation, également prévue par le plan pour 2009 et 2010 ;

- une réflexion sur le handicap psychique, dont l'évaluation et l'accompagnement posent un grand nombre de questions aux équipes de terrain, est engagée. Les travaux en cours associent les services d'administration centrale, les associations, la CNSA et les MDPH ;
- une réflexion sur le développement des métiers permettant une communication adaptée pour les personnes sourdes et malentendantes sera également conduite, en s'appuyant sur les travaux du CNCPPH en la matière.

### ***2.3. Un accent particulier est mis sur la compensation de formes spécifiques de handicap***

#### **2.3.1. Le polyhandicap et les handicaps rares**

- [211] La préparation de la Conférence nationale sur le handicap a montré combien le polyhandicap nécessite un aménagement et des soins médicaux de plus en plus complexes, justifiant une adaptation des compétences professionnelles, ainsi que le développement de places d'accueil temporaire pour soulager les familles.
- [212] L'effort en direction des personnes polyhandicapées sera poursuivi avec la création de 3 700 places dédiées (700 en établissements pour enfants, 400 en SESSAD, 2600 en MAS/FAM) sur la durée du plan pluriannuel annoncé par le Président de la République.
- [213] En parallèle, les obligations des établissements – MAS et FAM – qui accueillent des personnes polyhandicapées et, plus largement, des personnes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie vont être précisées par décret : la publication de ce texte permettra d'encadrer le fonctionnement des établissements pour adultes polyhandicapés, de la même façon qu'il existe déjà un dispositif réglementaire spécifique pour les établissements pour enfants polyhandicapés.
- [214] Le Gouvernement souhaite également engager une réflexion sur l'amélioration des mécanismes de tarification des établissements, afin que les dotations accordées reflètent de façon plus fidèle la lourdeur du handicap des personnes accueillies. La prise en compte de la complexité de la prise en charge dans la politique d'allocation des ressources est en effet fondamentale pour la viabilité des projets d'établissements et pour éviter que les personnes les plus lourdement handicapées, pour lesquelles ces établissements sont conçus, n'en soient exclues par une sorte de phénomène de sélection des personnes accueillies.
- [215] Parmi les personnes lourdement handicapées, certaines présentent des combinaisons de déficiences rares ayant des conséquences complexes et souvent évolutives, nécessitant l'accès à des compétences très spécifiques non disponibles en proximité. Compte tenu de la lourdeur des accompagnements et de leur très forte personnalisation, les délais d'admission en établissements sont souvent accentués et la mise en commun des expertises pluridisciplinaires en construction et leur transfert est à renforcer.
- [216] C'est pourquoi, s'agissant enfin de l'offre nationale de places pour les handicaps à faible prévalence, celle-ci sera désormais organisée dans le cadre d'un maillage territorial élaboré sur la base d'une proposition de la CNSA de schéma national d'organisation pour le handicap rare, qui prévoit une structuration interrégionale de l'offre de places et de l'accès aux compétences pluridisciplinaires nécessaires, ainsi qu'un renforcement de la mise en réseau des ressources. Dans le cadre du plan « Handicap visuel », ce schéma devra permettre une prise en charge spécialisée sur tout le territoire pour les personnes aveugles ou malvoyantes avec un handicap associé.

#### **2.3.2. Le second plan autisme 2008-2010**

- [217] Présenté en mai 2008, le second plan autisme a donné lieu à une importante concertation dans le cadre du comité de réflexion et de proposition sur l'autisme et les TED, missionné dès septembre 2007 par le Gouvernement en vue de la préparation de ce plan d'action.
- [218] Ce plan vise à améliorer la prise en charge de l'autisme, en travaillant sur trois axes.

### 2.3.2.1. Mieux connaître pour mieux former

- [219] L'élaboration d'un corpus commun de connaissances sur l'autisme permettra d'améliorer la formation des professionnels de santé et des établissements et services médico-sociaux, ainsi que des personnels des MDPH.
- [220] Pour y parvenir, un comité composé de représentants des différentes administrations concernées (DGAS, DGS, DHOS et IGEN), de la Haute Autorité de Santé, de l'ANESMS ainsi que du groupe de suivi scientifique de l'autisme(GSSA) sera chargé de définir la méthodologie pour l'élaboration d'un socle commun de connaissance sur l'autisme, sur la base d'une revue de la littérature, française et étrangère, un document répertoriant les données scientifiques disponibles, les techniques éducatives ou rééducatives, les pratiques thérapeutiques et les méthodes pédagogiques d'accompagnement des personnes autistes et TED avec une analyse de leur niveau de validation. Ces travaux associeront des représentants d'usagers et de familles. Ils devront aboutir à la rédaction synthétique d'un document de base, selon une méthodologie reconnue.
- [221] Ce socle commun de connaissances aura vocation à être régulièrement actualisé à partir des résultats et analyses des nouvelles études et recherches dûment validées, Cette actualisation se fera sur proposition du groupe de suivi scientifique de l'autisme.

### 2.3.2.2. Mieux repérer pour mieux accompagner :

- [222] Un diagnostic précoce doit permettre d'améliorer les perspectives futures d'autonomie de l'enfant puis de l'adulte autiste. Le diagnostic doit être l'occasion d'offrir aux familles les informations et les conseils indispensables pour mettre en place l'accompagnement le plus adapté pour leur enfant. Le plan Autisme prévoit ainsi d'expérimenter un dispositif d'annonce du diagnostic qui permette de faciliter l'orientation et l'accompagnement des familles : pour cela, un cahier des charges national sera conçu et donnera lieu à un appel à projet pour des expérimentations en régions sur la base d'initiatives locales. Ces expérimentations pourront notamment s'appuyer sur les équipes de psychiatrie spécialisées, les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). L'évaluation de cette démarche permettra de définir les modalités pratiques de déclinaison du dispositif d'annonce, d'accompagnement et d'orientation.
- [223] Afin de promouvoir la formation et la guidance parentale, indispensables aux proches pour pouvoir comprendre et accompagner la personne autiste, la CNSA lancera un appel à projet pour développer les outils de formation et de soutien pour les parents, les fratries et les aidants.
- [224] Pour permettre l'accompagnement des enfants autistes en vue de leur scolarisation en milieu ordinaire, les plans de formation des enseignants et des AVS des académies comprendront désormais des modules de formation sur l'autisme, au sein desquelles les familles seront sollicitées pour apporter leur expérience.
- [225] Au-delà, les services de l'État apporteront un soutien au montage de projets innovants en matière de logement et d'insertion professionnelle des adultes autistes.

### 2.3.2.3. Diversifier les prises en charge, dans le respect des droits fondamentaux de la personne

- [226] 4100 places supplémentaires seront dédiées aux personnes autistes : 1500 places dans les établissements pour enfants, 600 en SESSAD, 2000 en MAS et FAM pour adultes. Le développement des SAMSAH et de l'accueil temporaire sera favorisé.
- [227] Ces créations de places tiendront compte du coût de l'accompagnement renforcé nécessaire dans de telles structures : en effet, une place pour enfant autiste coûte en moyenne 56 000 euros par an contre 30 000 euros pour une place d'IME ordinaire et une place pour adulte 80 000 euros par an en contre 68 000 euros dans une MAS ordinaire. Au total, 170 millions d'euros seront mobilisés pour améliorer l'offre de places en établissements et services.

- [228] Au-delà de l'accroissement indispensable du nombre de places, le second plan autisme doit être l'occasion d'un saut qualitatif. Les pratiques de prise en charge innovantes – innovantes du point de vue du projet d'établissement mais aussi innovantes sur le plan des méthodes de prise en charge envisagées – sont désormais reconnues dès lors qu'elles garantissent le respect des droits fondamentaux de la personne. Le Gouvernement mène donc une action de promotion de l'expérimentation encadrée, quant aux modalités de fonctionnement des structures et surtout quant au respect de la dignité et de l'intégrité des personnes, et évaluée quant à l'adaptation des prises en charge offertes aux besoins exprimés par les familles, à la qualité de vie qu'elles offrent aux personnes accueillies et à leur impact sur leur développement.
- [229] Un cahier des charges national et un référentiel d'évaluation sont en cours d'élaboration et seront diffusés courant 2009 auprès des services déconcentrés, afin de leur permettre d'accompagner les projets expérimentaux et le suivi de l'évolution des personnes accueillies sera assuré par des équipes hospitalières pluridisciplinaires.

### **2.3.3. Le Plan Handicap visuel 2008-2011**

- [230] Le plan Handicap visuel 2008-2011 « *Pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la Cité* » regroupe plusieurs mesures tendant à améliorer à la fois l'accessibilité de la cité aux personnes handicapées et la compensation dont elles peuvent bénéficier, autour de trois axes : vivre dignement avec le handicap, vivre de façon autonome, vivre pleinement sa citoyenneté.
- [231] Ce plan, qui a fait l'objet d'une large concertation avec les associations, est issu des propositions du rapport de Monsieur Gilbert Montagné sur « l'inclusion des personnes aveugles et malvoyantes dans le monde d'aujourd'hui », remis au Ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et à la Secrétaire d'Etat à la solidarité le 8 janvier 2008.
- [232] En matière de compensation, le plan prévoit la création de 36 places par an en maisons d'accueil spécialisées et en foyers d'accueil médicalisé pour les personnes déficientes visuelles avec un handicap associé, pour un montant total de 6,1 millions d'euros sur quatre ans.
- [233] 416 places d'accompagnement adapté des enfants déficients visuels aussi bien à la maison, qu'à l'école ordinaire ou à l'école spécialisée (services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire - S3AIS) seront créés pour un montant de 6,9 millions d'euros sur la durée du plan.
- [234] Le plan Handicap visuel mobilise au total 18 millions sur 4 ans.

### **2.3.4. La poursuite des efforts en faveur du handicap psychique**

- [235] La loi du 11 février 2005 a représenté une avancée considérable pour les personnes atteintes d'un handicap psychique, car elle reconnaît pour la première fois l'existence de ce handicap, à côté du handicap physique, mental, cognitif ou sensoriel. On estime à 600 000 le nombre de personnes handicapées psychiques en France et ces personnes représentant plus d'un quart des demandeurs d'AAH.
- [236] C'est la raison pour laquelle dans le cadre du plan de création de places qui a accompagné la loi de 2005 et conformément au plan Santé mentale 2005-2008, un accent particulier avait été mis sur le développement des structures médico-sociales spécifiquement dédiées à ce public. Au total, grâce à cet effort, on comptait fin 2007 près de 15 500 places en instituts thérapeutiques, éducatifs et professionnels (ITEP) et 4400 places en SESSAD spécialisés pour les enfants atteints de troubles graves du comportement. De la même façon, ce sont plus de 1000 places de MAS-FAM et 3400 places de SAMSAH dédiées aux adultes handicapés psychiques qui ont été financées. Par ailleurs, un programme expérimental de maisons relais avec un accompagnement renforcé a été lancé, qui a permis d'ouvrir 380 places en 3 ans.



- [237] Cet effort doit être poursuivi et c'est la raison pour laquelle le plan de création de places, annoncé par le Président de la République, prévoit de renforcer encore les réponses apportées aux troubles du comportement et au handicap psychique selon des modes diversifiés :
- une meilleure desserte territoriale en centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), qui fonctionnent selon un mode ambulatoire (20 M€ supplémentaires soit l'équivalent de 30 nouvelles structures) ;
  - 1550 places d'instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) en établissements et 1450 places en SESSAD spécialisés sur la durée du plan ;
  - 2000 places de MAS-FAM et 3750 places de SAMSAH.
- [238] S'agissant du secteur enfant, ces réponses seront programmées et élaborées en liaison avec la pédopsychiatrie, l'Education Nationale, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et la Protection de l'enfance (Conseil Général).
- [239] Par ailleurs, la loi de 2005 a créé un nouvel outil de compensation du handicap pour les personnes en souffrance psychique, à travers les groupes d'entraide mutuelle (GEM), qui assurent un accompagnement de grande qualité des personnes handicapées psychiques autour de l'organisation d'activités collectives.
- [240] Fin 2008, plus de 330 GEM étaient en fonctionnement, pour un budget total de fonctionnement de 24 millions d'euros. D'autres collectivités territoriales ou organismes participent volontairement au financement des GEM : ces contributions ont augmenté de 50 % entre 2007 et 2008, attestant qu'il s'agit d'un outil dont l'efficacité est largement reconnue.
- [241] La montée en charge de la création des GEM se poursuivra en 2009, tout en s'assurant de la qualité de la prise en charge des personnes handicapées psychiques qui y recourent à travers le développement des conventions annuelles signées avec l'Etat.

### **2.3.5. L'adaptation des modes d'accompagnement des personnes traumatisées crâniennes**

- [242] Les personnes handicapées à la suite d'un traumatisme crânien ont accès aux différents établissements et services vers lesquels toute personne handicapée peut être orientée par la commission des droits et de l'autonomie. Des efforts budgétaires importants ont ainsi été faits et vont être poursuivis pour créer des places supplémentaires dans ces structures pour accueillir et accompagner des personnes traumatisées crâniennes ou cérébrolésées.
- [243] Toutefois, la mise en place depuis 1996 d'unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) adossées le plus souvent à des centres de préorientation (CPO) ou à des centres de rééducation professionnelle (CRP), découle de l'utilité d'une réponse complémentaire et adaptée aux besoins de ces personnes. Les UEROS (au nombre de 29 à ce jour) apportent une réponse aux difficultés rencontrées par les traumatisés crâniens pour se réinsérer alors qu'ils sont confrontés à des troubles cognitifs et du comportement pouvant nécessiter des ajustements itératifs dans l'accompagnement médico-social.
- [244] Un projet de décret actuellement en cours de signature fixe les conditions d'organisation et de fonctionnement des UEROS, lesquelles peuvent intervenir soit en amont de la MDPH, soit à la demande de celle-ci ou sur orientation de la CDAPH, en étant autonomes ou rattachées à un établissement ou bien encore membre d'un groupement de coopération.

## **2.4. Les MDPH seront réformées pour leur permettre de remplir l'intégralité de leurs missions**

### **2.4.1. En dépit des importants efforts des équipes et des moyens consacrés, les MDPH rencontrent encore des difficultés de fonctionnement**

[245] **Certaines difficultés relèvent d'une montée en charge encore inachevée, et sont de ce fait appelées à se résorber** : traitement des stocks de demandes hérités des anciennes institutions, qui s'ajoutent aux nouvelles demandes, appropriation par les équipes des nouveaux éléments constitutifs de la politique du handicap que sont le projet de vie, qui n'est pas encore présent systématiquement dans les demandes, et le plan personnalisé de compensation, dont la signification n'est pas toujours comprise de la même façon et qui n'apparaît aujourd'hui généralement que dans les demandes de PCH. Afin de parfaire la consolidation du fonctionnement des MDPH, la CNSA, dans ses missions de garantie de l'égalité de traitement et d'appui aux MDPH, doit recenser et diffuser les bonnes pratiques d'évaluation des besoins, participer au développement des outils et référentiels à destination des MDPH, développer les compétences des équipes pluridisciplinaires et contribuer à harmoniser leurs pratiques.

[246] Toutefois, **les conditions de fonctionnement des MDPH sont également altérées par la lourdeur de certaines procédures**. La complexité des outils d'évaluation des situations peut conduire certaines MDPH à ne pas les utiliser ou à ne les utiliser que de façon partielle. La mise en place des systèmes d'information est encore inachevée, malgré l'appui de la CNSA. Les conditions d'attribution et de gestion du fonds de compensation du handicap sont encore très variables sur le territoire.

[247] **Enfin, les difficultés tenant au système de mise à disposition des personnels appellent des évolutions**.

[248] Ce système conduit certains directeurs de MDPH à gérer jusqu'à huit statuts de personnels, différents en termes de rémunérations, de durées hebdomadaires de travail, de conditions de récupération et de congés. Les mises à disposition partielles peuvent perturber le fonctionnement des services, du fait de conflits d'emploi du temps pour les agents. La liberté offerte aux agents de l'État mis à disposition des maisons de demander à tout moment leur retour dans leur administration d'origine fragilise la stabilité des équipes, et rend plus difficile la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

[249] En outre, si les départs à la retraite ou en mutation hors du département sans remplacement par un nouveau fonctionnaire donne lieu à compensation financière de l'État grâce au mécanisme de la fongibilité asymétrique des crédits de rémunération (11,3 M€ versés à ce titre en 2008), le non-remplacement des personnels en cas de retour vers leur administration ou de congé maladie ou maternité pose davantage de difficultés car ces retours supposent de mobiliser des crédits pour compenser les postes devenus vacants au sein des MDPH, sans que ce mécanisme de fongibilité puisse être mobilisé. Pour répondre malgré tout à ces besoins, l'État a dû ouvrir un crédit exceptionnel de 8 millions d'euros en 2006 et de 8,25 millions en 2007 pour verser des compensations aux MDPH concernées.

### **2.4.2. Le Gouvernement mène une réflexion sur l'évolution du statut des MDPH**

[250] Le groupe d'appui technique sur les MDPH préparatoire à la conférence nationale du handicap a souligné la nécessité de faire évoluer leur cadre de fonctionnement, en termes de statuts des personnels et de la maison départementale elle-même.

[251] L'évolution du statut des personnels, qui devra respecter les principes du statut général de la fonction publique, n'est pas sans impact sur l'évolution du statut général des MDPH : la question de la forme de participation de l'État aux GIP se pose en effet si le dispositif des mises à disposition était abandonné.

- [252] **La forme du groupement d'intérêt public doit en effet aujourd'hui être réexaminée.**  
Trois options sont possibles :
- adapter les règles de fonctionnement des GIP en réglant la question de la vacance des postes d'agents de l'Etat ;
  - intégrer les MDPH dans les services du conseil général, solution qui s'accompagnerait du transfert des personnels de l'Etat actuellement mis à disposition ;
  - transformer les GIP en établissements publics départementaux, sous la tutelle du Conseil général.
- [253] **L'évolution du statut des MDPH devra à la fois tenir compte de plusieurs exigences :**
- préserver l'association des personnes handicapées et de leurs familles à la gouvernance de ces services de proximité, qui constitue l'une des principales innovations de la loi du 11 février 2005 ;
  - donner à l'Etat les moyens de continuer à exercer son rôle de garant de l'équité de traitement territorial : même si sa participation au sein des instances doit être modifiées dans ses modalités, l'État doit contribuer à la définition des axes stratégiques de la MDPH et promouvoir la mobilisation des politiques publiques et leur articulation avec les missions des MDPH ;
  - prévoir un statut définitif pour les personnels de l'Etat mis à disposition : une solution pourrait être un droit d'option définitif, dans un délai à définir, pour la fonction publique territoriale ;
  - donner une plus grande souplesse de gestion aux conseils généraux ;
  - permettre les évolutions relatives à la mise en place du « cinquième risque », notamment l'évolution souhaitée des MDPH vers des maisons départementales de l'autonomie.
- [254] **Certaines missions doivent par ailleurs être consolidées :** d'une part, l'appropriation et la professionnalisation de la procédure d'élaboration des plans personnalisés de compensation doivent se poursuivre ; d'autre part, les fonctions de conciliation, de médiation et de traitement des questions de maltraitance doivent être reconnues.
- [255] Dans le cadre de la Conférence nationale du handicap, **le Président de la République a demandé au Gouvernement de continuer à améliorer la qualité du service rendu aux personnes handicapées et à leur famille, et de faire évoluer le statut des MDPH et de leurs personnels pour leur permettre de remplir pleinement leurs missions.**
- [256] Sur le premier point, **le Gouvernement engage avec la CNSA, les associations et les MDPH un travail de simplification des procédures** : simplification des formulaires, procédures simplifiées pour les décisions de renouvellement, possibilités de déconcentration des décisions des CDAPH, refonte des certificats médicaux et mise en place d'un certificat simplifié, développement de la délégation d'un accueil de premier niveau aux CLIC ou aux CCAS, passage de la fourniture de pièces justificatives à des procédures déclaratives, éventuellement couplées avec une possibilité de contrôle par le département auprès des fichiers-sources des URSSAF ou services fiscaux.
- [257] Le travail de simplification des formulaires animé par la CNSA depuis novembre 2007 devrait contribuer à faciliter le fonctionnement des MDPH dès sa diffusion, programmée au premier trimestre 2009. Au-delà, la CNSA travaille à une dématérialisation en plusieurs paliers des demandes aux MDPH, avec une cible de processus de flux de traitement par gestion dématérialisée des données, permettant des gains de productivité et une réduction des délais pour les demandeurs.
- [258] Le fonctionnement des MDPH bénéficiera également des efforts de formation des professionnels des maisons dans le cadre du partenariat CNSA-CNFPT.

- [259] Sur le second point, **le Gouvernement a demandé à l'IGAS d'approfondir l'expertise technique des différentes pistes d'évolution du statut des MDPH**, en lien avec le Secrétariat général du ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et des Solidarités, et du ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, la DGAS et la CNSA. La mission de l'IGAS devra préciser comment les solutions envisageables pourront garantir les objectifs recherchés de souplesse de gestion, de maintien du rôle de garant de l'équité de l'État, et enfin de participation des associations.
- [260] Ce travail devra être mené en cohérence avec les travaux sur la mise en place du cinquième risque, qui pourrait faire évoluer à terme les MDPH vers des Maisons Départementales de l'Autonomie.
- [261] Cette formule des maisons départementales de l'autonomie pourrait être expérimentée dans une trentaine de départements, choisis par la CNSA parmi les départements volontaires pour cette expérimentation dès 2009, sans attendre la loi nouvelle sur le « cinquième risque ».
- [262] Les différentes questions relatives aux MDPH (forme juridique, statut des personnels, financements) devront faire l'objet d'une approche globale. Les choix définitifs sur l'évolution du statut des MDPH donneront lieu à une concertation avec les conseils généraux et les associations d'usagers.

# L'accès de tous à tout, condition de l'égalité des chances

[263] Conformément à la définition du handicap donnée par la loi du 11 février 2005, la prise en compte de la dimension environnementale du handicap conduit à faire de l'accessibilité un pilier essentiel de la nouvelle politique du handicap.

[264] La notion d'accessibilité a été redéfinie par la loi du 11 février 2005 qui lui a donné une portée globale :

- elle concerne tous les handicaps, notamment les handicaps sensoriels, psychiques, cognitifs ou intellectuels, alors que les textes antérieurs envisageaient l'accessibilité presque exclusivement sous l'angle des personnes à mobilité réduite (PMR) ;
- l'obligation d'accessibilité s'impose aux différentes composantes de la vie collective : à un cadre bâti incluant tous types de bâtiments (établissements recevant du public (ERP), mais aussi locaux professionnels, logements), à l'ensemble de la chaîne du déplacement (transports, voirie, espace public), à la citoyenneté, à l'école, aux services publics, et aux loisirs.

## 1. PILIER ESSENTIEL DE LA LOI DU 11 FEVRIER 2005, L'ACCESSIBILITE A LA CITE A FAIT L'OBJET DE NOUVEAUX ENGAGEMENTS DU GOUVERNEMENT

### *1.1. La loi du 11 février 2005 a énoncé des objectifs en matière d'accessibilité*

#### **1.1.1. Le cadre bâti**

[265] **L'article 41 de la loi du 11 février 2005 fixe un principe général d'accessibilité au cadre bâti dont le champ est largement défini** : il s'impose aux locaux d'habitation (à l'exception des travaux réalisés par les propriétaires pour leur propre usage), aux établissements recevant du public (ERP), aux installations ouvertes au public (IOP) et aux lieux de travail.

[266] Ce principe se traduit par des obligations particulières :

- **une obligation d'accessibilité, au plus tard dix ans après la publication de la loi, pour tous les ERP ;**
- **des règles d'accessibilité propres aux ERP et aux logements nouveaux ;**
- **des règles d'accessibilité propres aux logements existants faisant l'objet de travaux ;**
- **une évaluation des mesures de mise en accessibilité des logements** et une estimation de leur impact financier sur le montant des loyers afin d'envisager les réponses nécessaires.

[267] Le **contrôle** du respect des règles est assuré par l'obligation, pour le maître d'ouvrage de travaux soumis à permis de construire, de remettre à l'issue des travaux à l'autorité ayant délivré le permis une **attestation de conformité aux règles d'accessibilité**, établie par un contrôleur satisfaisant à des critères de compétence et d'indépendance.

[268] **L'application des règles est également assurée par des sanctions**, pour les utilisateurs du sol, les bénéficiaires des travaux, les architectes, les entrepreneurs ou toute personne responsable de travaux, qui méconnaîtraient les obligations imposées en matière d'accessibilité : une amende pouvant aller jusqu'à 45 000 € est prévue, peine portée à 75 000 € et 6 mois d'emprisonnement en cas de récidive. Ces peines sont applicables en cas d'inexécution des travaux dans les délais prescrits. Les personnes morales peuvent également être déclarées pénalement responsables de ces infractions. Les sanctions peuvent inclure également le remboursement, le cas échéant, des subventions publiques accordées pour des travaux, en cas de non production de l'attestation de la prise en compte des règles d'accessibilité.

[269] Ces objectifs ambitieux en matière d'accessibilité, constituent un défi pour l'ensemble des propriétaires et exploitants, confrontés non seulement au coût des travaux, mais aussi à la complexité des normes et à la rareté des professionnels pouvant les conseiller dans leurs travaux de mise en accessibilité. **Anticipant ces difficultés, la loi a prévu, à son article 41, l'intégration obligatoire de la formation à l'accessibilité dans la formation initiale des architectes et professionnels du cadre bâti.**

### 1.1.2. Les transports et la voirie

[270] L'article 45 de la loi du 11 février 2005 est consacré au développement de l'accessibilité de la chaîne du déplacement. L'ambition de la loi réside dans la **définition large retenue de la chaîne du déplacement** (cadre bâti, voirie, aménagements des espaces publics, systèmes de transport et intermodalité) et dans son **objectif d'accessibilité de l'ensemble des services publics de transport collectif, dix ans après la publication de la loi.**

[271] **La mise en accessibilité des transports et de la voirie s'appuie sur de nouveaux outils de planification et de programmation créés par la loi :**

- les autorités organisatrices des transports (AOT) au sens de la loi n° 82-1153 du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs doivent définir un **schéma directeur d'accessibilité** des services dont elles ont la responsabilité **dans les trois ans suivant la publication de la loi.** Cette obligation s'impose aux différentes AOT : autorités organisatrices des transports publics urbains (AOTU), syndicat des transports d'Ile de France (STIF), autorités responsables de l'organisation des transports départementaux et régionaux, État pour ce qui concerne notamment les services ferroviaires d'intérêt national.
- **pour chaque commune**, le maire ou le président de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) doit établir, d'ici le 23 décembre 2009, un **plan de mise en accessibilité** de la voirie et des aménagements des espaces publics, intégré au plan de déplacements urbains lorsqu'il existe, fixant des dispositions susceptibles de rendre accessible aux personnes handicapées et à mobilité réduite les circulations piétonnes et aires automobiles.

[272] Ces obligations nouvelles doivent bénéficier aux personnes handicapées et aux personnes à mobilité réduite et, plus largement, à tous les usagers en contribuant à l'amélioration du confort et de la sécurité de tous. En accroissant leur attractivité, ils ne sauraient manquer d'avoir des effets positifs en matière de développement durable et de réduction des émissions de gaz à effet de serre.

### 1.1.3. Une mise en œuvre locale s'appuyant sur la participation des acteurs

[273] **La loi prévoit la création de commissions communales et intercommunales pour l'accessibilité aux personnes handicapées** dans les communes de 5 000 habitants et plus, ainsi que dans les EPCI compétents en matière de transport et d'aménagement du territoire dont la population est supérieure ou égale à 5000 habitants.

[274] Ces commissions, qui doivent associer les représentants des collectivités concernées, les associations d'usagers et les associations de personnes handicapées, doivent établir, à l'attention du conseil municipal, un diagnostic de l'accessibilité du cadre bâti, de la voirie, des espaces publics et des transports, et des propositions d'amélioration.

#### **1.1.4. L'accès à la citoyenneté**

[275] L'article L. 62-2 du code électoral inséré à la suite de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances énonce ainsi que « *les bureaux et les techniques de vote doivent être accessibles aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, mental ou psychique, dans des conditions fixées par décret* ».

[276] Par ailleurs, l'article L. 57-1 alinéa 4 dudit code relatif aux machines à voter dispose que celles-ci doivent « *permettre aux électeurs handicapés de voter de façon autonome, quel que soit le handicap* ».

[277] L'article L. 64 du même code permet, de plus, aux électeurs « *atteints d'une infirmité certaine* » de se faire assister par un autre électeur de leur choix au moment de l'accomplissement des formalités de vote, y compris pour l'apposition de la signature sur la liste d'émargement.

[278] Plus récemment, dans le cadre du plan Handicap visuel 2008-2011, le Gouvernement a souhaité prendre des mesures tendant à faciliter les relations des personnes handicapées avec l'administration et leur exercice de la citoyenneté :

- la notification en braille/caractères agrandis des décisions des MDPH devra être garantie pour les personnes déficientes visuelles ;
- le développement de l'impression des documents administratifs et techniques en braille / caractères agrandis (notices explicatives des déclarations d'impôts et du contenu des documents répertoriés au centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs - CERFA, notices des demandes prestations sociales) en braille/caractères agrandis sera encouragé ;
- l'installation effective de machines à voter possédant une prise casque afin que les aveugles puissent en toute discrétion connaître la marche à suivre devra être assurée. Une instruction dans ce sens sera adressée aux préfets à l'occasion des prochaines élections.

### ***1.2. Le Gouvernement a cherché à assurer la mise en œuvre de la loi en publiant les textes d'application et en mobilisant l'administration de l'État en faveur de l'accessibilité***

#### **1.2.1. La publication des textes d'application permettra une mise en œuvre effective du principe d'accessibilité**

[279] Le travail réglementaire d'élaboration des textes d'application des dispositions de la loi du 11 février 2005 relatives à l'accessibilité du cadre bâti et des transports et de la voirie s'est traduit par la publication de quatre importants décrets, dont le décret n° 2006-138 du 9 février 2006 relatif à l'accessibilité du matériel roulant affecté aux services de transport terrestre de voyageurs qui impose que le matériel roulant, renouvelé ou acquis, soit accessible et le décret n°2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des ERP, des IOP et des bâtiments d'habitation, qui a largement modifié le code de la construction et de l'habitation.

[280] Doivent également être mentionnés 6 arrêtés en matière d'accessibilité des transports et de la voirie et 4 arrêtés relatifs à l'accessibilité du cadre bâti, ainsi que la directive ministérielle du 13 avril 2006 qui a précisé les modalités d'application concernant l'élaboration des schémas directeurs d'accessibilité et les plans de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements d'espaces publics. Cette directive a été rendue nécessaire pour expliciter les dispositions de l'article 45 de la loi du 11 février 2005. En effet, le Gouvernement a rappelé, en référence à la jurisprudence du Conseil d'Etat en la matière, que cet article était d'application immédiate.

[281] L'élaboration des textes réglementaires, dont l'ensemble a été soumis à l'avis du CNPCH, a fait l'objet d'une large concertation tant auprès des associations de personnes handicapées que des professionnels.

- [282] Il s'est avéré nécessaire d'harmoniser les textes relatifs à l'accessibilité avec d'autres objectifs gouvernementaux. D'une part, la prise en compte des objectifs de développement durable et de qualité environnementale, notamment en matière de cadre bâti, a mobilisé les services du MEEDDAT et le Grenelle de l'environnement a été une occasion forte de rappeler la compatibilité entre les deux démarches de rénovation thermique et de mise en accessibilité des bâtiments de l'Etat. Le projet de loi de programme relatif à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement réaffirme les engagements de l'Etat concernant les objectifs d'accessibilité des personnes handicapées prévus par la loi de 2005. L'article 3 de ce projet de loi précise que la réduction des consommations d'énergie des bâtiments implique « *le développement et la diffusion de nouvelles technologies dans la construction neuve et la mise en œuvre d'un programme de rénovation accélérée du parc existant, en prenant systématiquement en compte l'objectif d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite prévu par la législation nationale* ». D'autre part, les règles d'accessibilité doivent être articulées avec la réglementation en matière de sécurité contre les incendies : ce travail en cours devrait conduire à adapter les normes.
- [283] Les textes ont permis l'entrée en vigueur des dispositions relatives au cadre bâti pour les travaux faisant l'objet d'un permis de construire déposé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007.
- [284] **Ils ont visé une application assez large des obligations d'accessibilité**, qui s'imposent non seulement aux logements, ERP, mais aussi aux abords des bâtiments (cheminements extérieurs, stationnement, accès des bâtiments, parties communes, locaux ou équipements collectifs, celliers, caves) et aux parties extérieures des ERP et IOP (parties extérieures et intérieures, les circulations, une partie des places de stationnement, ascenseurs, locaux et équipements).
- [285] **Dans un souci de pragmatisme, la mise en œuvre de l'obligation d'accessibilité est modulée pour les ERP et IOP existants** : les ERP de 5<sup>ème</sup> catégorie doivent, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015, organiser l'accès à l'ensemble des prestations offertes par l'ERP dans une partie du bâtiment accessible aux personnes handicapées. Pour les autres ERP, l'obligation d'accessibilité est intégrale. **Pour garantir son respect, le décret du 17 mai 2006 pose un jalon intermédiaire** :
- **un diagnostic des conditions d'accessibilité avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011**. Ce diagnostic comprend trois objets : analyse de la situation de l'établissement au regard des règles d'accessibilité, description des travaux nécessaires pour parvenir à l'accessibilité, évaluation du coût et programmation financière et technique des travaux à effectuer d'ici 2015
  - une mise en accessibilité avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015.
- [286] **Les textes imposent une application anticipée de l'obligation d'accessibilité aux préfectures et établissements d'enseignement supérieur, au 31 décembre 2010.**
- [287] **Les textes d'application ont également précisé et encadré les dérogations prévues par la loi**. Ainsi, il n'est pas possible d'accorder, pour un bâtiment, de dérogation à l'ensemble des obligations d'accessibilité : **les dérogations ne peuvent pas être accordées de façon globale mais seulement au cas par cas, pour chaque disposition constitutive de l'obligation d'accessibilité**, c'est-à-dire pour les prescriptions qui ne peuvent être respectées du fait d'une impossibilité technique due à l'environnement (caractéristiques du terrain, constructions existantes, classement de la zone de construction, réglementation de prévention contre les inondations) ou de difficultés liées aux caractéristiques d'un bâtiment existant ou à la nature des travaux. La dérogation reste accordée par arrêté du préfet sur avis motivé – conforme pour les ERP – de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité, au sein de laquelle la présence des associations est renforcée. En matière de transports, en cas de dérogation pour impossibilité technique avérée, des mesures de substitution doivent être mises en œuvre.



### 1.2.2. L'administration de l'État est impliquée dans la mise en œuvre opérationnelle des dispositions en matière d'accessibilité au cadre bâti

- [288] L'État est appelé à jouer un rôle essentiel dans la mise en œuvre des mesures d'accessibilité.
- [289] D'une part, **en tant que propriétaire et gestionnaire de nombreux ERP, son exemplarité doit servir de référence à l'ensemble des maîtres d'ouvrages ou gestionnaires d'ERP.** Le fonds interministériel pour l'accessibilité aux personnes handicapées des bâtiments anciens et ouverts au public qui appartient à l'État (FIAH) permet d'accompagner la mise en œuvre d'opérations de mise en accessibilité. Cette dotation est destinée à cofinancer des opérations de diagnostic et des travaux de mise en accessibilité, engagées par les différents ministères. Les critères d'éligibilité et les montants des financements attribués (ayant pu atteindre en 2007, jusqu'à 80% du montant total du coût des opérations) sont fixés par circulaire.
- [290] Entre 1995 et 2006, près de 913 dossiers ont été présentés par les préfets de région au titre du FIAH et 372 opérations ont été retenues et cofinancées. Le fonds est ainsi intervenu durant ces 12 ans pour un montant de 13,6 M€. Depuis 1999, le montant moyen de l'enveloppe annuelle s'élevait ainsi à environ 1,2 M€.
- [291] En 2007, le FIAH s'est vu doté d'un abondement exceptionnel de 25 M€. Cette campagne exceptionnelle a permis, outre le cofinancement d'opérations de travaux de mise en accessibilité des bâtiments ouverts au public, le financement de diagnostics de l'état d'accessibilité du patrimoine immobilier de différents ministères ainsi que le financement d'opérations de travaux portant sur des espaces non ouverts au public ou encore sur des bâtiments d'établissements publics relevant de l'Etat à caractère administratif ou scientifique et éducatif (musées, universités...). Au total, cette campagne exceptionnelle 2007 a permis le cofinancement de 179 projets, pour un montant total de 18,2 M€. En 2008, 109 projets ont été cofinancés (53 opérations de diagnostics et 56 opérations de travaux de mise en accessibilité) pour un montant total de 3,7 M €.
- [292] Même si la mise en accessibilité des bâtiments existants appartenant à l'Etat est une obligation essentielle qui s'impose à chaque ministère, le fonds interministériel a joué un rôle majeur dans la mise en œuvre de cette politique. En effet, au-delà des compléments financiers qu'il a apportés aux opérations programmées par chaque ministère, le fonds a constitué également un outil important permettant d'impulser aux niveaux local et central une véritable dynamique sur ce sujet. Le lancement annuel d'une campagne a permis ainsi aux échelons départemental, régional, et central au sein de chaque ministère de faire un état des besoins et des projets suffisamment aboutis pour pouvoir être lancés. Ce fonds a donc favorisé la mise en place d'une politique globale en matière de mise en accessibilité des bâtiments de l'Etat.
- [293] D'autre part, **l'Etat est en charge, à travers le réseau déconcentré du ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de l'Aménagement du territoire (MEEDDAT), non seulement du contrôle du respect de la réglementation, exercé notamment dans le cadre des commissions consultatives départementales de sécurité et d'accessibilité pour ce qui concerne les établissements recevant du public et du contrôle du règlement de construction pour ce qui concerne les logements, mais aussi d'une mission de conseil et d'assistance technique en matière d'accessibilité dans le cadre de l'ingénierie publique,** notamment auprès des petites communes. À cet effet, le renforcement de l'identification des correspondants « accessibilité » au sein des directions départementales de l'équipement (DDE) et leur mobilisation comme personnes ressources augmentera leur visibilité auprès des collectivités territoriales et plus généralement auprès de l'ensemble des acteurs de l'accessibilité.

- [294] Au-delà des dispositions de l'article 41 de la loi du 11 février 2005, qui prévoit que la formation à l'accessibilité du cadre bâti soit rendue obligatoire dans la formation initiale des architectes et des professionnels du cadre bâti, **des actions de formation continue des agents des DDE aux enjeux de l'accessibilité ont été engagées, afin de renforcer l'expertise de l'ingénierie publique** en la matière. La direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages, en collaboration avec les autres directions du MEDDAT, a mis en place dès 2006 un dispositif pluriannuel de formation ambitieux et de grande ampleur. En 2008, les formations dispensées dans les centres interrégionaux de formation professionnelle du MEEDDAT ont permis à plus de 200 agents des directions départementales et régionales de l'équipement, de mettre à jour leurs connaissances techniques et réglementaire, et de se familiariser avec les outils mis à leur disposition pour exercer leurs missions d'information, de conseil et d'assistance mais aussi de contrôle auprès des maîtres d'ouvrage et gestionnaires de patrimoine immobilier public.
- [295] L'intervention de l'ingénierie publique s'appuiera également sur le renforcement de l'expertise publique : la **création d'un observatoire national de l'accessibilité** au sein de la délégation ministérielle à l'accessibilité du MEDDAT, en lien avec les correspondants « Accessibilité » des DDE ainsi que les organismes scientifiques et le réseau scientifique et technique du ministère, permettra d'intensifier la capitalisation des connaissances et des expériences innovantes en vue de leur diffusion à l'ensemble des acteurs publics et privés de l'accessibilité. A partir des rapports annuels des commissions communales et intercommunales pour l'accessibilité des personnes handicapées, un **recensement des actions en cours et achevées** sera entrepris afin de mesurer les progrès réalisés.
- [296] Le développement d'importants outils techniques a également été engagé de manière à aider aussi bien les professionnels que les services d'ingénierie de l'Etat dans la mise en œuvre concrète de l'accessibilité. Ainsi, le didacticiel interactif "LoqAcce" (CD-Rom disponible depuis janvier 2009 auprès du CSTB) permet à chacun de se former à la réglementation en privilégiant une approche par la personne ; le document méthodologique sur les diagnostics d'accessibilité (CD-Rom disponible depuis janvier 2009) est conçu pour aider les diagnostiqueurs ainsi que les maîtres d'ouvrage désireux de rédiger une commande. Par ailleurs, la circulaire illustrée (disponible en ligne sur le site du ministère du logement et en cours de publication) constitue une véritable bible de référence pour l'application des textes réglementaires. Enfin, un guide de conception basé sur une double approche qualité architecturale et réglementation (parution au 2<sup>ème</sup> semestre 2009) aidera les architectes à aborder l'accessibilité dans leurs projets.

### 1.2.3. La mise en œuvre de la politique d'accessibilité des transports

- [297] L'élaboration des schémas directeurs d'accessibilité se heurte à des difficultés opérationnelles, soulignées par le rapport remis au Premier ministre en janvier 2008 par Monsieur Jacques DOMERGUE, député de l'Hérault :
- la prise en compte des différents types de handicap : les efforts de mise en accessibilité étaient jusque-là concentrés sur la situation des personnes à mobilité réduite. Face à l'élargissement du champ du handicap par le législateur, les acteurs ne disposent pas des connaissances nécessaires pour apprécier les besoins à prendre en compte et les solutions à mettre en place, sans pouvoir toujours disposer de l'appui des associations, qui ne sont pas toujours suffisamment structurées au niveau local.
  - l'insuffisance des solutions techniques, qui doivent encore faire l'objet d'améliorations et de recherches, avec l'élaboration de standards nationaux pour répondre aux besoins de formalisation et de normalisation ;
  - la nécessité de définir les services de substitution prévus par la loi de 2005 pour les cas d'impossibilité technique avérée.

[298] Suite à ce rapport, il est proposé :

- la définition de schémas directeurs évolutifs, permettant des réponses pragmatiques, intégrant progressivement les apports des évolutions technologiques pour lever les impossibilités techniques constatées, ceci sans remettre en question l'échéance de 2015 ;
- une clarification de plusieurs dispositions, notamment sur le rôle des commissions consultatives départementales de sécurité et d'accessibilité (CCDSA) concernant les services de transport, ainsi que sur les services de substitution ;
- la mise en place d'un suivi national des schémas directeurs d'accessibilité afin d'en analyser la cohérence générale et de suggérer des pistes de progrès.

[299] Le MEEDDAT travaille à une adaptation du rôle des CCDSA, afin qu'elles puissent émettre un avis sur l'accessibilité de l'ensemble des services de la compétence d'une autorité organisatrice, et non pas seulement de manière ponctuelle, aménagement par aménagement, gare par gare, notamment en matière de dérogations et de mesures de substitution. Le MEEDDAT étudie des propositions en vue de favoriser la concertation, ceci en lien avec la disposition de la loi d'orientation des transports intérieurs modifiée par la loi du 11 février 2005 qui permet la participation des représentants des associations de personnes handicapées aux comités régionaux des partenaires du transport public et aux comités de ligne de transport ferroviaire et aux comités des partenaires du transport public urbain.

#### **1.2.4. La mise en œuvre de la politique d'accessibilité a contribué à permettre l'accès des personnes handicapées aux activités culturelles**

[300] **L'accessibilité des biens culturels fait l'objet d'une concertation et d'un suivi dans le cadre de la Commission nationale Culture-Handicap**, qui permet aux ministères chargés de la culture et de la communication et des personnes handicapées, au délégué interministériel des personnes handicapées, aux sociétés et aux établissements publics, aux responsables des associations, d'impulser une mobilisation concertée pour un véritable accès à l'art et à la culture. Quatre orientations de la politique d'accessibilité des biens culturels peuvent être mentionnées :

- depuis 2008, le ministère de la culture et de la communication mène une action particulière pour la **formation à l'accessibilité pour les professionnels de l'architecture et du cadre bâti** :
  - **La formation initiale des professionnels du cadre bâti** : au delà des diplômes d'architecture, la ministre de la Culture et de la Communication a souhaité étendre cette obligation aux professionnels participant à l'aménagement du cadre bâti et notamment aux designers d'objet et aux créateurs industriels, aux designers d'espace ou encore de la communication (graphique, multimédia). L'arrêté, signé par la ministre le 26 mai 2008, dans le cadre du décret relatif au V de l'article 41 de la Loi N° 2005-12 du 11 février 2005, précise la liste des diplômes, certifications et titres concernés par l'obligation de formation à l'accessibilité ;
  - **La formation continue des professionnels du cadre bâti du ministère de la culture** : afin d'accompagner les professionnels du cadre bâti du ministère de la Culture et de la Communication dans la prise en compte des nouvelles obligations inscrites dans la loi du 11 février 2005, une série de six séminaires interrégionaux de sensibilisation à l'accessibilité a été mise en place par la Délégation au développement et aux affaires internationales (DDAI), en lien avec la Direction de l'architecture et du patrimoine (DAPA) et le Centre des monuments nationaux (CMN). Pour répondre aux demandes formulées lors des séminaires interrégionaux 2006-2007, il a été décidé de prolonger l'action d'accompagnement des professionnels, des ateliers ont été mis en place en vue de travailler sur des études de cas concrets. L'objectif visé est de mettre en place des lieux d'échange d'expériences et de réflexions, qui permettent également de créer une culture commune avec les partenaires des CCDSA sur les questions

d'accessibilité des lieux de culture aux personnes handicapées, tout en prenant en compte les contraintes liées à la préservation du patrimoine ;

- depuis 2004, une **politique éditoriale** a été engagée par le ministère sous la forme d'une collection d'ouvrages techniques pour faciliter l'accès à la culture et aux pratiques artistiques pour les personnes handicapées (comme annoncée lors de la Commission nationale *Culture et Handicap* de 2004). Un premier Guide pratique de l'accessibilité a été publié en 2007. Il sera réédité en 2009. Un nouveau Guide pratique handicap et spectacle vivant sera édité au premier semestre 2009, ainsi qu'un guide spécifique Handicap mental et Culture.
- depuis 2003, la **mission « Culture et Handicap »** pilotée par la Cité des sciences et de l'industrie, associant une vingtaine d'établissements publics, propose des mesures concrètes visant à améliorer, à court terme, **l'accueil des personnes handicapées dans les établissements culturels**. Ses travaux ont permis de produire des cahiers de recommandation thématiques et de constituer une veille sur certains sujets ;
- le Centre des monuments nationaux (CMN) a engagé en 2004 un **plan quinquennal en direction des personnes handicapées**, qui a permis la mise en œuvre de formations des personnels, la production d'outils de médiation culturelle accessibles à tous, la mise en œuvre des diagnostics d'accessibilité et la programmation des travaux de mise en conformité. **Le bilan réalisé en 2007 a montré que ce plan avait permis le développement de la formation des agents et d'une offre culturelle adaptée, ainsi que des travaux de mise en accessibilité**. Au-delà, le centre se mobilise pour la mise en accessibilité des monuments dont il a la gestion. La mise en œuvre de ce plan s'appuie sur des partenariats, renouvelés en 2007, avec des associations partenaires, qui contribuent aux missions de conseil, d'information, de communication et de sensibilisation ;
- **l'accès aux pratiques artistiques et culturelles des personnes handicapées accueillies au sein des institutions médico-sociales** fait l'objet d'actions des Directions régionales des affaires culturelles, qui soutiennent des projets d'accès aux pratiques culturelles au sein des institutions d'accueil en lien avec des équipements culturels et des artistes ;

[301] **Par ailleurs, la promotion de la transcription des biens culturels à destination des personnes handicapées** est facilitée par l'**exception aux droits d'auteur** instaurée par la loi du 1er août 2006 relative au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information, au bénéfice des personnes atteintes d'un handicap afin de faciliter leur accès aux œuvres : des supports adaptés au public handicapé pourront ainsi être librement réalisés et diffusés par des organismes transcrip-teurs très divers (associations, bibliothèques, archives, centres de documentation et espaces culturels multimédia), mais poursuivant tous un but non lucratif et ayant au préalable reçu une habilitation du ministère de la culture. La loi pose l'**obligation pour les éditeurs de déposer, à la demande des organismes transcrip-teurs habilités, les fichiers numériques ayant servi à l'édition des œuvres imprimées**, afin d'en faciliter la transcription et la consultation par les personnes atteintes d'un handicap.

[302] Un **décret du 19 décembre 2008**, publié le 24 décembre 2008 est venu préciser le régime de cette exception : les éditeurs disposeront d'un délai de deux mois suivant le dépôt légal de toute œuvre pour transmettre le fichier numérique de celle-ci à un organisme dépositaire (la BNF), pour que ce dernier puisse les mettre à disposition des organismes transcrip-teurs habilités dans un standard ouvert au sens de l'article 4 de la loi du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique (transcription standardisée des graphiques, images, illustrations ou photos). La liste des personnes morales et établissements transcrip-teurs sera régulièrement mise à jour par une commission placée auprès des ministres chargés de la culture et des personnes handicapées.

### 1.2.5. L'Etat a encouragé le développement des pratiques sportives accessibles aux personnes handicapées

- [303] **La politique d'accessibilité des activités sportives aux personnes handicapées a pour objectif de permettre à toute personne en situation de handicap** de pratiquer une ou des activités physiques et sportives adaptées, aussi bien à des fins de rééducation que d'insertion sociale et professionnelle, dans une logique de loisirs comme de compétition.
- [304] **La promotion de l'accès à la pratique sportive doit faire l'objet d'une approche globale** : elle suppose non seulement des actions de mise en accessibilité d'équipements sportifs, mais aussi une volonté d'accueillir au sein d'une structure sportive une ou des personnes handicapées avec un encadrement qualifié et du matériel adapté.
- [305] **L'État, à travers ses services déconcentrés, s'attache à conseiller et soutenir les porteurs de projets**, tant les structures associatives, privées que les collectivités territoriales, sur :
- la formation des professionnels des métiers du sport à l'accueil d'un public handicapé ;
  - la formation des bénévoles des associations qui accueillent des personnes handicapées pour les aider à structurer leur projet associatif ;
  - l'accompagnement des collectivités territoriales dans la mise en accessibilité des équipements sportifs ainsi que dans la formation des cadres (mise en œuvre à compter de fin 2008 de formations communes CNFPT/État) ;
  - le soutien financier à l'achat de matériel adapté ;
  - la mise en œuvre de projets structurants favorisant la pratique d'activités physiques au sein d'associations spécifiques ou « valides », ou au sein de structures spécialisées.
- [306] **Cette politique s'appuie principalement sur la collaboration avec deux fédérations délégataires de mission de service public** : la fédération française de sport adapté pour les déficiences mentales et psychique, la fédération française handisport pour les déficiences motrices et sensorielles ; 21 cadres techniques du ministère des Sports sont mis à disposition de ces fédérations. Des réunions mensuelles permettent à chacun des acteurs, en collaboration avec le « Pôle Ressources National Sport et handicaps » créé à Bourges, d'échanger et de définir les champs d'actions ainsi que le positionnement de ces partenaires incontournables.
- [307] Les deux fédérations spécialisées ont bénéficié depuis 2006 du financement de 300 emplois en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) par la CNSA. Un bilan de ce dispositif a été réalisé par les deux fédérations spécialisées : fin 2008, 150 de ces emplois ont été soit pérennisés sur des financements propres des fédérations, soit supprimés car ne répondant pas à des besoins avérés. A ce jour, 150 emplois restent à pérenniser. Un accord est intervenu entre le Secrétariat d'Etat chargé des sports, le centre national pour le développement des sports (CNDS) et le Secrétariat d'Etat chargé de la solidarité pour aider les fédérations à stabiliser ces effectifs, dans une logique d'intégration au droit commun des fédérations sportives.
- [308] **L'État engage également des plans d'action structurant avec les fédérations sportives généralistes**, pour développer en leur sein la pratique sportive des personnes handicapées.
- [309] 15 M€ ont été consacrés en 2007 par l'État au développement de la pratique sportive, dont 5,7 M€ engagés par les services déconcentrés (+12,6%), 4 M€ consacrés au niveau national à la mise en accessibilité des établissements nationaux du ministère des Sports (+60% à 2006), 3 M€ de subventions aux fédérations spécialisées et 0,75 M€ de subventions aux fédérations valides. 5 M€ ont en outre été alloués par le CNDS à des travaux de mise en accessibilité.
- [310] La pratique sportive des personnes handicapées concerne aujourd'hui 20 000 licenciés à la Fédération Française Handisport, et au-delà 35 000 pratiquants dans 900 associations locales. La France peut s'honorer d'être le premier pays au monde à accorder aux athlètes sélectionnés pour les Jeux Paralympiques les mêmes primes qu'aux athlètes valides. Ces athlètes bénéficient d'un accompagnement de l'AGEFIPH pour trouver un emploi à la fin de leur carrière sportive.

[311] Des groupes d'expertise associant les différents ministères concernés et les fédérations partenaires travaillent à l'examen de problèmes spécifiques d'accès aux activités sportives des personnes handicapées, tels que :

- **les pratiques sportives pour les élèves handicapés scolarisés** en établissements « ordinaires » et spécialisés ;
- les activités physiques de bien être et santé et/ou sportives des personnes handicapées dans les établissements et instituts spécialisés ;
- le concept de « vacances adaptées ».

[312] **Une attention particulière est également portée à l'accessibilité des événements sportifs aux personnes handicapées.** A ce titre, sur chaque événement sportif de dimension nationale ou internationale, un responsable du comité d'organisation coordonne les demandes puis la ventilation des places réservées pour les PMR.

#### **1.2.6. L'Etat a développé une action en faveur de l'accès aux loisirs des personnes handicapées**

[313] L'accès des personnes handicapées aux loisirs fait également l'objet d'actions :

- du ministère en charge du Tourisme : l'accès individuel aux vacances pour les personnes handicapées suppose l'existence d'équipements touristiques accessibles aux différentes formes de handicap. La création du label « Tourisme et handicap » en 2001 visait à améliorer l'information des personnes handicapées sur l'existence de ces sites et à encourager le développement d'une offre touristique adaptée. Les sites sont évalués par des équipes composées de professionnels du tourisme et de représentants des personnes handicapées. Le label est attribué pour cinq ans par une commission nationale et le professionnel signe une charte par laquelle il s'engage à préserver l'accessibilité permanente du site. Fin février 2007, plus de 2 300 sites étaient labellisés. Les sites accessibles aux personnes handicapées sont toutefois plus nombreux, car l'obtention du label suppose une démarche volontaire des professionnels du tourisme concernés. Par ailleurs, les financements du FIAH ont été ouverts à compter de 2008 aux travaux de mise en accessibilité des plages.
- du ministère en charge des personnes handicapées : créé par la loi du 11 février 2005, l'agrément « vacances adaptées organisées » vise à encadrer l'organisation et la vente de séjours de vacances en groupe pour les adultes handicapés. Il s'agit de s'assurer que les organisateurs répondent à des exigences de qualité de prestation de service renforcées, notamment en termes d'encadrement et de sécurité. Il est délivré par les préfets de région aux personnes physiques ou morales qui organisent des séjours de vacances avec hébergement d'une durée supérieure à cinq jours destinés spécifiquement à des groupes constitués de trois personnes handicapées ou plus. La validité de l'agrément est d'une durée de trois ans. Chaque séjour doit ensuite faire l'objet d'une déclaration à la DDASS, afin de permettre une éventuelle visite d'inspection. Fin 2007, plus de 200 agréments avaient été délivrés. Au cours de cette même année, plus de 5000 séjours avaient été déclarés pour l'ensemble du territoire national ;
- du ministère en charge de la Jeunesse et de la Vie associative, qui subventionne la mise en accessibilité des centres de loisirs pour mineurs : ainsi, entre 2007 et 2009, 1,7 million d'autorisations d'engagement du programme n°105 « Jeunesse et vie associative » ont été ouverts, permettant chaque année le soutien de 170 projets de rénovation par an, pour un montant moyen de 10 000€.

### **1.2.7. L'organisation des élections de 2007 a illustré les progrès de la politique d'accès à la citoyenneté**

- [314] **Le Gouvernement a adopté le décret n° 2006-1287 du 20 octobre 2006 relatif à l'exercice du droit de vote par les personnes handicapées** : chaque bureau de vote doit désormais être aménagé de manière à permettre aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant de pouvoir y pénétrer et y circuler sans difficulté. Il doit également être équipé d'au moins un isolement accessible à ces personnes. Le président de chaque bureau de vote est tenu de prendre toute mesure utile afin de faciliter le vote autonome des personnes handicapées. Il peut notamment autoriser un abaissement de l'urne pour les personnes en fauteuil roulant. La mise en œuvre de cette réglementation s'est appuyée sur l'élaboration d'un mémento pratique à destination des organisateurs des scrutins.
- [315] Les chaînes de télévision ont été invitées à rendre accessible l'ensemble de leurs programmes traitant des élections. Le conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) a adressé une recommandation le 7 novembre 2006 afin que les chaînes veillent à favoriser l'accès, par sous-titrage et/ou langue des signes, aux principaux programmes consacrés à l'actualité électorale. Une recommandation a également visé le sous-titrage et la traduction des communications diffusées par les candidats.
- [316] Des recommandations à l'adresse des candidats ont également été formulées dans le cadre d'un mémento, à la fois sur l'accessibilité des réunions publiques et sur les supports de communication.
- [317] De façon plus spécifique, le plan Handicap visuel prévoit que les préfets devront veiller à l'installation effective de machines à voter possédant une prise casque afin que les personnes souffrant d'une déficience visuelle puissent en toute discrétion exercer leur droit de vote.
- [318] Enfin, outre les mesures facilitant l'accessibilité du droit de vote, l'exercice de la citoyenneté par certaines personnes handicapées devrait être élargi par la loi n° 2007-308 du 5 mars portant réforme du régime de la protection juridique des majeurs, qui permet l'ouverture du droit de vote aux majeurs placés sous tutelle : alors que ceux-ci étaient jusque-là privés du droit de vote du simple fait de leur mise sous tutelle, la loi prévoit, conformément au principe de proportionnalité des mesures de protection, que le juge statue, lors de l'ouverture et du renouvellement d'une tutelle, sur le maintien ou la suppression du droit de vote de la personne protégée (article L. 5 du code électoral).

### ***1.3. L'accessibilité fait l'objet de nouveaux engagements du Gouvernement***

- [319] Le Gouvernement s'engage à atteindre les objectifs fixés par le législateur afin de garantir l'effectivité du principe d'accessibilité posé par la loi du 11 février 2005.

#### **1.3.1. Garantir le respect du calendrier**

- [320] Le respect des délais fixés constitue un impératif.
- [321] Les difficultés et retards d'installation des commissions communales pour l'accessibilité constituent à cet égard un point de vigilance. Ces commissions doivent être mises en place au plus tôt pour jouer pleinement leurs rôles d'instances de concertation, au niveau local. Par ailleurs, des complémentarités doivent être trouvées entre commissions communales et intercommunales, notamment en matière d'inventaire et de mobilisation des logements adaptés en réponse à la demande, à l'échelle des villes et des agglomérations.

- [322] Afin de favoriser l'élaboration des plans d'accessibilité, **le Gouvernement propose de modifier les dispositions législatives relatives aux commissions locales, en renforçant la complémentarité entre commissions communales et intercommunales**, dans le respect des compétences de chaque échelon territorial. Ces dispositions législatives seront introduites par amendement à la proposition de loi de clarification du droit en cours d'examen devant le Parlement.
- [323] Par ailleurs, un projet de décret en Conseil d'État, en cours de signature, prévoit **d'avancer et d'échelonner les dates butoirs d'élaboration des diagnostics d'accessibilité obligatoires pour les ERP de 1<sup>ère</sup> à 4<sup>ème</sup> catégorie**. Les ERP de catégories 1 et 2 (les plus importants) et l'intégralité des ERP de l'Etat devront avoir fait l'objet d'un diagnostic d'ici au 1<sup>er</sup> janvier 2010 ; les autres ERP devront avoir réalisé leur diagnostic d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Afin de faciliter le respect de cet objectif, certains ministères élaborent et diffusent un règlement de consultation type à l'attention des établissements publics placés sous leur tutelle.
- [324] **L'élaboration des plans de mise en accessibilité s'appuiera sur des outils méthodologiques** : ainsi, le CERTU a publié en novembre 2008 un guide pour aider les acteurs concernés par l'élaboration des différents diagnostics d'accessibilité prévus par la loi (diagnostics ERP, plans de mise en accessibilité de la voirie et schémas directeurs d'accessibilité des transports publics).
- [325] Il s'appuiera également sur une **meilleure sensibilisation et formation des professionnels**, grâce à l'intégration d'un référentiel de formation à l'accessibilité dans la formation des professionnels du cadre bâti, du transport et de l'urbanisme à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009. Certains ministères organisent en outre des dispositifs de formation continue propre aux professionnels de secteurs particuliers. Ainsi, le ministère de la Culture et de la Communication organise des séminaires interrégionaux de sensibilisation à l'accessibilité et des ateliers de l'accessibilité centrés sur des cas concrets à destination des professionnels, complétés par la diffusion de guides « Culture-Handicap » à l'usage des professionnels. Une part importante de ces actions de formation s'inscrit dans le cadre du partenariat « Les temps pour vivre ensemble » qui a permis un cofinancement communautaire par l'initiative communautaire *Equal*.
- [326] Dans le cadre de la préparation de la conférence nationale du handicap, l'absence de mise en œuvre du quatrième alinéa de l'article 41, disposant que « *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 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et une estimation de leur impact financier sur le montant des loyers est réalisée afin d'envisager, si nécessaire, les réponses à apporter à ce phénomène* » avait été soulignée. Compte tenu du fait que les dispositions relatives à l'accessibilité des logements sont applicables uniquement depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, cette évaluation sera effectuée dans les trois ans suivant cette entrée en vigueur, afin que le bilan exigé par la loi puisse être établi en tenant compte d'un nombre suffisamment significatif d'opérations achevées, construites conformément à ces nouvelles règles. Mais d'ores et déjà, pour préparer ce bilan, la direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP) mène actuellement une étude visant à mesurer l'impact économique de la nouvelle réglementation relative à l'accessibilité des bâtiments d'habitation collectifs neufs ainsi que des maisons individuelles neuves soumises aux règles d'accessibilité. D'autre part, la DHUP coordonne la remontée des premières informations sur l'application de ces nouvelles règles. Ces retours seront confrontés et synthétisés au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2009.



### 1.3.2. Le plan de relance annoncé par le Président de la République contribuera à accélérer les chantiers relatifs à l'accessibilité

- [327] Dans le cadre du plan de relance, **200 M€ de crédits exceptionnels** seront ouverts sur un programme « Etat exemplaire » en loi de finances rectificative pour 2009, et permettront à l'État de conduire des opérations exemplaires, sur l'ensemble de son patrimoine, notamment **en matière d'accessibilité pour les personnes handicapées**. Ce fonds sera ouvert à l'ensemble des ministères, à l'exception de l'Enseignement Supérieur – Recherche dont les crédits ouverts par le plan de relance prévoiront déjà les moyens nécessaires au développement de l'accessibilité.
- [328] Une circulaire en date du 19 décembre 2008 a d'ores et déjà été adressée aux préfets, afin qu'ils recensent les opérations susceptibles d'être retenues dans ce cadre, c'est-à-dire les travaux susceptibles d'être engagés dès le premier semestre 2009. Une première répartition des crédits a été effectuée le 2 février 2009, lors du comité interministériel pour l'aménagement et la compétitivité des territoires (CIACT) sur la base du recensement des projets effectués par les préfets, en lien avec France Domaine. Les opérations d'ores et déjà retenues comportent plusieurs mesures visant l'amélioration de l'accessibilité aux personnes handicapées : l'accessibilité des quais de gares, la mise en sécurité et en accessibilité des établissements d'enseignement supérieur et de recherche, la rénovation des palais de justice, y compris l'accessibilité des tribunaux, et la rénovation des bâtiments de l'Etat.
- [329] Les entreprises publiques (SNCF, RATP, La Poste) investiront 1,35 milliard pour moderniser leurs équipements, cette modernisation incluant les travaux de mise en accessibilité pour les personnes handicapées.
- [330] Enfin, l'avance de 2,5 milliards sur le FCTVA à destination des collectivités locales pourra également être mobilisée par ces collectivités pour financer les travaux d'accessibilité en faveur des personnes handicapées.

### 1.3.3. Développer l'expertise et valoriser les bonnes pratiques

- [331] La connaissance, la compréhension et l'acceptation des règles constitue une condition impérative de réussite de la mise en œuvre du nouveau dispositif réglementaire.
- [332] **La politique de mise en accessibilité du cadre bâti et des transports s'appuie sur une expertise renforcée par la création d'un pôle dédié au sein du réseau scientifique et technique du MEEDDAT**, avec l'appui du centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (CERTU) et du centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB). La mobilisation de ces deux sources d'expertise doit répondre au constat, dressé lors de la préparation de la conférence nationale du handicap, d'un manque d'articulation entre les organismes de conseil et de capitalisation des nombreuses expériences et bonnes pratiques, et leur transmission aux décideurs.
- [333] **L'expertise et les bonnes pratiques doivent faire l'objet d'une diffusion** : après la diffusion d'un guide de bonnes pratiques architecturales « qualité d'usage et accessibilité pour tous », le MEEDDAT organise la publication, à destination des professionnels, de différents documents allant de la plaquette de sensibilisation au guide technique, relayés sur le terrain par des réunions départementales d'information organisées par les DDE en direction des élus et de leurs services techniques et également, des milieux professionnels.
- [334] **Les actions exemplaires seront valorisées** :
- **par la création de « trophées de l'accessibilité »** pour récompenser les réalisations les plus innovantes dans les différents domaines (cadre bâti, transports, voirie, nouvelles technologies). Le Gouvernement travaille avec l'AFNOR pour élaborer le cahier des charges, afin de permettre une première édition des trophées de l'accessibilité dès 2009 ;

- **en matière de cadre bâti, un palmarès national de l'accessibilité** sera créé pour récompenser chaque année les maîtres d'ouvrage comme les maîtres d'œuvre d'opérations significatives dans le domaine du logement comme dans le domaine des bâtiments publics, en construction neuve et en réhabilitation.

#### 1.3.4. Des démarches de normalisation et de certification pour garantir la qualité des solutions d'accessibilité

[335] La qualité des solutions d'accessibilité peut être accrue en incitant les maîtres d'ouvrage et les maîtres d'œuvre à s'inscrire dans une démarche de certification CE ou ISO lors de la mise en accessibilité, ainsi que pour les entreprises qui conçoivent, fabriquent ou commercialisent des outils d'accessibilité.

[336] Afin que les équipements et les aménagements en matière d'accessibilité des services de transport soient réalisés dans des conditions qui facilitent le repérage et l'information des personnes handicapées et à mobilité réduite, pour permettre la mise en accessibilité des services de transport, il convient de promouvoir les démarches de normalisation en cours (bande d'éveil de vigilance, feux sonores...) de mettre en œuvre de nouvelles, comme la normalisation des bandes de guidage.

[337] C'est la raison pour laquelle le plan Handicap visuel prévoit la mise en place d'un partenariat avec les industriels qui s'engagent à mettre en conformité les équipements urbains spécifiques au handicap visuel avec des normes AFNOR destinées à la circulation des personnes aveugles et malvoyantes<sup>7</sup>. En association avec les collectivités locales, un groupe de travail AFNOR sur les bonnes pratiques pour la chaîne d'accessibilité « gare/parvis » et une concertation sur la création de zones partagées proposées au titre du nouveau code de la rue seront mis en place début 2009. Un document de bonnes pratiques « gare/parvis » devrait être publié fin 2009.

[338] **L'accessibilité des personnes atteintes d'un handicap visuel sera également promue par des mesures en matière de consommation :**

- **en vue de disposer d'un étiquetage en braille généralisé et harmonisé et caractères agrandis pour les produits de consommation courante** : un projet de normalisation sera élaboré auprès de la commission française de normalisation, et fera l'objet d'un examen au Comité européen de normalisation pour établir par consensus une norme européenne d'étiquetage en braille et caractères agrandis. Il est possible de publier ce projet sous forme de norme expérimentale AFNOR dans l'attente de la création d'une norme européenne. Le groupe de travail européen sur le règlement communautaire concernant les étiquettes des produits alimentaires devrait également intégrer le sujet de l'autonomie des personnes déficientes visuelles dans leur vie quotidienne ;
- **en vue de développer la vocalisation des appareils quotidiens** : actuellement, la vocalisation ne fait l'objet que de recommandations de la part du Comité européen de normalisation. Le Gouvernement souhaite que la normalisation permette de développer la vocalisation ; l'AFNOR doit relayer au niveau du Comité européen de normalisation cet objectif. Dans le cadre de la Présidence française de l'Union européenne a été élaborée une étude de faisabilité, à partir de la consultation les partenaires européens de la France, sur les différents niveaux de technologie disponibles en Europe. Les entreprises seront enfin incitées à mieux diffuser les produits vocalisés existants disponibles (charte des professionnels de l'électroménager sur le modèle de la charte des professionnels de la téléphonie mobile).

---

<sup>7</sup> Normes NF S 32-002 « Dispositifs répéteurs de feux de circulation à usage des personnes aveugles et malvoyantes » et NF P 98-351 en cours de révision « Cheminement – Insertion des Handicapés - Caractéristiques et essais des dispositifs podotactiles au sol d'éveil de vigilance à usage des personnes aveugles et malvoyantes ».

### 1.3.5. De nouvelles mesures pour améliorer l'accès aux technologies de l'information et la communication

- [339] **L'amélioration de l'accès aux TIC sera facilitée par la publication du projet de décret, actuellement en instance devant le Conseil d'Etat, sur l'accessibilité des communications publiques en ligne**, prévu par l'article 47 de la loi du 11 février 2005. Ce décret obligera tous les concepteurs de sites internet publics à déclarer auprès du ministère en charge des personnes handicapées que leur site est conforme aux standards internationaux d'accessibilité du Web (WAI), sous peine de se voir inscrire sur une liste des sites non accessibles tenue à la disposition du public. Les sites publics existants disposeront d'un délai de deux ans pour se conformer à ces normes d'accessibilité. Le référentiel d'accessibilité auquel doivent se conformer les sites internet publics sera en outre régulièrement mis à jour pour tenir compte de l'évolution des standards internationaux.
- [340] L'obligation de sous-titrage est également un acquis important de la loi du 11 février 2005 : d'ici 2010, toutes les grandes chaînes, publiques comme privées, et quel que soit leur mode de diffusion devront sous-titrer la totalité de leurs programmes. Trois ans après son vote, les résultats sont déjà là : la plupart des grandes chaînes dépassent la barre de 50 % des programmes sous-titrés. Les progrès **sont aussi qualitatifs** : les personnes sourdes ont désormais le choix entre une très grande **variété de programmes**, et peuvent désormais choisir entre les différentes chaînes. Au-delà, l'activation du sous-titrage de tous les postes de télévision émettant dans un lieu public ou un ERP sera rendue obligatoire. **Un décret en ce sens sera prochainement soumis à l'avis du CNC PH.**
- [341] Le Gouvernement s'est également engagé à promouvoir l'**accessibilité du téléphone**, qui constitue un important élément d'intégration dans la cité et d'insertion vers l'emploi.
- [342] **Le décret relatif à la réception et à l'orientation des appels d'urgence des personnes déficientes auditives** du 16 avril 2008 vise à permettre l'accessibilité des appels d'urgence, qui est depuis longtemps demandée par les associations représentatives de personnes sourdes ou malentendantes et de leurs familles. Le décret prévoit la mise en place d'un centre national de relais accessible depuis un numéro d'appel téléphonique unique et gratuit, de façon permanente, permettant l'accessibilité de la communication de l'utilisateur sourd ou malentendant vers un numéro d'urgence (15, 17, 18 ou 112) en le transférant vers le centre d'appels d'urgence local compétent, en s'appuyant sur la mise à la disposition de l'utilisateur appelant du dispositif de communication adapté décliné dans la loi : transcription écrite, interprétation en langue des signes française, codage en langage parlé complété.
- [343] **Sa mise en œuvre intégrale est prévue au plus tard pour le 1<sup>er</sup> janvier 2010.** D'ici là, une expérimentation sera conduite à partir d'avril 2009 avec le CHU de Grenoble, disposant d'un service d'accueil d'urgences en langue des signes ; la couverture sera progressivement étendue à l'ensemble du territoire. Un comité national de pilotage, associant les ministères de la Santé, de l'Intérieur et des Solidarités, les opérateurs de télécommunications et l'autorité de régulation des communications électroniques et postales (ARCEP), ainsi que les représentants des usagers sera mis en place pour définir le cahier des charges de ce centre.

- [344] **En outre, le Gouvernement souhaite permettre l'accès à la téléphonie via la mise en place de centres relais téléphonique généralistes** assurant la traduction simultanée en français écrit et en langage des signes. Un comité de pilotage est actuellement chargé d'établir un cahier des charges de l'expérimentation, puis d'organiser un appel d'offres en vue du lancement d'un premier centre relais en 2009. L'AGEFIPH a été sollicitée pour mettre à disposition l'expertise qu'elle a développée dans le cadre de l'expérimentation menée depuis un an sur l'usage des technologies de la communication par les personnes malentendantes en milieu professionnel. Cette expérimentation commencera à fonctionner sur la base d'un volume prédéfini d'appels. Elle permettra d'évaluer le volume-cible de communications traitées, de définir les modes d'accès et la couverture horaire de ces services, et d'envisager les modes de financement de ce service.
- [345] Enfin, **le Gouvernement s'est engagé à développer l'audiodescription** pour rendre les médias visuels accessibles aux personnes aveugles ou malvoyantes, au besoin en imposant des obligations aux diffuseurs. La loi du 11 février 2005 avait souhaité la remise au Parlement d'un rapport « présentant les moyens permettant de développer l'audiodescription des programmes télévisés au niveau de la production et de la diffusion, ainsi qu'un plan de mise en œuvre de ces préconisations ». Ce rapport, élaboré par le ministère de la Culture et de la Communication fait actuellement l'objet d'une consultation publique auprès des associations de personnes handicapées visuelles et des professionnels du secteur audiovisuel et cinématographique.
- [346] A la différence du sous-titrage, nécessaire pour l'ensemble des programmes, l'audiodescription n'est indispensable que pour certains programmes, essentiellement de fiction. La consultation en vue de l'élaboration d'un plan de développement de l'audiodescription doit définir les programmes à audiodécrire en priorité et mesurer les conditions techniques et financières de l'introduction de l'audiodescription.
- [347] Une réglementation imposant des obligations quantitatives d'audiodescription dans les programmes télévisés a été adoptée dans certains pays : un quota de 10 % a été fixé pour les chaînes généralistes au Japon, ainsi qu'au Royaume-Uni pour la majorité des chaînes, à l'issue d'une montée en charge sur 10 ans. Le développement de la télévision numérique terrestre (TNT) offre des perspectives au développement de l'audiodescription : le déploiement de la diffusion numérique permet de multiplier les versions sonores supplémentaires, ce qui permettrait de réserver un canal sonore à l'audiodescription, sans conséquence majeure pour la qualité d'écoute des programmes. Mais les adaptateurs nécessaires à la réception de la TNT ne proposent pas, à ce jour, de fonction dédiée à l'audiodescription. Un travail d'harmonisation des normes de diffusion et de réception ainsi que des efforts d'ergonomie, en concertation avec les fabricants d'adaptateurs et de décodeurs, apparaissent indispensables.
- [348] . La mise en place de ces obligations pourra nécessiter l'introduction de dispositions législatives nouvelles, qui seront ensuite précisées à la fois au sein des cahiers des missions et des charges des chaînes publiques et par le biais des conventions que conclut le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) avec les chaînes privées.
- [349] Une charte de l'audiodescription entre les professionnels de l'audiodescription et les médias, prévue par le plan Handicap visuel, a en outre été signée le 10 décembre 2008.
- [350] Le développement de l'audiodescription concernera également le cinéma. Le centre national du cinéma (CNC) sera sollicité en 2009 pour adopter des mesures en faveur du développement de l'audiodescription en amont et en aval de la diffusion des œuvres, c'est-à-dire au niveau de la production et de la distribution, notamment via l'équipement des salles de cinéma. Afin de favoriser l'audiodescription dès la production de l'œuvre, celle-ci pourra devenir un des critères d'attribution des subventions du CNC. La question de la transférabilité des droits de l'audiodescription des œuvres sur les DVD devra également être abordée.

[351] Des mesures pourront également être proposées sur la base du rapport remis par le Conseil général des technologies de l'information au ministre de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi en juin 2008 *Enjeux des TIC pour l'aide à l'autonomie des patients et des citoyens en situation de handicap ou de fragilité dans leurs lieux de vie*.

### **1.3.6. L'accès aux soins courants des personnes handicapées sera amélioré**

[352] Par delà les soins ou prises en charge rendus nécessaires par leur handicap, les personnes handicapées sont sujettes, comme quiconque, à différentes sortes de pathologies. Ces dernières peuvent être sans rapport direct avec le ou les handicaps repérés, même si les handicaps sont fréquemment la source d'une vulnérabilité singulière.

[353] La prise en charge somatique des personnes handicapées est assurée habituellement selon les mêmes modalités que la population générale avec cependant, une place tout particulièrement importante du médecin traitant compte tenu des polyopathologies existant parfois, en fonction du type de handicap concerné et la nécessité de prendre en compte l'entourage de la personne.

[354] Pour l'accès à ces soins courants, les personnes handicapées connaissent aujourd'hui des difficultés plus ou moins importantes, liées à un manque d'information et de formation des acteurs, au défaut d'accessibilité des lieux de soins, à un manque d'accompagnement humain dans le parcours de soins, à une absence d'écoute des familles ou encore au cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social.

[355] C'est la raison pour laquelle des travaux ont été engagés dans le cadre de la Haute Autorité de Santé (HAS), avec le soutien de la CNSA, de l'assurance maladie et de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) pour procéder à l'inventaire de ces difficultés et établir des recommandations de bonnes pratiques en matière d'accès aux soins des personnes handicapées. Ces travaux ont abouti à l'organisation de deux journées d'auditions publiques, les 22 et 23 octobre 2008, dont les débats ont été préparés par 23 experts et par un groupe de travail bibliographique qui a fait la synthèse des études disponibles dans la littérature scientifique.

[356] La commission d'audition, présidée par M. Jean-Michel Belorgey, vice-président du Conseil d'Etat, a rendu son rapport le 23 janvier 2009. Ce rapport est actuellement soumis à l'expertise des services du ministère de la santé, afin de déterminer les actions à engager pour améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées.

[357] D'ores et déjà, le Gouvernement a demandé à ce que les bénéficiaires de l'AAH soient mieux informés de leurs droit à demander le bénéfice de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), qui apporte une aide financière de 100 euros pour une personne âgée de moins de 25 ans, de 200 euros pour une personne entre 25 et 60 ans, et de 400 euros après 60 ans pour l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé pour les personnes dont les ressources se situent dans la limite d'un plafond égal à celui de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) majoré de 20 %. Pour cela, un courrier ciblé a été adressé, par échange de fichiers entre la CNAF et la CNAM, à tous les bénéficiaires de l'AAH pour les informer du dispositif ACS.

[358] S'agissant plus particulièrement des personnes sourdes ou malentendantes, un comité de pilotage est en cours d'installation pour permettre le démarrage du centre national de relais pour les appels d'urgence, prévu par le décret du 16 avril 2008 (cf. supra).

[359] Concernant spécifiquement les problèmes buccodentaires, ils sont souvent difficiles à prendre en charge en ambulatoire pour les personnes lourdement handicapées du fait des troubles associés (agitation, mouvements incontrôlés...) et, parfois, des particularités des troubles liés au handicap lui-même. Le plan national de prévention bucco-dentaire annoncé en novembre 2005 par le ministère chargé de la santé comporte notamment des mesures expérimentales ou « pilotes » concernant des groupes de population particuliers, qui, à des titres divers, présentent une vulnérabilité accrue aux pathologies bucco-dentaires. Ainsi, une action spécifique en direction des personnes handicapées a été entreprise, de même que des actions s'adressant aux personnes âgées dépendantes. Le champ d'application géographique de ces mesures est limité ; celles-ci ont vocation à être étendues si l'évaluation se révèle positive.

[360] Enfin, la mise en place des futures agences régionales de la santé prévue dans la loi "Hôpital santé patient territoire" devrait également contribuer à faciliter l'accès aux soins courants des personnes handicapées.

## **2. L'EDUCATION ET LA SCOLARISATION DES ENFANTS ET JEUNES HANDICAPES CONSTITUENT UN ELEMENT IMPORTANT DE LA POLITIQUE D'ACCESSIBILITE**

[361] L'accessibilité de la cité aux enfants et jeunes handicapés repose non seulement sur les dispositifs de droit commun en faveur de l'accessibilité, mais également sur l'accès à l'éducation et la scolarisation, qui sont des conditions de développement des capacités, d'apprentissage du vivre ensemble et d'accès à l'emploi.

### ***2.1. La loi du 11 février 2005 a conduit à un nouvel engagement du service public de l'éducation en faveur de la scolarisation des enfants handicapés***

#### **2.1.1. La loi du 11 février 2005 reconnaît l'existence d'un droit à la scolarisation**

[362] **La loi du 11 février 2005 a clairement énoncé à l'article L. 112-1 du Code de l'éducation l'existence d'un droit à la scolarisation :** « *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'État met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés. 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* ».

[363] La scolarisation en école ordinaire constitue donc le droit commun. D'autres modes de scolarisation peuvent toutefois être envisagés lorsque les besoins de l'enfant le nécessitent.

[364] **La loi du 11 février 2005 prévoit en effet des modes de scolarisation diversifiés pour les enfants et jeunes handicapés**, cette scolarité étant définie dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation de l'enfant :

- scolarisation en classe ordinaire ;
- scolarisation en classe adaptée (CLIS, UPI) pour les enfants dont la scolarisation à temps complet dans des conditions ordinaires n'est pas possible ;
- orientation vers l'éducation spécialisée, décidée par la CDAPH, en association avec les parents (IME, IMpro, ITEP) : dans ce cas, la scolarisation peut être mise en œuvre à temps plein au sein de l'établissement spécialisé ou en alternance dans une classe ordinaire ;

- enfin, lorsque l'enfant ou l'adolescent doit effectuer un séjour dans un établissement de santé ou un établissement médico-social, le droit à la scolarisation est mis en œuvre par l'affectation d'enseignants relevant de l'enseignement public ou de l'enseignement privé sous contrat. La loi reconnaît au jeune handicapé le statut d'élève.

[365] **La scolarisation des enfants handicapés bénéficie des apports de la loi de 2005 en termes de compensation du handicap** : approche globale et pluridisciplinaire des différents aspects de la vie de la personne handicapée, réponse individualisée associant les représentants de la personne, et constitution de référents chargés d'accompagner le projet de la personne. L'inclusion, dans la définition du handicap par la loi de 2005, des handicaps cognitifs conduit à exiger une adaptation du service public scolaire à ces formes de handicap.

[366] Ces principes qui régissent la mise en œuvre du plan de compensation font l'objet d'une déclinaison spécifique à la scolarisation, tout en conservant la cohérence entre les aspects spécifiques à la scolarisation et la démarche globale de compensation du handicap. En effet, dans le cadre de la loi du 11 février 2005, la définition d'un **parcours de formation adapté** s'appuie sur une évaluation régulière des compétences et besoins de l'enfant et des mesures mises en œuvre dans le cadre de ce parcours, réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui invite obligatoirement les parents à s'exprimer à cette occasion. Le parcours de formation fait l'objet d'un **plan personnalisé de scolarisation**, assorti des aménagements nécessaires, **intégré dans le plan de compensation global de l'enfant handicapé** ; les modalités de déroulement de la scolarité sont coordonnées avec les mesures d'accompagnement du plan de compensation. Des **équipes de suivi de la scolarisation**, intégrant les parents, le ou les enseignants en charge de l'enfant handicapé, un enseignant référent, et le cas échéant les professionnels chargés de son accompagnement médico-social lorsqu'ils sont mobilisés, sont chargées de faciliter la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation.

[367] Conformément aux principes de la nouvelle politique du handicap, les projets personnalisés de scolarisation visent à favoriser, chaque fois que possible l'accomplissement de parcours de formation en milieu scolaire ordinaire, afin de favoriser l'inclusion des personnes handicapées et de changer le regard des futurs adultes sur le handicap.

[368] Le service public doit s'adapter pour rendre accessible l'enseignement scolaire, par l'aménagement des conditions de passations des épreuves des examens et concours, ainsi que par la formation spécifique à l'accueil et à l'éducation des élèves et étudiants handicapés, intégrée dans la formation initiale et continue des personnels enseignants et non enseignants.

[369] **Enfin, l'accessibilité à l'enseignement supérieur constitue également un objectif.** La logique de la nouvelle politique du handicap est imposée par la loi du 11 février 2005 aux établissements d'enseignement supérieur : accès des étudiants handicapés à l'enseignement supérieur au même titre que les autres étudiants, mise en œuvre des aménagements nécessaires, en s'appuyant notamment sur des assistants d'éducation, pour aider à l'accueil, à l'intégration et à l'accompagnement des étudiants handicapés.

### 2.1.2. La loi du 11 février 2005 a conduit à une mobilisation du service public de l'éducation et de l'enseignement

[370] **Le Ministère de l'éducation nationale s'est engagé dans le déploiement d'enseignants référents.** Ils sont essentiels dans le suivi individualisé des parcours scolaires. Leur couverture territoriale est progressivement adaptée aux besoins et leur nombre augmente : 1307 à la rentrée 2008, soit 100 de plus qu'à la rentrée 2007. Ils permettent d'établir un lien entre les familles, les acteurs professionnels de la scolarisation et les instances des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

[371] **La scolarisation des élèves handicapés au sein de l'enseignement ordinaire suppose la mobilisation de moyens d'appui spécifiques :**

- **lorsque la scolarisation dans une classe ordinaire est possible, elle peut s'appuyer sur l'aide d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS) et/ou sur l'intervention d'une équipe spécialisée d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ;**
- **lorsque la scolarisation en classe ordinaire n'apparaît pas la plus profitable, des dispositifs collectifs de scolarisation** permettent aux enfants handicapés de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire ordinaire, comme les classes d'intégration scolaire (CLIS), qui constituent des classes intégrées dans les écoles, ayant pour mission d'accueillir des élèves handicapés de façon différenciée dans certaines écoles élémentaires ou exceptionnellement maternelles, ou les unités pédagogiques d'intégration (UPI), structures pédagogiques d'appui à la scolarisation des adolescents handicapés dans l'enseignement secondaire.

[372] **37 300 élèves handicapés bénéficient de l'aide de 11 585 AVS, dont 2000 spécialement recrutés à la rentrée 2008, qui, avec 13 099 emplois de vie scolaire, forment un ensemble de plus de 24 600 postes consacrés à l'aide humaine directe, pour un coût de plus de 570 M€ en année pleine.**

[373] Les AVS peuvent être affectés au suivi particulier d'un élève (AVS individuels), en classe ordinaire comme en CLIS ou UPI, ou affectés à un dispositif collectif (AVS collectifs). La formation de ces personnels contractuels a gagné en qualité avec la signature de la convention avec les grandes associations pour mettre en application un cahier des charges généraliste. Tous les AVS reçoivent les 60 heures de formation prévues par ce cahier des charges mis en œuvre par les équipes académiques.

[374] L'Éducation nationale déploie en outre un **matériel pédagogique adapté**, le plus souvent des ordinateurs et des logiciels, répondant aux besoins des élèves handicapés pour faciliter leur apprentissage en milieu scolaire. 10 M€ sont ainsi investis en 2007 et 2008 et 13 M€ sont prévus en 2009.

[375] **L'effort pour améliorer le déroulement de la scolarité des élèves handicapés est en outre poursuivi activement, par une meilleure information des familles.** Le dispositif téléphonique « Aide Handicap Ecole » créé au ministère de l'Éducation nationale en août 2007 sur l'initiative conjointe de l'Éducation nationale et du Ministère en charge de la solidarité a déjà permis à plus de 5000 familles de bénéficier d'une aide pour se repérer dans les procédures d'orientation de leurs enfants.

[376] L'adaptation de certaines épreuves du baccalauréat fait l'objet de deux projets d'arrêtés du ministre de l'Éducation nationale, qui ont reçu un avis favorable du CNCPH.

### **2.1.3. Des dispositifs spécifiques se mettent en place dans l'enseignement supérieur**

[377] La politique d'insertion des étudiants handicapés comporte trois volets : le développement de l'accueil dans les établissements d'enseignement supérieur, la mise en conformité de l'accessibilité des locaux et la mise à disposition d'un accompagnement pendant les études.

[378] Depuis la rentrée universitaire 2006, par application de l'article 20 de la loi du 11 février 2005, les établissements d'enseignement supérieur sont chargés de mettre en place les aides et accompagnements dont les étudiants handicapés ont besoin pour réussir leurs études. A cet effet, les établissements mobilisent leurs ressources et leurs compétences pour offrir des dispositifs de soutien pédagogique ou de tutorat et pour aménager les cursus d'études et les conditions de passation des examens. Et, pour les compétences et ressources dont ils ne disposent pas, ils peuvent passer des conventions avec des associations prestataires de services, par exemple pour des aides à la communication pour les étudiants sourds, ou pour la transcription et l'adaptation de documents en braille.



[379] En vue de renforcer l'efficacité de cet ensemble et de développer, sur l'ensemble du territoire, des réponses adaptées aux besoins des étudiants, des dispositifs institutionnels ont été mis en place :

- un comité de pilotage, interministériel et interpartenarial, piloté par le délégué interministériel aux personnes handicapées : ce comité a pour mission d'analyser les problèmes rencontrés, de proposer des solutions, d'harmoniser les types d'aides proposées et de faire le lien avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;
- la charte Université/Handicap du 5 septembre 2007, signée pour deux ans conjointement par la conférence des présidents d'université, le ministère du travail, des relations sociales et des solidarités et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a pour objet la création, dans toutes les universités, d'une structure d'accueil dédiée aux étudiants handicapés et chargée de mettre en œuvre, d'une façon effective, les aides spécifiques répondant aux besoins de ceux-ci ;
- la charte Grandes Ecoles/Handicap du 23 mai 2008, signée conjointement par la conférence des grandes écoles et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a pour objet de développer les aides et accompagnement des étudiants jusqu'à leur insertion professionnelle ;
- un guide de l'accueil de l'étudiant handicapé à l'université a été élaboré par un groupe d'experts, à la demande de la Conférence des présidents d'université. Conçu pour évoluer et s'enrichir au moyen de révisions périodiques, il constitue un outil pratique d'information et d'aide méthodologique destiné à l'ensemble de la communauté universitaire ;
- l'aménagement des examens de l'enseignement supérieur et des concours pour les candidats présentant un handicap est réglementé par le décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005 et la circulaire n°2006-215 du 26 décembre 2006 ;
- la loi du 11 août 2007 relative aux libertés et aux responsabilités des universités attribue aux présidents d'université la responsabilité de veiller à rendre accessible à toute personne handicapée les locaux mais aussi les enseignements ; elle prévoit également que le conseil des études et de la vie universitaire est consulté pour tout projet d'aménagement concernant l'accueil des personnes handicapées.

[380] Le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche soutient les universités dans leurs efforts pour renforcer leurs structures d'accueil, celles-ci étant appelées à être les chevilles ouvrières de toutes les mesures prises en faveur des étudiants handicapés.

[381] Il s'attache à apporter aux responsables de ces structures d'accueil, qui sont désignés par les présidents des universités, les conseils techniques et les renseignements dont ils ont besoin pour remplir leurs missions, à savoir, pour les plus importantes :

- en liaison avec les enseignants référents des lycées, repérer les futurs étudiants susceptibles, en fonction de leur handicap, de présenter des besoins particuliers et aider ceux-ci à préparer leur rentrée universitaire ;
- en liaison avec les équipes pluridisciplinaires des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), analyser les besoins spécifiques des étudiants concernés ;
- accueillir les étudiants handicapés et les suivre tout au long de l'année ;
- favoriser la coordination des unités de formation et de recherche (UFR) et de leurs équipes enseignantes avec les services de la scolarité et des examens pour aider à la prise en considération, dans tous leurs aspects, des situations de handicap des étudiants ;

- mobiliser au profit des étudiants handicapés les autres services de l'université et, notamment, le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS), le service commun universitaire d'information et d'orientation (SCUIO), le service des stages, le service universitaire des activités physiques et sportives (SUAPS), ou encore le service des technologies de l'information et de la communication électronique (TICE) ;
- établir des liens avec les entreprises pour aider à l'insertion professionnelle des étudiants handicapés.

[382] Le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche s'attache particulièrement à inciter les universités à s'engager dans une démarche qui les conduise à aider chaque étudiant concerné à élaborer et à mettre en œuvre son projet de formation individualisé. Ce projet, qui doit être à la fois ambitieux et réaliste, vise à conforter le choix personnel du parcours de formation, en prévoyant, le cas échéant, tous les aménagements nécessaires.

[383] Pour aider les établissements d'enseignement supérieur dans l'exercice de leurs responsabilités nouvelles à l'égard des étudiants handicapés, une mesure budgétaire de 7,5 M€ a été, à compter de 2007, inscrite dans la loi de finances. Elle est destinée à financer :

- des aides individuelles adaptées à la nature et la gravité des handicaps : transcription en braille, aide à la communication, aménagement des conditions de soutien pédagogique ou encore tutorat ;
- des aides à l'achat de dispositifs structurels et collectifs nécessaires à l'accompagnement des études : matériels et de logiciels adaptés, mise en accessibilité de la documentation dans les bibliothèques, périphériques de travail...

[384] En 2008, pour les établissements d'enseignement supérieur, mais aussi pour les CROUS, une mesure complémentaire de 15 M€ a été inscrite pour financer la réalisation de travaux immobiliers d'accessibilité comme les rampes d'accès, l'automatisation d'ouverture des portes, l'installation d'ascenseurs, la pose d'appareils sanitaires adaptés...

[385] En outre, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a élaboré un modèle de cahier des charges permettant aux établissements de lancer des appels d'offres pour la réalisation des diagnostics d'accessibilité.

[386] Par ailleurs le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche engage, en lien avec le ministère de l'éducation nationale, une réflexion sur les modalités d'introduction de la problématique de la prise en charge des élèves handicapés dans la formation des enseignants du second degré.

[387] L'ensemble des mesures engagées doit permettre à un nombre chaque année croissant d'étudiants handicapés de poursuivre leurs études jusqu'au doctorat et, grâce au nouveau dispositif des "contrats doctoraux", qui permettent à la fois de bénéficier d'une formation par la recherche et d'une première expérience professionnelle, de se préparer aux carrières de l'enseignement supérieur et de la recherche.

[388] Enfin il convient de resituer ces mesures en faveur des personnes en situation de handicap dans le cadre plus général de l'évolution de la gouvernance des universités qui accèdent, en application de la loi du 11 août 2007, à des compétences et responsabilités élargies : bénéficiant d'un budget global et de la maîtrise de leur masse salariale, elles disposeront directement de l'ensemble des instruments leur permettant de se doter d'une politique intégrée de prise en charge du handicap et de la mettre en œuvre. L'Etat s'assurera lors de la signature des contrats quadriennaux avec les établissements que les mesures en faveur des étudiants comme la politique de gestion des ressources humaine intègre bien cette problématique.

[389] Le ministère de la Culture, en tant que pilote de dispositifs propres d'enseignement supérieur, s'inscrit également dans la politique d'accessibilité de l'enseignement supérieur aux étudiants handicapés. En effet, l'enseignement supérieur relevant du ministère de la Culture ne bénéficiait pas de certaines dispositions telles que la prise en charge des frais de transport des étudiants pour les étudiants handicapés, ou encore les dispositions du décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005 relatif aux aménagements des examens et concours de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur pour les candidats présentant un handicap. Des décrets étendant ces dispositions aux établissements d'enseignement relevant du ministère de la Culture sont en préparation.

[390] Le 9 juillet 2008, le CNCPH a rendu un avis positif sur le projet de décret concernant aménagement des examens et concours du ministère de la Culture. Suite au séminaire du 17 juin 2008 organisé par le ministère concernant l'accueil des étudiants handicapés au sein du réseau des écoles d'enseignement supérieur relevant de sa tutelle, le ministère a mis en place un comité de pilotage ayant pour mission d'organiser les modalités de mise en œuvre des objectifs ministériels. Ce COPIL réunit des représentants de l'administration centrale du ministère, des écoles du réseau « culture » pilotes pour leur action d'accueil des étudiants handicapés et les partenaires associatifs représentant les personnes handicapées.

## **2.2. Cette mobilisation a permis une progression de la scolarisation des enfants et jeunes handicapés**

[391] **L'augmentation du nombre d'enfants handicapés scolarisés témoigne des efforts accomplis** : ils sont aujourd'hui plus de 170 000 à être scolarisés au sein des établissements scolaires, publics et privés, ce qui représente une augmentation de 80 % depuis 2002. Cette évolution s'explique à la fois par une augmentation des orientations vers l'école ordinaire, une meilleure reconnaissance du handicap chez l'enfant et les progrès accomplis dans l'accompagnement des enfants handicapés à l'école.

Tableau 4 : Évolution du nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire depuis 2003

Année scolaire	2003-2004	2004-2005	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Nombre d'enfants scolarisés	106 897	133 838	151 253	162 016	170 000 <i>estimation</i>
Progression	+24%	+25%	+13%	+ 7 %	+ 5 %

[392] Cette scolarisation se développe particulièrement en classes ordinaires où 110 800 élèves sont scolarisés dans le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>nd</sup> degré.

[393] Des données qualitatives permettant une analyse fine des modalités de cette scolarisation accrue ne sont pas encore disponibles. Toutefois, concernant le temps de scolarisation, il convient d'ores et déjà de souligner que 84% des élèves concernés bénéficient d'une scolarisation à temps plein.

[394] L'accueil des élèves handicapés est également renforcé dans les structures spécifiques de l'Éducation nationale : 51 215 élèves sont ainsi scolarisés au sein de ces dispositifs collectifs (3 950 CLIS et 1 289 UPI).

[395] **La scolarité en milieu médico-social, où les enseignements sont assurés par des professeurs affectés par l'Éducation nationale, est également importante** : 71 000 élèves en établissements médico-sociaux reçoivent un enseignement.

[396] Enfin, 800 jeunes handicapés reçoivent un enseignement à distance via le centre national d'enseignement à distance.

[397] L'augmentation quantitative du nombre d'élèves handicapés scolarisés est accompagnée d'un allongement du cursus scolaire de ces élèves et d'une augmentation du niveau, le nombre d'élèves scolarisés dans le second degré ayant augmenté de pratiquement un tiers en quatre ans. Par exemple, le nombre d'élèves en lycée général et technologique ou professionnel est passé de 8086 à 9136 entre 2006 et 2007.

### ***2.3. Le Gouvernement s'est engagé, dans le cadre de la Conférence nationale du handicap, à poursuivre ces efforts***

[398] Cet engagement fait suite à celui pris par le Président de la République, le 9 juin 2007, de mettre en place un droit opposable à la scolarisation, c'est-à-dire un droit pouvant donner lieu à action juridictionnelle en cas de défaillance de la collectivité à en garantir l'effectivité.

[399] Selon la DREES, 16 000 enfants handicapés ne seraient pas encore scolarisés, notamment faute de possibilité de scolarisation à domicile ou dans l'établissement médico-social qui les accueille. Il convient néanmoins de nuancer ce constat car l'absence de toute scolarisation pour les enfants accueillis en établissements médico-sociaux ne signifie pas l'absence de tout apprentissage. En effet, des activités pédagogiques axées sur le développement des fonctions cognitives, des capacités sociales et d'autonomie sont proposées. L'absence de scolarisation est essentiellement liée à la sévérité des restrictions d'autonomie.

[400] L'action du Gouvernement s'oriente dans quatre directions : la poursuite des actions d'adaptation de l'enseignement aux jeunes handicapés, le développement des structures collectives, une reconnaissance de la qualification des personnels accompagnant les jeunes handicapés et une meilleure information des familles.

[401] Le Gouvernement souhaite améliorer l'information des familles sur la scolarisation des enfants et jeunes handicapés :

- en améliorant la diffusion des outils d'information qui sont à leur disposition ;
- en développant une labellisation aux outils pédagogiques et technologiques dont l'utilité est manifeste, afin d'aider les professionnels et les parents dans leur choix et leur accès à ces outils.

#### **2.3.1. Permettre aux jeunes handicapés de suivre des parcours d'études en milieu ordinaire dans des conditions adaptées**

[402] **Le développement des dispositifs d'accompagnement (AVS) sera poursuivi**, pour répondre à la hausse prévisible du nombre d'enfants handicapés scolarisés en école ordinaire.

[403] Le dispositif d'anticipation des besoins en AVS doit toutefois encore être amélioré. En effet, le caractère décentralisé des prescriptions d'AVS, les difficultés de remontées d'informations sur les décisions prises et la permanence du flux de décisions en cours d'année rendent difficile cette anticipation des besoins. Le Gouvernement a demandé à l'inspection générale des finances (IGF), à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) d'objectiver les besoins en accompagnement (AVS et SESSAD) des enfants handicapés en milieu scolaire ordinaire, en tenant compte de la hausse des orientations vers l'éducation ordinaire, de la démographie et de l'allongement des parcours scolaires des enfants handicapés, ainsi que l'effet de l'amélioration de la coopération entre éducation ordinaire et éducation adaptée. L'impact de la scolarisation en milieu ordinaire sur les besoins en places et les coûts de prise en charge en établissements médico-sociaux doivent également être examinés. Les possibilités de réorganisation de l'action du secteur médico-social, dans le cadre d'une meilleure coopération entre école ordinaire et établissements et services médico-sociaux, sont un levier à prendre en compte.

- [404] Les conclusions de cette mission sont attendues dans la mesure où les besoins en AVS vont continuer de progresser régulièrement d'ici 2012. Elles permettront d'identifier les progrès pouvant encore être accomplis dans la gestion du dispositif des AVS.
- [405] Conscient de l'importance que ce dispositif revêt pour la scolarisation de nombreux enfants handicapés, le Gouvernement s'attache à en poursuivre le développement : à la rentrée 2008, ce sont **2000 postes supplémentaires d'AVS qui ont été ouverts pour répondre aux besoins d'accompagnement des nouveaux élèves handicapés.**
- [406] Un travail va être engagé entre les rectorats et les MDPH pour améliorer la prévision des besoins de recrutement d'une rentrée à l'autre.
- [407] Afin que l'accompagnement des AVS puisse permettre dans les meilleures conditions une scolarisation des enfants handicapés, il importe également de reconnaître et de valoriser les compétences acquises par les AVS, pour offrir des débouchés professionnels aux AVS dont la qualification est reconnue. Une circulaire en date du 24 juillet 2008 est venue préciser les actions à mettre en place pour construire des dispositifs académiques ambitieux favorisant l'accès à la certification de tous les personnels en charge de l'accompagnement des élèves handicapés.
- [408] La mise en œuvre de cet objectif suppose une identification des métiers autour desquels une filière métier pourrait être organisée pour les AVS, ce qui permettrait la mise en place de dispositifs de valorisation des acquis de l'expérience (VAE). La convention-cadre du 26 novembre 2008 entre le ministère de l'Education nationale et le centre national de la fonction publique territoriale va contribuer au développement des formations pour les personnels chargés des missions d'AVS et leur ouvrir des perspectives de carrière.
- [409] Le partenariat avec la sphère médico-sociale sera également approfondi pour assurer la continuité du service offert. En ce sens, l'intervention des SESSAD dans le milieu scolaire est appelée à se développer.
- [410] L'ensemble de la communauté éducative est concernée par l'accompagnement de la scolarisation. Aussi, la **formation initiale et continue des enseignants** est-elle développée. L'appui et l'aide pédagogique aux enseignants qui accueillent dans leur classe des élèves handicapés constituent une priorité réaffirmée, déclinée dans les plans académiques et départementaux de formation de l'année scolaire 2008-2009. Un plan de mesures destinées à accompagner les enseignants non spécialisés dans leur classe est organisé dans chaque département. Les actions de formation en direction des cadres de l'Education nationale sont renforcées. Un réseau d'inspecteurs du second degré est constitué et va permettre l'aide aux chefs d'établissement et aux équipes pédagogiques. Une formation spécifique, largement partagée, pour les inspecteurs du premier et du second degré contribuera à l'émergence d'une culture commune.
- [411] Dans l'enseignement supérieur, la création des services dédiés à l'accueil des étudiants devrait être accélérée pour s'achever avant 2011, date initialement prévue par la charte Université Handicap.
- [412] **La scolarisation des enfants et jeunes handicapés dans des conditions adaptées doit s'appuyer sur l'enrichissement de l'offre de matériel pédagogique adapté**, qui fait l'objet d'un engagement du Gouvernement dans le cadre d'un développement des partenariats avec les acteurs médico-sociaux. Cette orientation est reprise par ailleurs dans le plan « handicap visuel », dans le cadre duquel sont prévues des mesures destinées à faciliter l'accès des jeunes aveugles ou malvoyants aux ouvrages scolaires.

### 2.3.2. Prendre en compte les besoins particuliers des jeunes sourds

[413] **L'adaptation de l'enseignement devra prendre en compte notamment la situation des enfants sourds, dans le respect de leur choix de mode de communication.** La loi du 11 février 2005 énonce en effet le principe de liberté de choix entre une communication en langue française et une communication bilingue (langue des signes et langue française). Un décret en Conseil d'État a fixé les conditions d'exercice de cette liberté de choix et les modalités de scolarisation qui en découlent. Le Gouvernement prévoit de faire aboutir la mise en œuvre de cette ambition en 2009 :

- l'organisation des centres d'information sur la surdité, qui ont pour mission fondamentale de permettre l'exercice de la liberté de choix du mode de communication, sera revue à la suite des réflexions d'un groupe de travail installé le 9 février 2009 ;
- une conférence du consensus sera organisée au premier semestre 2009 avec les ministères concernés et les associations représentatives ;
- des travaux seront engagés pour déterminer les modalités et le calendrier qui permettront de proposer aux enfants sourds des parcours scolaires en milieu ordinaire avec codeurs en langage parlé complété ou en classe bilingue langue des signes française – français écrit ;
- dans l'enseignement supérieur la diversification des expériences visant à favoriser l'accessibilité des formations pour les étudiants sourds et malentendants sera encouragée ;
- des places en SESSAD spécialisés pour les enfants sourds seront créées, en accordant la priorité aux projets qui ont un projet linguistique clair, qui prévoient des services d'interprète ou de codeur et qui s'inscrivent dans la logique de l'accompagnement de ces enfants à l'école ordinaire.

[414] Ces mesures s'inscrivent plus globalement dans le cadre d'un plan d'action en faveur des personnes sourdes qui s'attache également :

- à développer l'accessibilité des services téléphoniques pour des personnes (cf. supra) ;
- à développer les métiers indispensables pour l'intégration des personnes sourdes et malentendantes, à travers une réflexion spécifique dans le cadre du plan métiers.

### 2.3.3. Poursuivre le développement des dispositifs collectifs de scolarisation

[415] Pour les enfants scolarisés en établissements scolaires ordinaires, le Gouvernement se fixe pour objectif d'**atteindre en 2010 l'objectif de 2000 UPI**, soit une hausse de 55,2% par rapport à 2007, à raison de 200 créations par an. Cet objectif vise notamment à permettre les poursuites de scolarité dans le second cycle dans une perspective qualifiante.

[416] **Le Gouvernement a tenu à accélérer la mise en œuvre de cet engagement : cela s'est traduit dès la rentrée 2008 par la création de 250 UPI.** Au total, elles sont déjà 1548 en 2008. La progression se poursuit également dans le premier degré avec la **création de 200 classes nouvelles d'intégration scolaire (CLIS) en 2008**, portant leur nombre total à 4 060.

[417] Afin d'accompagner la montée du niveau de scolarisation des enfants handicapés et de leur permettre de poursuivre leurs études, **une priorité sera accordée à la création d'UPI implantées dans les lycées généraux et professionnels**, ce qui amènera les régions à être davantage intégrées dans les réseaux de réflexion et de décisions.

#### 2.3.4. Développer l'éducation adaptée et améliorer son articulation avec l'éducation ordinaire

- [418] Le plan de création de places en établissements et services médico-sociaux annoncé par le Président de la République contribuera au développement de l'offre en établissements et services pour enfants handicapés, qui constitue une des modalités de réalisation du droit à la scolarisation. Il est donc important de rappeler que le plan de création de places prévoit la création de 1 550 places d'ITEP, de 700 places spécialisées pour les enfants polyhandicapés, de 1 500 places pour les enfants autistes, de 1 000 places pour enfants déficients intellectuels.
- [419] Le législateur a souhaité garantir la coopération entre le service public de l'éducation et les structures adaptées, permettant la mise en œuvre de parcours flexibles et mixtes correspondant aux plans personnalisés de scolarisation, intégrant une fréquentation de l'éducation ordinaire et des établissements et services médico-sociaux, de façon successive ou simultanée, à temps partagé.
- [420] Dans cette perspective, le plan de création de places prévoit la création de 12 250 places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), soit 7 250 créations nettes de places et 5 000 places créées par reconversion de places d'IME. Ces structures permettent un accompagnement de l'enfant dans tous ses milieux de vie et notamment à l'école.
- [421] A la demande des associations, le Gouvernement a voulu préciser et clarifier, à travers l'élaboration d'un décret global, l'ensemble des relations qui doivent se nouer entre éducation ordinaire et éducation adaptée : participation des enseignants des établissements scolaires et des établissements médico-sociaux à l'enseignement auprès des enfants et jeunes handicapés séjournant en établissements, intervention de professionnels du médico-social en milieu ordinaire, temps partagé entre école ordinaire et structures adaptées, intégration des enseignants spécialisés et des personnels d'accompagnement médico-social dans les équipes des établissements, utilisation des structures adaptées par l'Éducation nationale. Le développement de la scolarisation en milieu ordinaire devrait permettre de dégager du temps des agents des établissements médico-sociaux pour leur permettre de faire bénéficier l'Éducation nationale des compétences du monde médico-social et améliorer ainsi l'accompagnement des enfants issus des établissements médico-sociaux en milieu scolaire ordinaire.
- [422] Ce projet de décret qui a d'ores et déjà reçu l'avis favorable du CNCPH, du conseil national de l'enseignement agricole et du conseil supérieur de l'éducation est actuellement soumis à l'avis des conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM. Il sera publié au cours du premier trimestre 2009. Il sera accompagné d'un arrêté organisant les unités d'enseignement, créées au titre du secteur médico-social. La publication de ces deux textes règlementaires va renforcer la coopération entre l'Éducation nationale et le secteur médico-social. Par la recherche de la complémentarité des ressources, par l'offre de dispositifs souples et adaptés aux besoins des élèves, par le déploiement des moyens d'enseignement dans un cadre conventionnel, c'est bien la continuité et la réussite des parcours de formation des enfants et adolescents handicapés qui est visée. La poursuite de la réactualisation des textes règlementaires relatifs au secteur médico-social viendra en appui de l'effort de complémentarité entrepris.
- [423] **En effet, après la refonte par la loi du 2 janvier 2002 du régime des établissements et services médico-sociaux, les orientations politiques fortes de la loi du 11 février 2005 invitent à une remise à plat du régime réglementaire des établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés.**
- [424] Il convient en effet de tenir compte de l'évolution tant des textes que des pratiques : la part croissante des services dans l'accompagnement des enfants handicapés, le développement de la scolarité « ordinaire » alternée avec l'accueil médico-social et, également, la prise en compte de handicaps ou déficiences qui ne font pas l'objet actuellement de dispositions spécifiques (autisme, handicaps associés, troubles cognitifs...).

[425] Un groupe de travail a été lancé en début d'année 2009 par la DGAS pour rénover ces textes, traditionnellement connus sous le nom d'« annexes 24 » ; composé d'un « noyau » de représentants des services déconcentrés, de responsables d'établissements, de la CNSA et de la Direction de la sécurité sociale, il sera complété en fonction des thèmes abordés et élargi progressivement.

[426] Par ailleurs, le Gouvernement souhaite approfondir sa réflexion sur plusieurs propositions qui ont fait l'objet d'un consensus, exprimé par le groupe d'appui technique consacré à la scolarisation dans le cadre de la préparation de la conférence nationale du handicap :

- des ouvertures concertées de dispositifs scolaires, médico-sociaux et de SESSAD : un groupe technique co-présidé dans chaque département par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et l'inspecteur d'académie, mis en place dans le cadre du décret précisant l'ensemble des relations entre éducation ordinaire et éducation spécialisée, analyserait les besoins et proposerait une programmation de réponses. Les travaux de ce groupe enrichiraient l'analyse territoriale des ouvertures de CLIS, d'UPI et de SESSAD afin d'optimiser l'articulation des dispositifs scolaires et médico-sociaux et SESSAD. Au-delà, les CDCPH pourraient organiser une conférence annuelle départementale relative à la scolarisation, dont les constats pourraient conduire à proposer des améliorations aux instances nationales compétentes ;
- l'élaboration de formations communes : une commission nationale pilotée par les trois ministères compétents, en collaboration avec des partenaires spécifiques, et des équipes de recherches, pourrait être chargée d'élaborer une matrice de formation initiale (tronc commun de fondamentaux et modules spécifiques).

[427] Cette action du Gouvernement se traduit par une forte hausse, malgré le contexte budgétaire contraint, des crédits alloués à la politique de scolarisation des élèves handicapés : les crédits de l'action « Accompagnement des élèves handicapés » du programme n°230 « Vie de l'élève » dans le PLF 2009 s'élèvent à 256 millions de crédits pour le PLF 2009 (en hausse de 50 % par rapport à la LFI 2008).

[428] Les progrès de la scolarisation des enfants et jeunes handicapés conduiront à davantage se préoccuper de leur sortie du système éducatif et de leur insertion professionnelle. Le défi de l'insertion professionnelle des personnes handicapées constitue donc le corollaire de l'amélioration de l'accessibilité de l'école.



# L'emploi et les ressources, troisième pilier de la politique du handicap

[429] Dès la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, l'emploi des personnes handicapées constitue un enjeu majeur de la politique du handicap. Cette politique de l'emploi des personnes handicapées a été renforcée par la loi du 10 juillet 1987 qui a créé au profit des travailleurs handicapés une obligation d'emploi.

[430] La loi du 11 février 2005 promeut l'intégration professionnelle des personnes handicapées, qui devient un élément de leur citoyenneté, en réaffirmant le principe de non-discrimination en raison du handicap et l'égal accès à l'ensemble des dispositifs de la politique de l'emploi et de la formation professionnelle, en renforçant la portée de l'obligation d'emploi et en refondant les relations entre les personnes handicapées et le service public de l'emploi (SPE). Les politiques d'emploi et de formation professionnelle à l'égard des travailleurs handicapés doivent s'appuyer autant que possible sur les dispositifs de droit commun, complétés, autant que nécessaire, par les dispositifs spécifiques.

[431] La loi de 2005 consacre ainsi un changement radical de philosophie dans la politique de l'emploi des personnes handicapées : alors que la question de l'emploi des personnes handicapées était traditionnellement appréhendée à partir de l'incapacité de la personne handicapée, dont la capacité n'était jugée que résiduelle, l'objectif de la nouvelle politique de l'emploi des personnes handicapées est de partir de l'évaluation des capacités de la personne, notamment pour tenir compte des capacités que les personnes handicapées peuvent être amenées à développer pour compenser leur handicap. Le projet professionnel de la personne handicapée devient ainsi un élément à part entière de son projet de vie.

[432] La mobilisation pour l'emploi des personnes handicapées a également pour objectif de garantir, au-delà des dispositifs de compensation, le niveau de ressources des personnes handicapées. Les questions de l'emploi et des ressources des personnes handicapées sont donc indissociables.

[433] C'est la raison pour laquelle, au-delà des efforts impulsés par la loi de 2005, le Gouvernement souhaite que l'AAH permette une meilleure orientation vers l'emploi de ses bénéficiaires en capacité de travailler.

## 1. LE CADRE DE LA POLITIQUE EN FAVEUR DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES A ETE PROFONDEMENT RENOUVELLE PAR LA LOI DE 2005

### 1.1. *Un cadre législatif rénové pour encourager l'emploi*

#### 1.1.1. **La loi du 11 février 2005 enrichit les dispositifs destinés à encourager l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés**

[434] Tout d'abord, elle met à la charge de l'employeur, au nouvel article L. 5213-6 du code du travail, une obligation générale de prendre « *les mesures appropriées* » pour permettre aux travailleurs handicapés « *d'accéder ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser, ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée* ».

- [435] Cette notion de « mesures appropriées » a été introduite en droit français à travers la transposition de la directive du Conseil européen du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail. Elle signifie que les employeurs sont tenus de procéder à des aménagements dits « raisonnables » des postes de travail, le caractère raisonnable de ces aménagements étant notamment appréciés au regard des aides dont ils sont susceptibles de bénéficier pour y procéder.
- [436] **La loi encourage par ailleurs la négociation sur des mesures tendant à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.** Ces mesures doivent faire l'objet d'une négociation triennale par les organisations liées par une convention ou des accords de branche, et d'une négociation annuelle dans les entreprises soumises à l'obligation de négociation annuelle ; la périodicité de la négociation d'entreprise est portée à trois ans dès lors qu'un accord collectif est signé par l'entreprise.
- [437] **Enfin, la loi du 11 février 2005 a largement rénové les dispositions relatives à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés** instaurée par la loi n°87-157 du 10 juillet 1987 **qui impose aux entreprises de plus de 20 salariés d'employer au moins 6% de travailleurs handicapés dans leurs effectifs. Cette obligation peut être remplie** par l'emploi direct de travailleurs handicapés, par le recours à la sous-traitance avec les entreprises adaptées ou les établissements du secteur protégé (ESAT), par la conclusion d'un accord collectif, par l'accueil de stagiaires de la formation professionnelle ou par le paiement d'une contribution à l'AGEFIPH. Cette contribution sert à financer diverses mesures d'aide aux entreprises et aux travailleurs handicapés : organisation de formations, primes à l'embauche comme la prime initiative-emploi pour l'emploi de personnes handicapées sans emploi depuis longtemps, aide aux contrats de professionnalisation, aide à la mobilité, aides humaines et techniques, adaptation du poste de travail, mise en accessibilité des lieux de travail.
- [438] **Les modifications apportées par la loi de 2005 ont eu quatre objectifs :**
- **d'abord, garantir que le taux d'emploi reflète davantage la réalité de la présence des personnes handicapées dans l'effectif de l'entreprise :** c'est la raison pour laquelle le mode de calcul de l'effectif total des salariés de l'établissement a réintégré les emplois exigeant des conditions d'aptitude particulières (ECAP), jusque-là exclus, et supprimé le système des unités bénéficiaires, qui permettait à une personne handicapée de compter jusqu'à 5 unités, supprimé ;
  - **ensuite, favoriser l'accès à l'emploi des personnes les plus éloignées de l'emploi :** ainsi, le champ des bénéficiaires de l'obligation d'emploi est élargi aux titulaires de la carte d'invalidité et aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). La loi a par ailleurs modifié le régime de prise en compte de l'importance du handicap dans la mise en œuvre de l'obligation d'emploi : l'entreprise peut soit minorer le montant de sa contribution à l'AGEFIPH, soit bénéficier d'une aide à l'emploi, versée par l'AGEFIPH, permettant de prendre en charge une partie du surcoût économique restant à la charge de l'employeur du fait de l'embauche d'un travailleur lourdement handicapé. L'appréciation de ce surcoût, correspondant à la « lourdeur » du handicap est réalisée par la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) au regard du poste de travail effectivement occupé par le travailleur handicapé, après aménagement optimal, et non *in abstracto* ;
  - **encourager le recrutement durable des personnes handicapées :** les travailleurs handicapés comptent désormais pour une unité s'ils ont été présents 6 mois au moins au cours des 12 derniers mois, quelle que soit la nature du contrat de travail ou sa durée, sauf pour ceux sous contrat de travail temporaire ou mis à disposition par une entreprise extérieure qui sont pris en compte au prorata de leur temps de présence dans l'entreprise ;

- **garantir le respect de l'esprit de l'obligation d'emploi** : le montant de la contribution à l'AGEFIPH, qui était, selon la taille de l'entreprise, compris entre 300 et 500 SMIC horaires par bénéficiaire non employé, est désormais compris entre 400 et 600 SMIC horaires. Une majoration porte cette contribution à 1500 fois le SMIC horaire pour les entreprises qui n'ont occupé aucun travailleur handicapé, n'ont passé aucun contrat avec une entreprise adaptée ou un organisme du secteur protégé ou n'appliquent aucun accord concernant l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, pendant une période supérieure à trois ans.

### 1.1.2. Un cadre juridique étendu aux fonctions publiques

[439] **L'article 31 de la loi du 11 février 2005 étend à l'État, aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics administratifs l'obligation générale de prendre les « mesures appropriées »** pour permettre aux travailleurs handicapés d'accéder ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, énoncée pour les employeurs ordinaires par le nouvel article L. 5213-6 du code du travail. Dans ce cadre peuvent être prévus des aménagements d'horaires, dans toute la mesure compatible avec les nécessités du fonctionnement du service, pour faciliter l'exercice professionnel ou le maintien dans l'emploi du fonctionnaire handicapé, et pour permettre à tout fonctionnaire d'accompagner un tiers handicapé.

[440] **En outre, les dispositions statutaires légales relatives aux trois fonctions publiques ont été modifiées pour faciliter le recrutement des personnes handicapées, dans le cadre des concours et en dehors de ce cadre :**

- **les dispositions relatives aux concours de recrutement sont aménagées** : les candidats ne peuvent être écartés en raison de leur handicap, sauf si celui-ci est incompatible avec la fonction postulée ; les limites d'âge ne sont pas opposables aux candidats handicapés, et peuvent être repoussées pour les candidats non handicapés mais ayant été en situation de handicap auparavant ; les règles de déroulement des concours doivent être aménagées pour tenir compte des handicaps ;
- **une voie de recrutement contractuel spécifique est créée pour les personnes handicapées** : les personnes recrutées par cette voie, après la durée du stage prévu par le statut du corps dans lequel elles ont vocation à être titularisées, sont titularisées sous réserve qu'elles remplissent les conditions d'aptitude pour l'exercice de la fonction.

[441] **Surtout, la loi étend aux employeurs publics le dispositif de contribution annuelle financière pour compenser le non-respect de l'obligation d'emploi de 6% de travailleurs handicapés, en créant le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP),** comprenant une section pour chaque fonction publique.

[442] Cette contribution est proportionnelle à la différence entre le nombre total de personnes rémunérées par l'employeur auquel est appliquée la proportion de 6 %, arrondi à l'unité inférieure, et celui des travailleurs handicapés effectivement rémunérés par l'employeur. La contribution des employeurs au FIPHFP atteindra son taux plein en 2010. Elle doit remédier aux lacunes observées, au moment de l'adoption de la loi du 11 février 2005, en matière d'emploi des travailleurs handicapés dans la fonction publique : au 31 décembre 2004, le taux d'emploi dans les différentes fonctions publiques s'élevait à 3,55% (3,59 pour l'État, 3,47 pour les fonctions publiques hospitalière et territoriale).

[443] Sur le modèle de l'AGEFIPH, le FIPHFP finance des actions en faveur de l'insertion des agents handicapés, qui peuvent concerner la prise en charge :

- de l'aménagement du poste de travail
- d'un auxiliaire de vie ou de travail
- de surcoûts de transports ;
- des surcoûts de formation ;

- des formations nécessaires à la reconversion professionnelle des agents en situation d'inaptitude médicale ;
- d'actions de sensibilisation en faveur du management, des acteurs de la gestion des ressources humaines et des collectifs de travail.

### 1.1.3. La formation professionnelle

[444] La formation professionnelle des personnes handicapées joue un rôle essentiel pour favoriser leur accès à la vie professionnelle, puisqu'elle contribue au développement des compétences et facilite l'accès à la qualification d'une population dont le faible niveau de formation constitue, dans la plupart des cas, un facteur d'aggravation de l'éloignement par rapport à l'emploi.

[445] **La loi du 11 février 2005 prévoit la définition et la mise en œuvre de politiques régionales concertées d'accès à la formation et à la qualification professionnelles des personnes handicapées**, associant l'État, le SPE, l'AGEFIPH, le FIPHFP, les conseils régionaux, les organismes de protection sociale, les organisations syndicales et les associations représentatives des personnes handicapées. Ces politiques régionales concertées doivent recenser et quantifier les besoins de formation des personnes handicapées et des entreprises et mettre en cohérence les offres de formation de droit commun, dont les personnes handicapées doivent bénéficier autant que possible, et les offres spécifiques, afin d'organiser l'offre de formation des différents acteurs pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et des entreprises.

[446] La convention Etat – Agefiph 2008-2010 se fixe comme axe prioritaire pour la période 2009-2011 d'impulser la formalisation de ces politiques entre les différents acteurs (et notamment avec le conseil régional). Le secrétaire d'Etat chargé de l'emploi a écrit dans ce sens aux préfets de région en juin 2008, suite à la conférence nationale du handicap. Parallèlement, la DGEFP a, par circulaire du 20 juin 2008, précisé aux DRTEFP les modalités de formalisation de ces politiques.

[447] Un premier bilan d'étape de l'atteinte de cet objectif a été réalisé sur la base des remontées des informations des DRTEFP sollicitées par la DGEFP en novembre 2008. Au regard des contributions des DRTEFP (18 régions sur 26), plusieurs constats peuvent être faits :

- La formalisation des politiques concertées de formation est totalement aboutie dans une région, la Bretagne, qui a mis en place dès 2004 une politique régionale de formation des personnes handicapées ;
- Elle est en cours de formalisation dans 7 régions : la Haute Normandie et la Lorraine, l'Alsace, le Languedoc-Roussillon, l'Auvergne, les Pays de la Loire et Rhône-Alpes. L'association des acteurs principaux est chaque fois mentionnée (Etat/Agefiph/CR/ANPE/Assedic) ;
- Dans d'autres régions, la formalisation n'est pas aboutie mais des partenariats existent à travers des schémas ou plans régionaux tripartites Etat/Conseil Régional/Agefiph (Aquitaine, Basse Normandie, Corse, Limousin et Picardie). Ces partenariats vont faciliter la mise en place de politiques concertées dont la formalisation sera l'occasion de consolider, voire d'élargir les partenariats et les diagnostics existants. D'autres types de partenariats existent, comme les conventions bilatérales de l'Agefiph avec les Conseils Régionaux principalement.
- Dans 8 régions (Rhône-Alpes, PACA, Nord pas de Calais, Limousin, Bretagne, Centre, Auvergne, Alsace), les centres de rééducation professionnelle (CRP) sont identifiés comme des acteurs des politiques régionales concertées. Une région va plus loin et cite l'engagement de « finaliser un schéma régional des CRP » (Rhône-Alpes).

- [448] Les dispositifs spécifiques que constituent les 88 **centres de rééducation professionnelle** (CRP), qui offrent 13 000 places de stages rémunérés pour des formations qualifiantes allant du BEP/CAP au bac +2, et permettent à 72% de leurs stagiaires de trouver un emploi dans l'année suivant la formation, assurent en effet une mission indispensable à l'insertion professionnelle des personnes handicapées que le Gouvernement s'engage à soutenir en 2009. En 2008, 138 millions d'euros ont été attribués aux CRP pour la rémunération des stagiaires travailleurs handicapés (programme 103 – ministère de l'emploi) et 220 millions d'euros de dotations de fonctionnement sur l'ONDAM médico-social ont été attribués pour environ 80 structures. **En 2009, la dotation pour la rémunération des stagiaires travailleurs handicapés est reconduite**, grâce à une participation de 50 M€ de l'AGEFIPH, conformément à sa mission de soutien à l'accès à l'emploi des personnes handicapées.
- [449] Afin de donner plus de lisibilité à leur action, mieux connaître leur offre de formation et les intégrer pleinement dans les politiques régionales concertées de formation, la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) a mis en place un groupe de travail avec pour objectif d'élaborer d'ici le premier trimestre 2009 un cadre de suivi et d'évaluation des CRP.
- [450] **L'Etat a mobilisé en 2008, comme les années précédentes, 100 millions d'euros** pour la formation des travailleurs handicapés à travers le programme de formation de l'AFPA.

#### 1.1.4. La mise en place d'un mécanisme de retraite anticipée des travailleurs handicapés

- [451] La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites ont ouvert la possibilité d'un départ à la retraite avant l'âge de 60 ans pour les assurés lourdement handicapés du régime général, des régimes alignés et du régime des exploitants agricoles, étendue aux professionnels libéraux et aux avocats par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. L'ouverture du droit à la retraite anticipée au profit des assurés handicapés est soumise à trois conditions : une durée d'assurance minimale, une durée d'assurance minimale cotisée, un taux d'incapacité permanente de 80% tout au long de ces durées.
- [452] Afin d'améliorer le montant des pensions servies, l'article 28 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapés a créé une majoration spécifique, qui augmente la pension des assurés concernés à proportion d'un coefficient pouvant atteindre jusqu'à un tiers de la pension initiale. Une mesure de la loi de financement de la sécurité sociale prévoit en outre que cette majoration s'ajoutera à la pension portée au minimum contributif pour les pensions prenant effet à partir du 1er avril 2009. Cette majoration est également accordées aux fonctionnaires et personnels des régimes spéciaux lourdement handicapés dans des conditions fixées par décret.
- [453] Une lettre ministérielle du 20 février 2006 a précisé les conditions d'extension du champ des bénéficiaires de la retraite anticipée aux assurés reconnus handicapés sur la base d'autres barèmes de handicap que ceux requis pour l'attribution de la carte d'invalidité et de l'allocation aux adultes handicapés, notamment aux assurés ayant la qualité de travailleur handicapé de catégorie C ou reconnus comme des travailleurs présentant un handicap lourd, aux assurés titulaires d'une pension d'invalidité de 2ème et 3ème catégorie dans le régime général et les régimes alignés, aux assurés victimes d'un accident de travail, accident de trajet ou maladie professionnelle justifiant d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66 %, et aux assurés victimes d'un dommage corporel justifiant un taux d'incapacité de 44 % établi par une transaction ou une décision de justice sur la base du barème concours médical.
- [454] En outre, l'article 28 de la loi du 11 février 2005 précitée a étendu le bénéfice de cette mesure aux fonctionnaires des trois fonctions publiques et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat. Dans le cadre de la réforme des régimes spéciaux de retraite de 2007, la retraite anticipée a été étendue aux régimes de retraite des industries électriques et gazières (IEG), de la RATP, de la SNCF, des clercs et employés de notaires.

- [455] D'après un bilan réalisé en janvier 2009, 5008 personnes handicapées ressortissantes de la CNAVTS bénéficient aujourd'hui de ce dispositif retraite anticipée. Le régime social des indépendants (RSI) recense 124 attributions. La CCMSA indique que le nombre de liquidations au titre de ce dispositif pour les salariés agricoles et les salariés non agricoles concernait moins de 100 assurés par an. Cette estimation doit cependant être prise avec prudence, les liquidations au titre de la retraite anticipée des travailleurs handicapés ne sont pas isolées dans les séries statistiques de ces deux régimes.
- [456] Pour le régime général, le montant global moyen s'élève, toutes générations confondues, à 7 799 € par an soit 8122 € pour les hommes et 6 943 € pour les femmes. Ce montant global, inférieur de 13 % à celui des retraite anticipée pour longue carrière est toutefois de 10 % supérieur au montant global des pensions de droit commun (7 106€ par an).

### 1.1.5. Les entreprises adaptées

- [457] La loi du 11 février 2005 a réformé les ateliers protégés, devenus des entreprises adaptées, qui sont désormais des entreprises à part entière. Si leur dimension économique et concurrentielle a ainsi été affirmée par la loi, leur mission sociale demeure : elles doivent employer majoritairement des travailleurs handicapés à efficience réduite (80% de l'effectif de production), rémunérés au minimum au SMIC et relevant des conventions collectives. L'entreprise adaptée permet ainsi à des personnes lourdement handicapée, orientées vers le marché du travail par la CDAPH, d'exercer une activité salariée dans des conditions adaptées, tout en étant des salariés de droit commun, relevant du code du travail et des conventions collectives. Elle a de ce fait pour vocation de soutenir le projet professionnel des travailleurs handicapés, en vue de leur valorisation et de leur mobilité, au sein de la structure elle-même et ou vers d'autres entreprises.
- [458] Les entreprises adaptées peuvent être créées par des collectivités publiques, mais également par des organismes privés et des sociétés commerciales ; dans ce dernier cas, elles sont constituées en personne morale distincte.
- [459] L'État verse aux entreprises adaptées des aides spécifiques :
- **une aide au poste forfaitaire**, fixée à 80% du SMIC brut, qui a pour objectif d'aider l'entreprise adaptée à assurer à ses salariés handicapés une rémunération au moins égale au SMIC : le montant de ces aides s'élève à 255,7 M€ en 2009 ;
  - **une subvention spécifique** destinée à renforcer l'encadrement des travailleurs handicapés (forfait de 900€/travailleur handicapé), au développement de la structure, au maintien des travailleurs handicapés vieillissants (montant de 600 à 1060€ par travailleur) et à la mobilité vers les entreprises du marché du travail (montant de 4600€ par travailleur) ; elle peut comprendre, une aide aux structures en difficulté. Le montant des subventions spécifiques s'élève en 2009 à 42M€.
- [460] Outre ces aides spécifiques, les entreprises adaptées peuvent mobiliser, sous réserve de la règle de non cumul, l'ensemble des aides de droit commun (contrats aidés..) et des aides spécifiques (aide à l'emploi, (prime initiative emploi de l'AGEFIPH...).
- [461] L'État a organisé la relation contractuelle avec les entreprises adaptées à travers des contrats d'objectifs triennaux, qui fixent les objectifs économiques et sociaux de l'entreprise adaptée, tandis que des avenants financiers annuels fixent l'effectif de référence de l'entreprise adaptée subventionné par l'Etat dans le cadre de l'aide au poste ainsi que le montant de la subvention spécifique accordée à la structure.
- [462] **Le Gouvernement a mis en place dès 2006 un plan d'accompagnement à la modernisation et à la mutation économique des entreprises adaptées, qui mobilise l'ensemble des dispositifs de droit commun et spécifiques, dont la subvention spécifique.**

- [463] Néanmoins, les entreprises adaptées doivent consolider, avec l'aide de l'Etat, leur santé économique et financière. Elles doivent s'inscrire davantage, pour un certain nombre d'entre elles, dans une démarche économique afin de faire face à la concurrence : recherche de secteurs d'activités nouveaux, de partenariats avec les branches professionnelles et les grandes entreprises afin de valoriser les possibilités offertes par l'obligation d'emploi (recours à la sous-traitance).
- [464] Le Gouvernement est très attaché à l'outil que constituent les entreprises adaptées pour la politique de l'emploi des personnes handicapées. C'est la raison pour laquelle il a été décidé de renforcer le soutien des pouvoirs publics à ces entreprises :
- [465] En 2009, ce seront 20 000 postes qui seront aidés (soit 375 aides de plus qu'en 2008) pour donner aux entreprises adaptées des possibilités accrues de développement.
- [466] Il est également apparu nécessaire, comme le soulignait le groupe d'appui technique sur les ressources et l'emploi des personnes handicapées, préparatoire à la Conférence nationale du handicap, de prendre en compte le poids élevé de l'absentéisme élevé dans les entreprises adaptées (8 à 9 %), qui constitue un coût pour les employeurs, dès lors que l'aide au poste est suspendue en cas d'arrêt maladie, alors que la convention collective peut obliger l'employeur à maintenir le salaire pendant la durée de l'arrêt. Désormais, les entreprises adaptées seront aidées à financer le maintien de la rémunération de leurs salariés handicapés en arrêt maladie. Un décret en ce sens est en cours de préparation.
- [467] Les travaux préparatoires à la conférence nationale du handicap ont permis d'identifier un besoin de précision quant à la vocation sociale des entreprises adaptées : d'une part, elles doivent mieux contribuer à améliorer la qualification et à promouvoir la reconnaissance des acquis des travailleurs handicapés, afin de faciliter leur mobilité professionnelle ; d'autre part, la notion d'« efficacité réduite », qui n'est pas précisée par la loi, est source d'incertitudes et de difficultés pour la mise en œuvre de la procédure de recrutement. Cette notion sera donc prochainement précisée.

#### **1.1.6. Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)**

- [468] Les ESAT sont des établissements médico-sociaux offrant des activités à caractère professionnel et un soutien médico-social à des adultes handicapés dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide. Les personnes handicapées sont orientées en ESAT par décision de la CDAPH.
- [469] La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a rénové les modalités de rémunération des travailleurs handicapés accueillis en ESAT en encourageant ces derniers à évoluer professionnellement et en impliquant davantage les structures de travail protégé.
- [470] Conformément au nouveau dispositif de rémunération entré en application au 1er janvier 2007, tout travailleur handicapé accueilli en ESAT bénéficie du versement d'une rémunération dont le montant est compris entre 55% et 110% du SMIC. Les modalités d'application ont été précisées par le décret n° 2006-703 du 16 juin 2006 relatif aux établissements et services d'aide par le travail.
- [471] Les travailleurs handicapés accueillis en ESAT perçoivent une rémunération garantie composée d'une part directement financée par l'ESAT et d'une part compensée par l'État au titre de l'aide au poste. Cette rémunération garantie est versée en totalité par l'ESAT dès l'admission et est maintenue pendant toutes les périodes de congés et d'absences autorisées, pendant les périodes d'arrêt maladie et également dans le cas d'une mesure conservatoire de suspension du travailleur handicapé.
- [472] La structure de travail protégé reçoit de l'Etat une aide au poste pour chaque travailleur qu'elle rémunère, comprise entre 5 et 50% du SMIC, selon le niveau de la part de rémunération prise en charge par l'ESAT.

- [473] L'amélioration du niveau de rémunération garantie repose ainsi sur l'augmentation de la part de rémunération financée par l'ESAT concerné.
- [474] Le nouvel article R.243-6 du CASF crée également un cadre plus favorable d'incitation à l'augmentation de la part de rémunération financée par la structure de travail protégé en ne diminuant pas, à partir d'un certain seuil et de façon proportionnelle la part de la rémunération financée par l'Etat (au-delà de 20% de rémunération ESAT, toute augmentation d'un point de la part ESAT ne donne lieu qu'à la réduction d'un ½ point de l'aide de l'Etat).
- [475] La loi du 11 février 2005 et ses textes d'application visent par ailleurs à renforcer les compétences professionnelles des travailleurs handicapés en ESAT. À cette fin, les ESAT ont la faculté de verser une contribution à un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA), couplée à une compensation financière de l'Etat. Des conventions cadres entre l'État et les trois OPCA agréés (UNIFAF, FAFSEA et ANFH) auxquelles peuvent adhérer les ESAT ont pour objectif de fixer le régime de la contribution globale pour la formation professionnelle des travailleurs handicapés versée à un OPCA ainsi que les modalités de financement des actions de formation destinées aux travailleurs handicapés. Ainsi l'instauration d'un droit à congé, pendant la durée des actions de formation, d'une démarche de reconnaissance des savoir-faire et compétences ou encore d'un accès à la validation des acquis de l'expérience de droit commun contribue pleinement à l'épanouissement et à l'évolution professionnelle des travailleurs handicapés non seulement au sein du milieu protégé mais aussi en vue d'une mise à disposition ou d'une embauche en milieu ordinaire.
- [476] Les règles de mise à disposition des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail ont été consolidées par la loi du 11 février 2005 puis précisées dans le décret du 14 mai 2007. Lorsque l'exercice d'une activité à caractère professionnel en milieu ordinaire est susceptible de favoriser l'épanouissement personnel et professionnel et de développer la capacité d'emploi des travailleurs handicapés, l'ESAT peut mettre les personnes concernées à disposition d'une entreprise, d'une collectivité territoriale, d'un établissement public, d'une association ou de toute autre personne morale de droit public ou de droit privé ainsi qu'auprès d'une personne physique. Quelles que soient les modalités d'exercice de cette activité, les travailleurs handicapés continuent de bénéficier d'un accompagnement médico-social et professionnel assuré par l'ESAT auquel ils demeurent rattachés et ont droit au versement de la rémunération garantie.
- [477] Par ailleurs, afin de faciliter plus largement le passage, l'intégration et la sécurisation du parcours professionnel en milieu ordinaire des travailleurs handicapés issus d'ESAT, les textes législatifs et réglementaires prévoient l'organisation d'un accompagnement des travailleurs dès leur sortie du milieu protégé ainsi que la création d'un droit au retour en ESAT en cas de rupture du contrat de travail ou en l'absence de recrutement définitif à l'issue d'un contrat à durée déterminée. A cet effet, les ESAT peuvent signer une convention d'appui avec l'employeur concerné et éventuellement un service d'accompagnement. Cette convention a vocation à préciser les modalités de l'aide apportée au travailleur handicapé et à son employeur pendant la durée du contrat de travail et dans la limite d'un an, renouvelable deux fois, soit trois ans au total.
- [478] De nombreuses dispositions et mesures sont donc prévues et mises en œuvre pour aider un travailleur handicapé en ESAT dont le projet de vie professionnelle consiste à travailler en milieu ordinaire.
- [479] A cet égard, va être expérimenté un dispositif de passerelle entre travail protégé et milieu ordinaire de travail, qui permettra notamment d'encourager le recrutement de personnes handicapées sortant d'ESAT grâce à l'attribution pour trois ans au lieu d'un seul de l'aide à l'emploi versée par l'AGEFIPH aux employeurs qui recrutent un travailleur handicapé relevant du secteur du travail protégé.
- [480] Toutefois, compte tenu des besoins qui restent encore à couvrir en matière d'accès à des structures de travail protégé, malgré le nombre important de places nouvelles ouvertes ces dernières années par les pouvoirs publics, la création de 10000 places d'ESAT supplémentaires est prévue dans le cadre du plan pluriannuel de création de places annoncé par le Président de la République. En 2009, ce sont 1400 places nouvelles dont le financement est prévu.



[481] Le Gouvernement souhaite également poursuivre et accompagner la modernisation et le développement des ESAT dans leur double mission médico-sociale et économique, grâce à une expertise organisationnelle et stratégique menée au second semestre 2008 et qui se poursuit pendant le premier semestre de l'année 2009, avec appui d'un consultant et la participation des principales organisations représentatives.. Cette expertise va permettre de faire des propositions quant à la place et au rôle des ESAT au sein de l'offre médico-sociale, aux synergies possibles avec les autres structures de même nature, aux bons niveaux de négociation avec les pouvoirs publics et aux conséquences qui peuvent en résulter sur l'organisation et le fonctionnement des ESAT. Elle doit contribuer également à aider les ESAT à mieux définir leur stratégie dans un environnement économique en forte mutation, notamment pour renforcer leur offre auprès des entreprises et des différentes collectivités publiques, en utilisant au mieux le levier que constitue la loi de février 2005.

## ***1.2. L'insertion professionnelle des personnes handicapées fait intervenir de nouveaux acteurs dans le cadre de relations partenariales rénovées***

### **1.2.1. Les MDPH, nouvel acteur dans le paysage institutionnel de l'emploi des personnes handicapées**

[482] Les MDPH n'ont pas immédiatement pris la mesure de leurs missions dans le domaine de l'emploi et de l'insertion professionnelle lors de leur installation. Ainsi, les MDPH ont mis quelque temps à désigner leur référent pour l'insertion professionnelle, bien qu'une fiche de poste ait été élaborée au niveau national par la DGEFP et la CNSA dès 2006. Toutefois, cette fonction existe désormais dans plus de 80% des départements.

[483] **Leur rôle en matière d'emploi devrait à l'avenir être déterminant avec la mise en place de la réforme de l'AAH – RQTH décidée par la loi de finances pour 2009 et pour la mise en œuvre de la réforme de l'AAH annoncée par le Président de la République.**

[484] **Elles constituent d'ores et déjà un des points d'entrée des personnes handicapées vers le service public de l'emploi (SPE),** puisque la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) décide de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), qui ouvre notamment le bénéfice des aides de l'AGEFIPH et du FIPHFP, l'accès à des stages de préformation ou de rééducation professionnelle, éventuellement à une orientation vers une entreprise adaptée, et permet au travailleur handicapé d'être intégré dans le calcul de l'OETH. La CDAPH décide également de l'orientation de la personne handicapée vers le marché du travail.

[485] Les personnes ayant fait l'objet d'une RQTH et d'une orientation vers le marché du travail sont inscrites à leur demande sur la liste des demandeurs d'emploi et accompagnées par Pôle Emploi, qui depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 regroupe les services de l'ANPE et de l'UNEDIC, dans un parcours vers l'emploi, qui concerne 200 000 demandeurs d'emploi travailleurs handicapés (DETH) par an.

[486] 70% des DETH accueillis par l'ANPE sont accompagnés directement par l'ANPE ; 60 000 sont orientés, du fait de leur situation et de leur handicap, vers les Cap Emploi, organismes spécialisés dans le placement et l'accompagnement des travailleurs handicapés, qui interviennent en complémentarité avec Pôle Emploi, auquel ils sont liés par une convention dite de « cotraitance ». Les 107 Cap Emploi sont financés actuellement par l'AGEFIPH (64 millions d'euros par an) et par Pôle Emploi (20 millions d'euros par an). Le cadre d'intervention des Cap Emploi est précisé par la loi, qui instaure un comité national et des comités régionaux de pilotage comprenant l'État, le Pôle Emploi, l'AGEFIPH et le FIPHFP.

[487] La prise en compte par les MDPH de l'objectif d'insertion professionnelle des personnes handicapées n'a été que progressive : dans un contexte de réorganisation et d'appropriation de nouvelles démarches, les MDPH se sont d'abord concentrées sur la compensation, et la mise en place de la PCH. Si, lors de la mise en place des MDPH, la démarche d'élaboration du projet de vie n'a pas suffisamment intégré la dimension professionnelle, des progrès ont été accomplis depuis.

- [488] **La plupart des MDPH ont conclu en 2007 et 2008 des conventions avec les acteurs du SPE pour organiser une collaboration institutionnelle entre l'accompagnement des personnes handicapées par les MDPH dans le cadre du plan personnalisé de compensation et l'accompagnement vers l'emploi du SPE :** les équipes pluridisciplinaires, associant le médecin de la MDPH, le référent insertion professionnelle de la MDPH, des représentants de l'association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), de Pôle Emploi et de Cap Emploi, travaillent au sein de la MDPH afin d'évaluer l'employabilité des personnes handicapées et de préparer les décisions de la CDAPH. Cet investissement en amont de la part des acteurs du placement permet un accompagnement vers l'emploi plus rapide et plus efficace des personnes handicapées. Ainsi, en 2007, 2/3 des 26 531 prestations d'appui à l'élaboration d'un projet de formation réalisées par l'AFPA pour le bénéfice de travailleurs handicapés l'ont été au sein des équipes pluridisciplinaires des MDPH.
- [489] Des partenariats se constituent aussi avec les délégations locales de l'AGEFIPH, pour mettre en place une borne interactive dédiée à l'information sur les aides et dispositifs relatifs à l'emploi en milieu ordinaire de travail, qui permet notamment la mise en relation directe avec un conseiller Cap Emploi ou de l'AGEFIPH qui contribue au financement de certaines aides individuelles pour favoriser le maintien ou le retour à l'emploi en complément de la PCH.
- [490] **Les MDPH s'organisent actuellement pour mieux assurer cette mission.** Certaines d'entre elles ont mis en place un accueil individuel dédié à l'insertion professionnelle : entretiens individuels, permanences physiques ou téléphoniques assurées par le référent insertion professionnelle, un Cap Emploi ou un conseiller de l'ANPE, voire l'ensemble des partenaires : une MDPH a ainsi organisée des « Journées Cap », qui proposent aux personnes handicapées ayant déposé une demande de reclassement et de formation une rencontre avec des professionnels de l'orientation : psychologue, AFPA, travailleur social de la CRAM ou de la MDPH, médecin.
- [491] A ce jour, près de la moitié des MDPH ont participé à des expérimentations de terrain pour l'harmonisation des procédures de coopération et pour la bonne coordination des financements. Ces expérimentations portent sur la co-instruction avec l'AGEFIPH du financement des aides pour l'accès à l'emploi ou encore la mise en place d'entretiens d'employabilité. L'une des expérimentations les plus prometteuses, baptisée « projet RECORD » a impliqué plusieurs associations et l'ensemble des acteurs de l'emploi des personnes handicapées dans le ressort de huit MDPH et a permis de conduire un travail approfondi de l'organisation du travail en réseau sur l'accès à l'emploi des personnes handicapées. Actuellement en cours d'évaluation, ses enseignements pourraient être étendus à l'ensemble des MDPH.

### 1.2.2. Un pilotage par l'État rénové

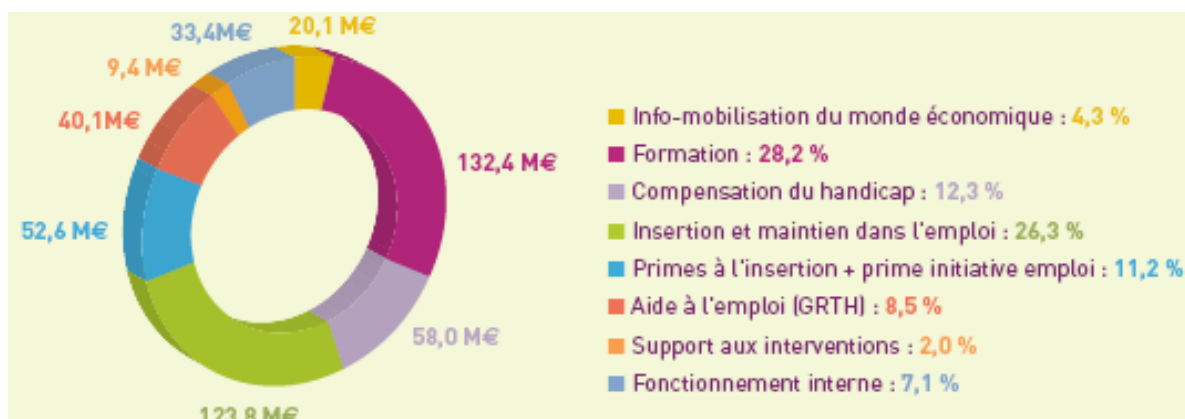
- [492] **L'État est responsable de la politique de l'emploi des travailleurs handicapés, qui est pilotée au sein des instances de droit commun en tant que partie intégrante de la politique générale de l'emploi.**
- [493] Le pilotage de cette politique aux niveaux national, régional et départemental est assuré par le SPE, en association avec l'AGEFIPH, les MDPH, ainsi que les collectivités territoriales. Des objectifs, notamment de taux de sortie du chômage sont fixés et déclinés territorialement dans des plans d'actions élaborés sur la base de diagnostics locaux partagés, sous l'impulsion des directions régionales et départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP et DDTEFP).

[494] **Le plan d'insertion des travailleurs handicapés constitue l'outil dédié à la mise en œuvre de cette politique.** Le plan a vocation à mettre en cohérence, par une fonction de coordination et dans une logique de complémentarité, les dispositifs de droit commun du SPE et les dispositifs spécialisés (AGEFIPH, MDPH...). Il s'inscrit dans une logique de projet, introduisant davantage de souplesse dans la mise en œuvre des actions, à laquelle sont associées les MDPH. La mise en place de plans régionaux pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) depuis 2007 a renforcé le pilotage stratégique de cette politique et y intègre une dimension « formation » indispensable. Le PRITH, document écrit qui comprend l'ensemble des actions mises en œuvre par le service public de l'emploi et ses partenaires, sur la base d'un diagnostic et d'objectifs partagés, a vocation à devenir le plan d'action du SPE en matière de politique d'emploi et de formation des travailleurs handicapés.

### 1.2.3. De nouvelles orientations pour l'AGEFIPH

[495] **L'action de l'AGEFIPH a connu une relance à la suite de la loi du 11 février 2005 :** le nombre d'interventions de l'AGEFIPH est passé de 209 400 en 2005 à 251 800 en 2007. Cette hausse a notamment concerné les actions de formation, qui représentent plus de la moitié des actions (144 200). L'insertion et le maintien dans l'emploi concernent un tiers des actions (83 100), la compensation du handicap moins de 10% (24 500). Les moyens affectés ont progressé de 13% entre 2006 et 2007, passant de 410,8 M€ à 465,2 M€. La formation et l'insertion-maintien dans l'emploi représentent chacun plus d'un quart des financements. Il est à noter que, dès 2007, année de sa création, la prime initiative emploi représentait plus de 10% des financements de l'AGEFIPH.

Graphique 5 : Structure des financements de l'AGEFIPH en 2007 par type d'action



Source : AGEFIPH, Rapport d'activité 2007.

[496] **Ces actions peuvent s'appuyer sur des moyens en forte hausse à la suite de la réforme de 2005 : les contributions des employeurs versées à l'AGEFIPH au titre de l'OETH sont ainsi passées de 425 à 604 millions d'euros entre 2005 et 2007, soit une hausse de 42% de la collecte.** Les facteurs de hausse de la contribution AGEFIPH (hausse du plafond, réintégration des emplois exclus) ont joué plus rapidement que les facteurs de modération (dépenses déductibles, revalorisation du recours à la sous-traitance, modulation de la contribution pour lourdeur du handicap), qui devraient monter progressivement en puissance. L'excédent des années 2006-2007 est mobilisé dans le cadre de la convention d'objectifs Etat-Agefiph pour 2008-2010 pour financer des actions prioritaires.

[497] **Conformément à la loi du 11 février 2005, l'action de l'AGEFIPH s'inscrit désormais dans le cadre d'une convention d'objectifs avec l'État.** Une première convention a été conclue pour la période 2005-2007. Une nouvelle convention triennale a été signée le 20 février 2008 pour la période 2008-2010.

- [498] Elle définit les engagements des deux partenaires à travers des objectifs prioritaires arrêtés sur la base des constats apparus durant la période 2005-2007 : insuffisance de l'effort de formation en direction des personnes handicapées, baisse de l'emploi durable dans leur recrutement, volume important des entreprises dites « à quota zéro » (qui n'emploient aucun travailleur handicapé et ne remplissent leur obligation d'emploi que par la contribution à l'AGEFIPH), et désinsertion professionnelle des salariés handicapés de plus de 50 ans.
- [499] Quatre objectifs prioritaires sont donc identifiés dans le cadre de la convention d'objectifs 2008-2010 :
- [500] • **Optimiser les politiques régionales concertées de formation des personnes handicapées** : le constat a été fait que, trois ans après l'entrée en vigueur de la loi, dans de nombreuses régions, ces politiques concertées **n'étaient pas suffisamment structurées ni formalisées** (cf. supra).
- [501] **C'est pourquoi l'État et l'AGEFIPH se sont engagés dans leur convention 2008-2010 à leur donner une impulsion nouvelle.** L'objectif est de parvenir dans chacune des régions à accroître quantitativement et/ou qualitativement la formation des demandeurs d'emploi handicapés, en initiant ou en renforçant, par un engagement conventionnel associant l'ensemble des acteurs, la mise en cohérence de leurs actions. Dans ce cadre, l'Etat et l'AGEFIPH conjuguent notamment leur action afin de rendre effective la formalisation de ces politiques de formation à la fin de l'année 2008 pour l'ensemble des régions. A cette fin, par lettre du 5 juin 2008, le secrétaire d'État à l'Emploi a invité les préfets de région à engager les concertations nécessaires à la définition, la mise en œuvre et la consolidation de ces politiques concertées et la DGEFP a, par circulaire du 20 juin 2008, précisé les modalités de la formalisation de ces politiques.
- [502] La participation de l'AGEFIPH au financement de la rémunération des stagiaires en centres de réadaptation professionnelle (CRP) s'inscrit dans cette démarche de renforcement des politiques d'accès à la formation pour les personnes handicapées. Cet engagement, qui s'inscrit dans une démarche de mobilisation des réserves de l'AGEFIPH, va permettre d'aller au-delà ce qu'auraient permis les seules recettes courantes de l'association.
- [503] • **Développer l'accès durable à l'emploi des personnes handicapées** : l'État et l'AGEFIPH se sont fixé pour objectif général l'amélioration de l'insertion professionnelle durable des personnes handicapées (contrats à durée indéterminée ou contrats à durée déterminée de plus de 6 mois).
- [504] **Ils ont convenu à cette fin, de renforcer l'efficacité des organismes spécialisés de placement « Cap emploi », et de rechercher les modalités de collaboration les plus adaptées entre ce réseau et Pôle Emploi.** A cet effet, l'Etat, l'Agefiph, l'ANPE et le FIPHFP ont élaboré une nouvelle convention Cap Emploi pour les années 2009-2011 (cf. supra). Par ailleurs, la collaboration des « Cap Emploi » avec Pôle Emploi sera redéfinie dès que la future convention « Pôle Emploi » sera arrêtée entre l'État, l'UNEDIC et Pôle Emploi.
- [505] Afin de renforcer les moyens des acteurs du marché du travail, l'Etat s'est engagé à fixer, pour 2008, des objectifs régionaux en matière de contrats aidés de la politique de l'emploi, et l'AGEFIPH prolonge, pendant la durée de la convention, la prime initiative emploi expérimentée avec succès depuis septembre 2007 : elle concernait 2 800 personnes dès le 31 décembre 2007.
- [506] • **Inciter et accompagner les entreprises à quota zéro à passer à l'emploi** : l'État et l'AGEFIPH ont décidé de conjuguer leurs efforts pour **obtenir une diminution significative du nombre de ces entreprises** (43 000 - source DOETH 2006), qui représentent plus d'un tiers des entreprises soumises à l'obligation d'emploi.

- [507] L'AGEFIPH a pris l'engagement de rencontrer individuellement chacune des entreprises concernées durant la période de la convention et elle a mis en place un service dédié à ces établissements, afin qu'ils commencent à embaucher ou à entreprendre des actions positives pour l'emploi des travailleurs handicapés, durant cette même période. De son côté, l'État, à travers la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP), s'engage à mettre à la disposition des partenaires sociaux des outils pour développer les accords sur l'emploi des travailleurs handicapés : une plaquette d'information sur l'obligation de négocier sur l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés dans les branches, les groupes et les entreprises et un guide méthodologique sur les accords vont être ainsi publiés début 2009. Parallèlement, la DGEFP élabore pour les services instructeurs un outil d'aide à l'agrément des accords.
- [508] • **Améliorer la qualité et la durée des carrières des salariés handicapés** : l'État et l'AGEFIPH se sont engagés à ce que des chartes interinstitutionnelles régionales sur le maintien dans l'emploi soient conclues dans toutes les régions en 2008. Ils se sont engagés à amplifier et à coordonner les interventions dans les entreprises afin de réduire les sorties de l'emploi des salariés handicapés, notamment suite à une inaptitude. Dans cette perspective, l'État mobilisera en 2009 les médecins du travail, notamment dans le cadre des plans régionaux de santé au travail, et les partenaires sociaux, dans le cadre des accords relatifs à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. L'AGEFIPH, quant à elle, déploie un nouveau service d'accompagnement de la vie au travail.
- [509] En effet, les problématiques de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés font intervenir de multiples acteurs et, à ce titre, nécessitent une coordination renforcée et une harmonisation de leurs interventions. Sont concernés :
- l'employeur, responsable de la prévention des risques professionnels dans l'entreprise ;
  - le médecin du travail, chargé de vérifier l'aptitude des salariés et d'exercer une surveillance médicale renforcée sur les travailleurs handicapés de l'entreprise ;
  - la sécurité sociale (CPAM, CRAM et CMSA), chargée de verser les prestations maladie ou accident du travail et qui exerce une mission de dépistage des situations de risque de perte d'emploi, ainsi que d'accompagnement social et médico-social ;
  - les services départementaux et régionaux du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ;
  - l'Agefiph, enfin, qui propose aux entreprises des aides au maintien dans l'emploi, sous forme d'accompagnement de l'employeur et du salarié, à travers les services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) et sous forme de diagnostics préventifs, à travers son nouveau service d'accompagnement de la vie au travail.
- [510] Un **protocole national de collaboration institutionnelle pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés** a été signé en juillet 2006 associe l'Etat, l'Agefiph, la CNAMTS et la MSA. Ses signataires s'engagent à inscrire leurs interventions dans le cadre d'une coopération active et dynamique au service de la prévention de la désinsertion professionnelle des personnes handicapées.
- [511] Afin d'assurer une réponse homogène sur l'ensemble du territoire, le protocole national prévoit sa déclinaison en chartes régionales tout en établissant des bases communes définies au niveau national. Les principes communs énoncés par le protocole concernent la définition du périmètre du partenariat, la détection précoce du risque de désinsertion professionnelle, la recherche de solutions de maintien dans l'emploi, la mise en œuvre et le suivi de ces solutions. Les chartes définissent également le rôle des institutions signataires, leur engagement en faveur d'une approche interdisciplinaire dans le traitement des situations et la mise en œuvre de la complémentarité des services.

- [512] En 2008, les 14 chartes régionales signées concernaient l'Aquitaine, l'Auvergne, la Bourgogne, Champagne-Ardenne, l'Ile-de-France, le Limousin, le Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Nord Pas-de-Calais, PACA, Poitou-Charentes, Pays de la Loire, Rhône-Alpes et la Réunion. Un bilan actualisé des chartes régionales devrait être disponible fin février 2009.
- [513] Par ailleurs, le comité de suivi national a entrepris de mettre en place un cadre d'évaluation des chartes régionales, ainsi que des indicateurs permettant de mesurer au niveau national l'efficacité des dispositifs. Dans ce cadre, une étude a été lancée afin de disposer d'un référentiel d'indicateurs partagés par les différentes institutions concernées et les niveaux national et régionaux de pilotage. Elle est actuellement en cours de réalisation.
- [514] Au regard des enjeux et de la nécessaire implication des acteurs locaux, l'atteinte des objectifs de la convention État-AGEFIPH passe par leur déclinaison régionale adaptant les modalités et moyens aux contextes locaux : l'État et l'AGEFIPH se sont engagés à arrêter en 2008 un nouveau schéma organisationnel, afin de renforcer la synergie des acteurs locaux en charge de l'emploi et de la formation professionnelle des travailleurs handicapés. A ce titre, les PRITH et les PDITH seront repositionnés dès 2009 au sein des SPER et SPED afin d'améliorer, sous l'égide de l'Etat, la complémentarité et la coordination des interventions des acteurs.

#### **1.2.4. La mise en place du FIPHFP**

- [515] Créé le 1<sup>er</sup> janvier 2006, le FIPHFP a été mis en place au second semestre 2006 après la publication du décret n° 2006-501 du 3 mai 2006.
- [516] Le FIPHFP est un établissement public administratif, placé sous la tutelle des ministres en charge de la fonction publique d'État, de la fonction publique hospitalière, de la fonction publique territoriale, du budget, et des personnes handicapées.
- [517] **Le gouvernement a donné une nouvelle impulsion à la mise en place du fonds en 2007.**
- [518] **En 2007, les contributions des employeurs se sont élevées à 109,26 millions d'euros**, dont 36,64 pour l'État, 40,11 pour la fonction publique territoriale, et 32,51 pour la fonction publique hospitalière. A ces montants, doivent être ajoutées les contributions des ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, d'un montant de 19,7 millions d'euros, affectées, conformément à la loi n° 2007-1824 du 25 décembre 2007 de finances rectificative pour 2007, au recrutement d'auxiliaires de vie scolaire pour les élèves et étudiants handicapés.
- [519] Son activité a connu un essor en 2008 : le FIPHFP a reçu 1 400 demandes d'aides individuelles pour un montant de plus de 5,5 millions d'euros, soit davantage qu'au cours des dix-huit premiers mois d'existence du Fonds en 2006 et 2007.
- [520] **Le FIPHFP inscrit ses actions dans le cadre d'une politique de conventionnement avec les employeurs publics, pour financer des actions pluriannuelles en vue de l'amélioration de leur taux d'emploi des personnes handicapées.**
- [521] 90 conventions ont été conclues ou sont en instance de validation. Elles concernent 7 ministères (Économie, Intérieur, Emploi, Éducation nationale, Écologie, Défense, Justice), 4 établissements publics d'État, 12 hôpitaux dont l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, et 61 employeurs territoriaux (Ville de Paris, conseils régionaux, conseils généraux, communes, EPCI, centres de gestion du CNFPT). Certaines conventions ont en outre été conclues à l'échelle d'un territoire, départemental ou régional, en commun avec des employeurs de chaque fonction publique.
- [522] **Les montants engagés en 2008 dans le cadre de ces conventions devraient atteindre 79,5 millions à la fin de l'année, contre 25 millions seulement en 2007. Au titre des conventions conclues en 2007, les interventions connaîtraient une forte croissance, passant de 3,3 millions en 2007, à 26,6 millions en 2008 et 40,9 millions en 2009.**

[523] Conformément à la loi du 11 février 2005, le FIPHFP a conclu le 1<sup>er</sup> juillet 2008 une convention avec l'AGEFIPH pour définir des objectifs partagés et harmonisés, notamment en matière d'accompagnement vers l'emploi des personnes handicapées :

- **la mobilisation du réseau de placement « Cap emploi »** : le FIPHFP fixe comme objectif au réseau « Cap Emploi » de permettre l'insertion professionnelle chez les employeurs publics d'au moins 20 % des personnes handicapées placées. Le FIPHFP cofinancera le réseau Cap Emploi, à hauteur de 7 M€ en 2008 puis de 14 M€ en année pleine, à partir de 2009 ;
- **l'effort de formation et de qualification des demandeurs d'emploi handicapés** : le FIPHFP cofinance des bilans de compétence, des actions d'évaluation, d'orientation, des actions de mobilisation et de remise à niveau (types formations courtes AGEFIPH), ainsi que des actions professionnalisantes relevant de la pré-qualification ou de la qualification (formations collectives AGEFIPH).
- **l'appui au maintien dans l'emploi** par l'offre de service des SAMETH (Service d'Appui pour le Maintien dans l'Emploi des personnes handicapées) et de COMETE France (dispositif de réinsertion professionnelle précoce) ;
- **les études et les évaluations** : le FIPHFP sera associé à l'actualisation de l'Atlas national de l'emploi et de l'insertion professionnelle des personnes handicapées ;
- **la participation à la Semaine pour l'emploi des personnes handicapées**, tant au plan national qu'au plan régional ;
- **les dispositifs d'information** : l'AGEFIPH associe le FIPHFP à l'élaboration d'un guide à destination des parlementaires et donne accès aux informations du FIPHFP sur les bornes interactives qu'elle a installées dans les MDPH.

[524] Au total, l'ensemble des actions faisant l'objet de la convention seront co-financées à hauteur de 234 M€ par l'AGEFIPH et de 34 M€ par le FIPHFP en année pleine.

### ***1.3. L'emploi des personnes handicapées a progressé mais demeure en deçà des objectifs***

[525] Les chiffres publiés par la direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES), la loi du 11 février 2005 a déjà permis de réaliser des progrès importants :

- **augmentation des embauches** de travailleurs handicapés : 19 300 en 2006, contre 15 600 en 2005 ;
- **augmentation du nombre d'entreprises couvertes par un accord collectif** portant sur l'emploi des personnes handicapées de 15 % entre 2005 et 2006.

[526] Le rapport d'activité de l'AGEFIPH pour 2007 montre également des progrès significatifs :

- augmentation de 14 % des créations d'activité par des personnes handicapées ;
- augmentation de 12% du nombre de contrats d'apprentissage signés par des personnes handicapées ;
- augmentation de 54% des contrats de professionnalisation primés par l'AGEFIPH ;
- augmentation de 17 % des insertions professionnelles réalisées par l'AGEFIPH, soit 190 000 personnes handicapées, dont près de 10 000 créateurs d'entreprises et 10 500 en contrats d'alternance ;
- augmentation de 80 % du nombre de personnes formées avec l'aide de l'AGEFIPH, soit 206 000 personnes handicapées.

[527] Les chiffres sont toutefois difficiles à interpréter compte tenu des modifications intervenues dans le mode de calcul du taux d'emploi : la réintégration des emplois exigeant des conditions particulières d'aptitude a provoqué une augmentation importante du nombre d'entreprises assujetties (16 000 entreprises supplémentaires) et la suppression du système des unités bénéficiaires a réduit le nombre de bénéficiaires pris en compte. Au total, le taux d'emploi constaté en 2005 en fonction de l'ancien mode de calcul, soit 4,1 %, s'établit en application du nouveau mode de calcul à 2,7 %.

[528] Toutefois, en 2007, selon la DARES (direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques), le taux d'emploi des personnes reconnues handicapées demeure très inférieur à l'ensemble de la population (35% contre 65% pour la population de 15 à 64 ans). Cela résulte surtout d'un taux d'activité plus faible (44% contre 71%), mais également d'un taux de chômage qui est plus du double de l'ensemble de la population active (19,3 %). Les personnes handicapées cumulent les difficultés d'accès à l'emploi : 83 % ont une qualification inférieure ou égale au BEP-CAP (contre 57% dans l'ensemble de la population de 15 à 64 ans), 50 % ont plus de 50 ans (contre 29% ans l'ensemble de la population) et 45 % sont inscrits depuis plus d'un an à l'ANPE (DREES). En 2006, l'emploi de travailleurs handicapés demeure en-deçà de l'obligation légale de 6 % : 2,7 % dans le privé, 3,55 % dans le public.

**Nature du contrat de travail des travailleurs handicapés et de l'ensemble des salariés des établissements privés de 20 salariés et plus en 2006 (en %)**

	Ensemble des travailleurs handicapés	Salariés des établissements de 20 salariés et plus du secteur privé
CDI	94,1	88,9
CDD	2,4	5,5
Intérim et autres *	3,5	5,6
Total	100	100

**Travailleurs handicapés en CDI selon le temps de travail (temps plein et temps partiel) en 2006- Comparaison avec l'ensemble des salariés du privé en CDI dans les établissements de 20 salariés et plus (en %)**

	Travailleurs handicapés			Salariés des établissements de 20 salariés et plus du secteur privé		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Temps partiel	11	40	22	3	25	12
Temps plein	89	60	78	97	75	88
Total	100	100	100	100	100	100



**Répartition par âge et par sexe des travailleurs handicapés et de l'ensemble des salariés dans les établissements d'au moins 20 salariés en 2006 (en %)**

Ages	Ensemble des travailleurs handicapés			Salariés des établissements de 20 salariés et plus du secteur privé		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
15-24	2	2	2	8	8	8
25-39	23	22	22	42	41	42
40-49	35	35	35	29	29	29
50 et plus	40	41	41	21	22	21
Total	100	100	100	100	100	100

Sources : Dares-DOETH et INSEE - Enquête emploi.

Champ : Salariés des établissements de 20 salariés et plus du secteur privé.

[529] Des progrès significatifs ont malgré tout été enregistrés dans la fonction publique. Les données du FIPHFP permettent d'apprécier l'évolution du nombre de travailleurs handicapés dans chaque fonction publique entre le 31 décembre 2004 et le 31 décembre 2006.

[530] Sur ces deux années, dès avant la mise en place effective du FIPHFP, le nombre de travailleurs handicapés a augmenté dans les trois fonctions publiques de 13,4 %, soit 22000 travailleurs supplémentaires, alors que l'effectif n'augmentait que de 1,2 %. La progression est même de 22,3 % dans la fonction publique hospitalière, et de 26,5 % dans la fonction publique territoriale ; la progression est plus faible du côté de l'État (+3,8 %), du fait de la contraction des effectifs rémunérés, qui contraint davantage les marges de manœuvre en termes de recrutement. Le taux d'emploi progresse de 0,43 point.

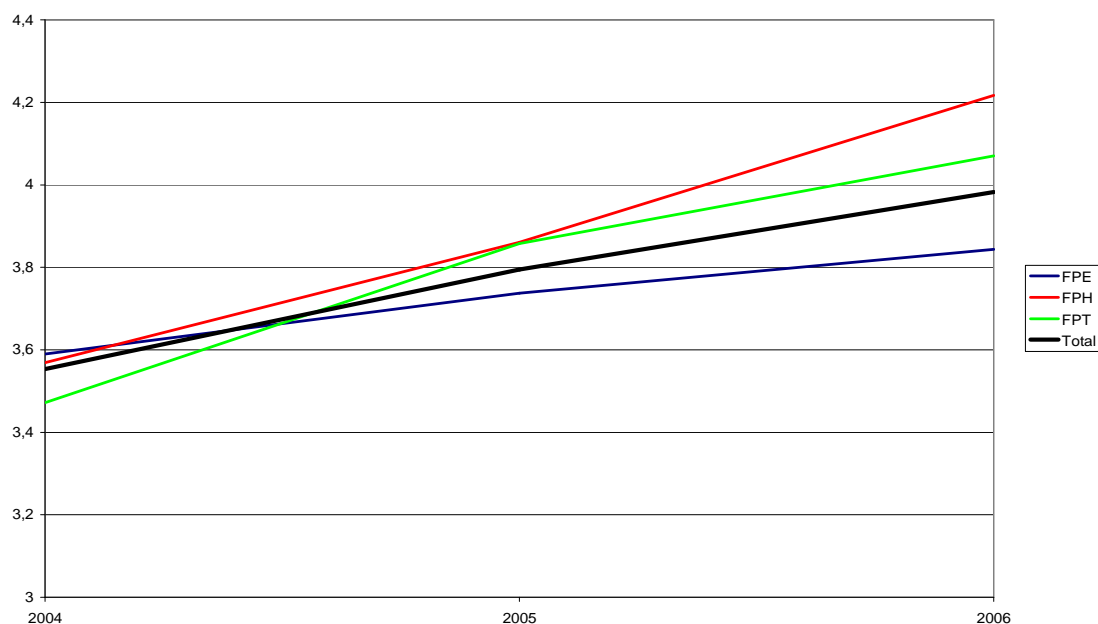
[531] Le nombre de places financées en ESAT a poursuivi sa progression entre 2005 et 2008, passant de 107 811 à 114 811, soit une hausse de 6,5%, grâce à une hausse des crédits attribués en LFI, qui sont passés de 1,19 à 1,33 milliards.

Tableau 5 : Évolution du nombre de travailleurs handicapés (TH) et du taux d'emploi (TE) dans les trois fonctions publiques entre 2004 et 2006

	Fonction publique d'État			Fonction publique hospitalière			Fonction publique territoriale			Ensemble des fonctions publiques		
	TH	Effectif rémunéré	TE (%)	TH	Effectif rémunéré	TE (%)	TH	Effectif rémunéré	TE (%)	TH	Effectif rémunéré	TE (%)
31/12/2004	88397	2462 471	<b>3,59</b>	31350	878418	<b>3,56</b>	43 929	1265258	<b>3,47</b>	163676	4606147	<b>3,55</b>
31/12/2005	92480	2474 638	<b>3,74</b>	34192	885637	<b>3,86</b>	49 779	1290216	<b>3,86</b>	176451	4650491	<b>3,79</b>
31/12/2006	91729	2386 608	<b>3,84</b>	38356	909567	<b>4,21</b>	55 561	1365054	<b>4,07</b>	185646	4661229	<b>3,98</b>

Source : FIPHFP.

Graphique 6 : Évolution du taux d'emploi de travailleurs handicapés dans les fonctions publiques du 31 décembre 2004 au 31 décembre 2006



Source : FIPHFP.

## 2. DANS LE CADRE DU PACTE NATIONAL POUR L'EMPLOI, LE GOUVERNEMENT S'ENGAGE A ATTEINDRE L'OBJECTIF DE 6% D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPES

[532] L'action du Gouvernement s'inscrit dans le cadre de l'orientation fixée par le Président de la République lors de la conférence nationale du handicap : l'objectif est désormais d'atteindre la cible d'emploi de 6% de travailleurs handicapés. Conformément à l'esprit de la loi du 11 février 2005, c'est en priorité par l'emploi ordinaire que doit se réaliser l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

### 2.1. *Le Pacte national pour l'emploi des personnes handicapées*

[533] **Lors de la Conférence nationale du handicap, le Président de la République a annoncé la conclusion d'un Pacte National pour l'Emploi des Personnes Handicapées, portant des engagements réciproques des employeurs publics et privés et des pouvoirs publics.**

[534] Ce Pacte, qui pourra être décliné au niveau territorial, doit constituer un engagement fort qui donne une visibilité et une impulsion nouvelle à la mise en œuvre de la politique de l'emploi des personnes handicapées.

[535] Il comporte trois priorités :

- répondre aux aspirations des personnes handicapées qui veulent travailler, en les faisant bénéficier d'un réel accompagnement ;
- soutenir la mobilisation des employeurs en faveur de l'emploi des personnes handicapées en passant à une logique nouvelle de partenariat, afin de mieux les aider à répondre aux difficultés qu'ils rencontrent pour recruter des personnes handicapées. ;
- faire mieux coïncider les qualifications des personnes handicapées et les besoins des entreprises.

### 2.1.1. Les engagements des employeurs et des partenaires sociaux

- [536] Les employeurs sont incités à développer les accords d'entreprise, de groupe et de branche sur l'emploi des travailleurs handicapés, comportant un plan pluriannuel d'embauche et de maintien dans l'emploi ambitieux. Ils sont également incités à rendre publics les résultats de ces accords, notamment à travers une publication dans leur rapport annuel d'activité.
- [537] L'Etat et les partenaires sociaux veilleront et contribueront à la qualité de ces accords : un guide sur les accords à destination des entreprises élaboré dans le cadre d'un groupe de travail associant les partenaires sociaux sera publié début 2009 et une circulaire à destination des services instructeurs des agréments des accords sera également diffusée début 2009.
- [538] Le guide méthodologique sur les accords d'établissement, d'entreprise, de groupe et de branche a pour objet de proposer aux partenaires sociaux un appui dans la cadre de leur négociation et d'enrichir le dialogue entre les négociateurs et les pouvoirs publics chargés de l'agrément des accords. Il apporte des réponses concrètes sur les avantages d'un accord, la méthodologie pour sa construction, les ressources disponibles pour les entreprises s'engageant dans cette démarche, l'état du droit et les points sur lesquels portera le contrôle de l'administration. Parallèlement, la circulaire aura pour objectif d'apporter un appui aux DDTEFP pour aider les entreprises à construire un accord sur l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, ainsi que pour agréer, suivre et évaluer cet accord.
- [539] Le SPE entreprendra des actions d'information auprès des partenaires sociaux pour les inviter à la mise en place de politiques de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, permettant d'intégrer l'emploi des personnes handicapées dans une perspective durable.
- [540] Enfin, un guide relatif à l'obligation de négocier sur l'emploi des travailleurs handicapés sera diffusé début 2009 auprès des employeurs.

### 2.1.2. La mobilisation du service public de l'emploi

- [541] L'action de l'Etat et des acteurs du service public de l'emploi vise à la fois à aider les entreprises à recruter les travailleurs handicapés et à rapprocher les travailleurs handicapés de l'emploi.

#### 2.1.2.1. Aider les entreprises à recruter les travailleurs handicapés

- [542] **La mise en accessibilité des lieux de travail, obstacle important à l'insertion professionnelle des personnes handicapées, continuera à être soutenue :**

- **un projet de décret relatif à l'accessibilité des lieux de travail sera prochainement publié**, en application de l'article 41 de la loi du 11 février 2005. Sa parution a été retardée en raison des nombreuses consultations obligatoires : le texte a été soumis pour avis au conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), au conseil supérieur pour le reclassement professionnel des personnes handicapées, au conseil supérieur de prévention des risques professionnels (CSPRP), à la commission nationale d'hygiène et de sécurité des travailleurs agricoles (CNHSTA), à la Commission européenne, et enfin au Comité consultatif d'évaluation des normes, en raison de son impact sur les collectivités territoriales.

Le texte a en outre été modifié, afin de renforcer sa portée, notamment à l'égard des bâtiments neufs, pour lesquels les dérogations envisagées par une première version du texte ont été supprimées. De même, quels que soient leur montant, les travaux réalisés dans un lieu de travail existant intégreront les principes de l'accessibilité. En revanche, la mise en conformité partielle ou totale d'un bâtiment existant sera conditionnée à une double exigence : règle économique et capacité d'accueil. Ainsi, l'obligation de mise en accessibilité sera déclenchée dès lors que le coût des travaux envisagés dépassera 80 % de la valeur du bâtiment et s'appliquera alors à un seul ou à l'ensemble des niveaux du bâtiment, en fonction de la taille de l'entreprise.

Les entreprises auront la possibilité de créer des « espaces d'attente sécurisés », permettant une évacuation en deux temps des personnes handicapées, pouvant, dans un premier temps, se mettre en sécurité dans ces espaces spécifiques, avant une évacuation lors de la présence effective des services de secours.

Le projet de décret connaît actuellement la dernière phase de son élaboration avec l'examen par le Conseil d'État. Un groupe de travail, piloté par la direction générale du travail (DGT) prépare actuellement un arrêté et une circulaire d'application, qui donneront lieu à concertation. Ces textes mettront en œuvre une approche élargie de la notion d'accessibilité.

- **l'AGEFIPH aide les entreprises à rendre accessibles leurs locaux de travail**, en particulier celles qui ont moins de 100 salariés, qui s'engagent dans un plan pluriannuel d'embauche et de maintien dans l'emploi. **Le FIPHPF a adopté des dispositions équivalentes** : pour l'année 2008, il a fixé un plafond par opération d'un montant de 30 000 € ;
- **des zones d'accessibilité concertées seront mises en place**, en partenariat avec l'AMF, l'AGEFIPH et le FIPHPF, afin de promouvoir la création de bassins d'emploi totalement accessibles ;
- **les réalisations exemplaires en matière d'accessibilité seront valorisées**, à travers la création de trophées « Entreprise et accessibilité », en partenariat avec l'AFNOR ;
- **les expérimentations en faveur de l'accessibilité de la téléphonie** (centres relais pour les personnes sourdes et malentendantes) contribueront à faciliter l'accès des personnes malentendantes à l'emploi (cf. supra).

[543] **Un certain nombre de simplifications de procédures pour les entreprises et les personnes handicapées faciliteront également le recrutement de travailleurs handicapés :**

- les procédures de décisions des MDPH en matière d'orientation professionnelle et de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé sont rationalisées et simplifiées, notamment dans le cadre de la réforme de l'AAH. Les réformes législatives nécessaires ont été introduites dans la loi de finances pour 2009 : à l'occasion de toute demande d'AAH un examen de l'employabilité de la personne handicapée sera réalisé afin de lui attribuer, si elle est en capacité de travailler, une RQTH ; par ailleurs, à toute RQTH sera associée une orientation professionnelle (cf. infra) ;
- la procédure dite aujourd'hui « reconnaissance de la lourdeur du handicap » sera clarifiée : les travaux du groupe d'appui consacré à l'emploi dans le cadre de la préparation de la Conférence nationale du handicap ont montré que la question était davantage celle de la lourdeur des aménagements rendus nécessaires par une situation de handicap, aménagements allant bien au-delà du seul poste de travail et des aspects physiques. La notion devrait être rapprochée de celle de « mesures appropriées » ou « d'aménagements raisonnables » prévus par la loi du 11 février 2005 : la lourdeur du handicap, requalifiée en reconnaissance de l'importance de l'aménagement du poste, sera centrée sur les aménagements qui excèdent ce qui peut raisonnablement être exigé de l'entreprise au titre de la loi et doivent déclencher le versement de l'aide ou la minoration de la contribution AGEFIPH ;
- **les efforts des entreprises en faveur de l'insertion professionnelle des personnes handicapées seront facilités** par deux dispositions qui ont été introduites par l'article 27 de la loi n° 2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion :
  - afin d'inciter les entreprises à accueillir en stage des personnes handicapées, la liste des stages entrant dans le champ de l'OETH (dans la limite de 2% de l'effectif de l'entreprise) a été élargie, notamment aux stages étudiants et aux stages de l'Agefiph, avec une durée minimale de 40 heures, au lieu de 150 heures ;

- la règle de durée minimale d'emploi de 6 mois pour être décompté au titre de l'OETH, qui ne favorisait pas les embauches du second semestre de chaque année, est supprimée et remplacée par une prise en compte à due proportion du temps de présence du travailleur handicapé dans l'entreprise au cours de l'année civile.

[544] Cette dernière modification, qui a donné lieu à concertation avec les associations, conduit à clarifier, de façon équilibrée, les règles de prise en compte des travailleurs handicapés à temps partiel : afin d'éviter la multiplication de contrats de travail à temps partiel sans réelle justification, sans pour autant pénaliser les travailleurs les plus lourdement handicapés qui ne peuvent travailler qu'à temps partiel du fait de leur handicap, la loi prévoit que les salariés travaillant au moins à mi-temps sont décomptés pour une unité. S'agissant des salariés dont le temps de travail est inférieur à un mi-temps, un projet de décret, en cours d'élaboration, précisera qu'ils seront décomptés pour une demi-unité. Ces mesures s'appliqueront à la DOETH 2009, établie début 2010.

[545] **L'offre de services Cap Emploi est simplifiée et adaptée aux besoins des personnes handicapées et des employeurs, privés et publics à l'occasion de la conclusion de la prochaine convention et de l'extension de leur financement au FIPHFP, et prioritairement mobilisée sur trois axes :**

- **le conseil en recrutement pour les petites et moyennes entreprises**, en particulier celles qui comptent entre 20 et 200 salariés, qui n'ont pas le service de ressources humaines adapté pour affronter la complexité des procédures de recrutement ;
- **les partenariats avec les « Grands comptes »** (grandes entreprises et administrations), s'inscrivant dans une démarche dynamique de recrutement ;
- **le développement du partenariat avec les prestataires en charge de la réponse aux besoins spécifiques des publics les plus éloignés de l'emploi** (seniors, handicap visuel, auditif, autisme...), afin de mieux les accompagner vers l'emploi.

[546] Cette nouvelle offre de service des Cap Emploi a été élaborée au cours de l'année 2008 par l'Etat, l'Agefiph et le FIPHFP. Elle entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

[547] **L'offre de services de Pôle Emploi**, qui fait l'objet de négociations entre l'État et les partenaires sociaux, devra répondre à ces mêmes attentes d'accompagnement vers l'emploi des publics travailleurs handicapés, notamment ceux qui en sont le plus éloignés. Des dispositions dans ce sens seront introduites dans la convention tripartite en cours d'élaboration entre l'Etat, Pôle Emploi et l'UNEDIC.

#### 2.1.2.2. Rapprocher les travailleurs handicapés de l'emploi

[548] Des marges de progrès existent encore quant à la prise en compte de l'insertion professionnelle par les MDPH : dans les premières années de leur mise en place, les MDPH se sont d'abord concentrées sur la définition et l'appropriation des nouvelles approches relatives à la compensation.

[549] **L'accompagnement vers l'emploi des travailleurs handicapés sera donc renforcé**, notamment par une **amélioration de l'appréciation des capacités professionnelles des personnes handicapées par les MDPH**, pour permettre une **inscription rapide dans un parcours d'insertion professionnelle**, pour les personnes handicapées qui le peuvent. Pour ce faire, les équipes des MDPH font appel aux compétences de Pôle Emploi, des Cap Emploi et de l'AFPA pour évaluer les capacités d'insertion professionnelle de la personne. Elles peuvent mobiliser ensuite, si nécessaire, le **service « appui projet » expérimenté actuellement par l'AGEFIPH** en concertation avec la CNSA. Ce service, qui peut totaliser **40 heures d'accompagnement**, comprend des modules d'accueil et d'information, un entretien personnalisé sur les projets de la personne et un parcours de vérification de ces projets en situation de travail. Il permet ainsi, en mobilisant les entreprises locales, d'offrir des parcours de découverte des métiers et d'affinement des projets professionnels. **Dès 2009, environ 15.000 personnes pourront en bénéficier chaque année.**

- [550] Cette amélioration de l'orientation vers l'emploi dans les MDPH doit s'appuyer sur la mise en place d'un véritable réseau de compétence au profit de l'emploi des travailleurs handicapés, en systématisant les conventions de coopération entre les MDPH et le service public de l'emploi : la nécessité d'une convention entre SPE et MDPH a été rappelée aux préfets et DDTEFP n'ayant pas signé de convention. Cette relance a permis une progression régulière du processus de signatures des conventions : en juin 2008, seules 12 MDPH étaient dotées d'une convention (10%), au mois de décembre, 43 départements étaient dotés d'une convention et ce processus se poursuivra en 2009.
- [551] L'organisation d'échanges d'information entre MDPH et SPE pour la mise en œuvre des décisions d'orientation s'appuie sur le décret n° 2007-965 du 15 mai 2007. Un diagnostic sur l'organisation du travail en réseau est en cours dans 8 départements et ses enseignements pourront être étendus à l'ensemble des départements. La DGEFP et la CNSA ont rappelé aux MDPH la nécessité de rendre accessible leurs données aux acteurs du placement (Pôle Emploi et Cap Emploi) afin de permettre à ces derniers d'accompagner rapidement et efficacement les personnes handicapées vers l'emploi. Parallèlement, la CNSA réfléchit à l'harmonisation des systèmes d'information des MDPH afin d'améliorer les échanges de données entre les acteurs.
- [552] Par ailleurs, la mobilisation de Pôle Emploi et la nouvelle offre de services des Cap Emploi, plus lisible et mieux adaptée aux besoins des personnes handicapées, permettra de leur offrir un parcours d'accompagnement vers l'emploi personnalisé et efficace.
- [553] Le niveau de formation des travailleurs handicapés sera renforcé :
- **par la formalisation des politiques régionales concertées** d'accès des travailleurs handicapés à la formation professionnelle dans chaque région avant fin 2008, avec l'ensemble des acteurs, en premier lieu les conseils régionaux mais également l'Agefiph et le FIPHFP. Cet objectif a été rappelé par le Secrétaire d'État à l'Emploi aux préfets de région. La DGEFP procèdera à une évaluation de cette démarche : le cadre d'évaluation des politiques concertées est en cours d'élaboration. Il sera adressé aux DRTEFP au cours du premier trimestre 2009 ;
  - **par leur déclinaison en pactes territoriaux** de développement de la qualification des personnes handicapées associant des réseaux d'employeurs ;
  - **par un accès facilité à l'apprentissage** : la limite d'âge actuelle à 30 ans pour en bénéficier est supprimée. Cette réforme a été introduite dans la loi de finances pour 2009.
- [554] Dans le cadre de la réforme de la formation professionnelle qui fait l'objet des négociations en cours entre partenaires sociaux, les travailleurs handicapés devront être clairement identifiés comme un public prioritaire. Cette priorisation, qui pourra conduire à une adaptation du dispositif, pourra se traduire par un fléchage mis en œuvre au niveau régional, qui devra être articulé avec les politiques régionales concertées.
- [555] L'amélioration de l'accès des travailleurs handicapés à la VAE devra faire l'objet de mesures spécifiques, qui nécessiteront une expertise sur la base du bilan des politiques régionales concertées de formation.
- [556] D'ores et déjà, un projet de décret, actuellement en cours de signature, précise les conditions dans lesquelles les personnes handicapées en ESAT peuvent accéder à la VAE :
- bien qu'elles ne soient pas salariées mais usager d'un établissement médico-social, les personnes handicapées accueillies en ESAT **pourront désormais bénéficier d'un congé de formation avec maintien de leur rémunération garantie**. Les actions de formation dont elles bénéficieront seront financées grâce à la contribution versée par les ESAT à leur organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) ;
  - **les ESAT pourront organiser des procédures de reconnaissance des savoir-faire et des compétences**, qui donneront lieu à la délivrance d'attestations. Ces procédures seront adaptées aux capacités des personnes handicapées accueillies ;

- les personnes accueillies en ESAT **pourront accéder à la validation des acquis de l'expérience (VAE) de droit commun, à l'aide d'un dispositif d'accompagnement renforcé** par rapport aux salariés de droit commun.

[557] Ce projet de décret a fait l'objet d'un avis favorable tant du conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) que du conseil national de la formation professionnelle tout au long de la vie et que du conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés.

## 2.2. *Une mobilisation des employeurs publics*

[558] L'exemplarité des employeurs publics est essentielle.

### 2.2.1. **L'État**

[559] **L'action des ministères s'intègre dans le cadre des plans triennaux de développement de l'emploi et d'insertion des travailleurs handicapés prévus par le protocole du 8 octobre 2001.** Ces plans comportent des objectifs de recrutement et décrivent les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Ils fixent également des objectifs en matière de sensibilisation, de formation, d'accessibilité des locaux, d'adaptation des postes de travail et de coopération avec les entreprises adaptées.

[560] Un correspondant ministériel, placé auprès de la direction des ressources humaines de chaque ministère, élabore le plan triennal et coordonne la politique de recrutement, d'accueil et de sensibilisation du ministère. Il assure le suivi statistique des recrutements et opérations de reclassement, et gère les crédits ministériels et ceux provenant du FIPHFP destinés à l'insertion des personnes handicapées. Il anime le réseau des correspondants locaux, chargés de l'application locale du plan d'insertion, des procédures de recrutement direct et du suivi des carrières des personnes handicapées, et de la coordination et de la sensibilisation des multiples acteurs qui interviennent dans l'accompagnement du handicap : chefs de services, responsables des ressources humaines, médecins, chargés de prévention, assistants de service social.

[561] L'évolution du taux d'emploi de personnes handicapées dans certains ministères montre les progrès significatifs accomplis depuis 2005.

[562] Les politiques d'emploi des ministères s'appuient sur plusieurs axes de progrès :

- **facilitation du recrutement : partenariats avec des associations et organismes spécialisés dans le recrutement et l'orientation des personnes handicapées**, dispositifs facilitant l'accès aux offres d'emploi (rubrique dédiée sur le site du ministère, référent ministériel),
- **systématisation de l'information et de la sensibilisation, principalement à l'intention de l'encadrement** (secrétaires généraux de services, responsables des ressources humaines) ; cette information et sensibilisation peut être intégrée dans les programmes des écoles de formation des agents ;
- **amélioration de l'accessibilité**, tant des postes de travail que du patrimoine bâti, par la programmation de travaux de mise aux normes et la prise en compte du handicap dans les formations à l'intention des professionnels du cadre bâti. L'adaptation du poste de travail peut aussi passer par le développement du télétravail ;
- **information des travailleurs handicapés sur les possibilités de réinsertion et d'adaptation** dont ils peuvent bénéficier, y compris auprès des travailleurs handicapés non-déclarés ;
- **amélioration de la connaissance de l'emploi des travailleurs handicapés** : renforcement des capacités d'expertise des ministères, constitution d'observatoire.

[563] Le suivi du plan handicap est effectué dans le cadre du dialogue social ministériel.

[564] Le FIPHFP appréhende le taux d'emploi dans les fonctions publiques au moyen des déclarations annuelles au 31 décembre de l'année n-2. Les dernières données consolidées par fonction publique sont donc celles du 31 décembre 2006.

[565] Pour autant, les indications de certains ministères permettent de constater que la progression engagée depuis 2005 s'est poursuivie en 2007. Les ministères sociaux (Santé et Travail) dépassent depuis plusieurs années le taux de 6%. Mais la cible de 6% est presque atteinte pour d'autres ministères aux effectifs importants, comme la Défense (5,57%) et l'Intérieur (5,5%).

[566] **Par la circulaire n°5265/SG du 23 novembre 2007, le Premier ministre a souhaité renforcer la mobilisation des ministères en faveur de l'emploi et de l'insertion des personnes handicapées.** Les ministères doivent atteindre l'objectif de 6% d'emploi de personnes handicapées :

- en s'appuyant sur une **politique active d'emploi et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences** intégrant systématiquement et à un niveau ambitieux la dimension du handicap,
- **en utilisant pleinement les possibilités de recrutement sans concours,**
- **et en veillant au maintien dans l'emploi et à l'orientation des agents devenus handicapés au cours de leur carrière.**

[567] **Les plans pluriannuels des ministères devront comporter des objectifs chiffrés de recrutement de personnes handicapées, année par année, jusqu'au 31 décembre 2012.** Pour 2008, une hausse d'au moins 25% du recrutement des personnes handicapées a été demandée aux ministères. Ces objectifs feront l'objet d'un suivi annuel, dont les résultats seront examinés lors des conférences annuelles de gestion prévisionnelle des ressources humaines.

[568] **Le respect des objectifs annuel sera garanti par un gel des crédits « titre II » correspondant à leur équivalent en masse salariale, gel qui ne sera libéré que lorsque l'objectif aura été atteint.**

### **2.2.2. La fonction publique territoriale**

[569] Le FIPHFP a conclu le 28 novembre 2007 une convention avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) pour des actions de formation et de sensibilisation des agents territoriaux à l'insertion professionnelle des personnes handicapées, et s'apprête à en conclure avec les centres de gestion. L'installation des comités locaux du Fonds, qui s'est accélérée fin 2007 et est pratiquement achevée, devrait également permettre la montée en puissance des aides accordées pour la fonction publique territoriale. Plusieurs conventionnements ont été conclus avec des collectivités territoriales (cf. supra).

[570] Le CNFPT a également conclu un partenariat avec la DIPH pour promouvoir des actions de formation inter-fonctions publiques.

[571] Il diffuse depuis octobre 2008 un guide pratique « handicap », réalisé avec le concours du FIPHFP, à destination des agents des collectivités territoriales pour une bonne application de la loi 11 février 2005.

### **2.2.3. La fonction publique hospitalière**

[572] Le taux d'emploi de travailleurs handicapés a progressé, passant de 3,47 à 3,86% entre le 31 décembre 2004 et le 31 décembre 2006.



[573] Dès 2007, une convention a été engagée entre le FIPHFP et le CHU de Bordeaux, finançant un montant prévisionnel d'actions de 932 000 € sur trois ans. Les montants engagés dans le cadre des conventions conclues en 2008 s'élèvent à 2,672 millions, pour des conventions passées avec les Hospices Civils de Lyon, les CHU de Limoges et Tours, et les centres hospitaliers de Pau, d'Elbeuf-Louviers, de Saumur, et de Cholet. 8,4 millions sont en outre engagés sur trois ans dans le cadre de la convention entre le FIPHFP et l'APHP.

### **3. LA REFORME DE L'AAH DOIT FACILITER L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES POUVANT TRAVAILLER ET GARANTIR LEUR NIVEAU DE RESSOURCES, Y COMPRIS LORSQU'ELLES NE PEUVENT TRAVAILLER**

#### **3.1. *La solidarité nationale garantit des ressources minimum pour les personnes handicapées***

##### **3.1.1. L'AAH assure un niveau de vie minimal aux personnes handicapées qui en bénéficient**

[574] L'AAH est ouverte à toute personne âgée de 20 ans ou plus atteinte d'une incapacité permanente égale ou supérieure à 80% (ou de 50% à 79% pour les personnes reconnues avoir une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, âgées de moins de 60 ans, et n'ayant pas travaillé depuis au moins 1 an).

[575] Elle est soumise à condition de ressources, appréciée sur les revenus de l'année N-2 ; le plafond est de 7 831,20 € pour une personne seule, de 15 662,40 € pour un couple ; il est augmenté de 3 915,60 € par enfant à charge.

[576] **L'AAH bénéficie au 31 décembre 2007 à 814 000 personnes.** Son montant maximum est de 652,6 € pour mois. À cette prestation de base, la loi du 11 février 2005 a prévu deux compléments qui s'adressent à deux publics différents et ne sont donc pas cumulables :

- **la majoration pour la vie autonome**, destinée aux personnes handicapées sans activité professionnelle. D'un montant de 104,77 €, elle a pour objectif de favoriser la vie autonome en allégeant les charges d'un logement indépendant. 117 000 personnes bénéficient de cette majoration ;
- **un nouveau complément de ressources s'adresse aux personnes handicapées qui se trouvent dans l'incapacité quasi absolue de travailler** (capacité de travail inférieure à 5 %, pas de revenu professionnel depuis au moins un an, pas d'activité professionnelle). Conditionné par un critère de logement indépendant, ce complément de 179,31 € majore leur AAH à taux plein pour constituer la garantie des ressources aux personnes handicapées (GRPH). Celle-ci vise à permettre une vie aussi autonome que possible aux personnes handicapées durablement privées de revenu d'activité. 55 000 personnes bénéficient de ce complément.

[577] Le statut d'allocataire ouvre des droits connexes : allocation logement à taux plein, exonération de la taxe d'habitation et de la redevance audiovisuelle, tarification sociale du téléphone et de l'électricité.

##### **3.1.2. L'AAH n'est toutefois qu'une des prestations garantissant des ressources aux personnes handicapées**

[578] L'altération des capacités de travail en raison d'une situation de handicap peut donner lieu à d'autres prestations en espèces compensant la perte de revenu, relevant de la sécurité sociale.

### 3.1.2.1. Les pensions d'invalidité

- [579] Le dispositif de l'assurance invalidité prévoit, qu'à la suite d'une maladie ou d'un accident à caractère non professionnel entraînant une perte de la capacité de gain ou de travail des 2/3, l'assuré peut bénéficier d'une pension d'invalidité du régime général de sécurité sociale, sous réserve d'une durée et d'un montant de cotisations professionnelles. Après la reconnaissance de l'état d'invalidité, la personne est classée dans l'une des trois catégories<sup>8</sup> qui déterminent à fois la capacité ou non d'exercer un métier et le taux de la pension.
- [580] En 2007, on dénombre plus d'un million de pensionnés d'invalidité, tous régimes confondus. Le régime général compte, à lui seul, près de 585 000 pensionnés. Parmi les autres régimes, la fonction publique représente 40 % de l'ensemble des pensionnés. Les régimes agricoles (salariés et exploitants) regroupent 4 % des pensionnés. Les autres régimes ne comptent que très peu de pensionnés puisqu'ils ne comptent que pour 1 % du total.
- [581] Dans le régime général, le nombre de pensionnés d'invalidité est passé d'environ 458 000 à 585 000 entre 2000 et 2007, soit une augmentation de 27,7 %. L'âge moyen de cette population se situe autour de 52 ans. Plus de 94 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité sont âgés de plus de 40 ans et 45 % de plus de 55 ans. La prévalence de l'invalidité est en effet plus forte aux âgés élevés.
- [582] Le montant de la pension ne peut être inférieur au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS) pour les trois catégories (soit 3097,31 € annuels) ni supérieur à 30 % du plafond de la sécurité sociale pour la première catégorie ou à 50 % du plafond de la sécurité sociale, pour les deuxième et troisième catégories. La troisième catégorie bénéficie d'une majoration pour aide d'une tierce personne qui majore le montant de la deuxième catégorie de 40 %.
- [583] Lorsque les ressources de la personne sont inférieures à 7 781,27 € pour une personne seule et par an (13 629,44 € pour un couple), il est versé une allocation supplémentaire d'invalidité qui permet de porter les ressources du bénéficiaire à 648,43 € par mois (montant applicable au 1<sup>er</sup> septembre 2008). En 2007, 95 100 personnes bénéficiaient de cette allocation supplémentaire, soit 16 % des pensionnés d'invalidité du régime général.
- [584] En cas de reprise d'activité salariée, la pension d'invalidité peut être en totalité suspendue ou pour partie écartée lorsque le montant cumulé de la pension et du salaire excède pendant deux trimestres consécutifs le salaire moyen brut de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité.
- [585] Au regard de l'emploi des pensionnés d'invalidité, trois caractéristiques principales se dégagent :
- le taux d'emploi des bénéficiaires de la première catégorie demeure limité<sup>9</sup> (de l'ordre de la moitié cumulent pension et emploi), en dépit de l'aptitude présumée au travail de cette catégorie ;
  - certains invalides de deuxième catégorie 2 travaillent, ce qui questionne l'efficacité du dispositif au regard de la définition des catégories d'invalidité et au plan de la notion même d'incapacité au travail ;

---

<sup>8</sup> Les trois catégories sont définies comme suit par le code de la sécurité sociale (art. L. 341-4 :

- personnes invalides pouvant exercer une activité professionnelle (1<sup>ère</sup> catégorie) ;
- personnes invalides ne pouvant pas exercer une activité professionnelle (2<sup>ème</sup> catégorie) ;
- personnes invalides ne pouvant pas exercer une activité professionnelle et nécessitant la présence d'une tierce personne (3<sup>ème</sup> catégorie).

<sup>9</sup> 58 % des pensionnés de 1<sup>ère</sup> catégorie sont actifs, selon l'échantillon constitué par la circonscription de la CRAMIF, en 2006 ; 6,7 % de ceux de catégorie 2 et 1,2 % de ceux de catégorie 3. Source rapport IGAS « *Le risque invalidité du régime général* », décembre 2006.

- le retour à l'emploi effectif des pensionnés d'invalidité demeure exceptionnel : il représente moins de 0,5 % des flux annuels de sortie ; pour 79 %, la sortie s'effectue vers la retraite, et 20 % par décès.

[586] Au regard de l'application des règles de cumul emploi- invalidité, selon les sources CNAMTS, en 2005, 5,7 % des pensions étaient écrêtées ou suspendues (3,5 % de suspensions totales et 2,15 % de suspensions partielles). Rapporté à la première catégorie, ce chiffre représente environ 20 % des pensionnés.

[587] A 60 ans, la pension d'invalidité est remplacée par une pension de vieillesse à taux plein qui peut cependant être liquidée ultérieurement sur demande de l'assuré dès lors que celui-ci exerce une activité professionnelle, étant précisé que cette liquidation ultérieure ne saurait conduire à un résultat moins favorable pour lui que celle qui serait intervenue à 60 ans. Les pensionnés disposant de faibles ressources peuvent aussi bénéficier dès 60 ans du minimum vieillesse (et non 65 ans en droit commun).

[588] Enfin, les aménagements introduits par la loi de finances initiale pour 2007 permettent aux bénéficiaires de l'ASI, sous condition d'éligibilité en termes d'incapacité, d'accéder aux compléments d'AAH (majoration de vie autonome ou complément de ressources).

### 3.1.2.2. Les rentes d'accident du travail

[589] La rente accident du travail et maladie professionnelles est attribuée dès lors qu'à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le salarié se voit reconnaître un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 10 %. Lorsque le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %, une indemnité en capital est versée.

[590] En 2005, la branche accidents du travail-maladie professionnelle (AT-MP) du régime général a versé 950 000 rentes, victimes et ayants-droits confondus, pour un montant moyen de 3988 €.

[591] Le montant de la rente est égal au salaire annuel de référence multiplié par le taux de la rente obtenu à partir du taux d'incapacité permanente (taux utile). Le salaire retenu ne peut être inférieur à un minimum qui évolue en fonction des coefficients établis pour les pensions d'invalidité. Le montant du salaire minimum des rentes au 1er janvier 2009 est de 16 869,97 €.

[592] Au dessus du salaire minimal, le salaire réel est pris en compte dans sa totalité jusqu'à concurrence de 2 fois le salaire minimal et pour un tiers pour la fraction qui se situe entre le double du salaire minimal et 8 fois ce même salaire.

[593] Dans le cas où l'incapacité permanente est au moins égale à 80 % et oblige la victime pour « effectuer des actes ordinaires de la vie » à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, la rente est majorée de 40 % sans que cette majoration puisse être inférieure à un montant minimum (12.226,97 €).

[594] Toute modification dans l'état physique de la victime (aggravation ou amélioration) dont la constatation médicale est postérieure à la date de guérison ou de consolidation apparente peut donner lieu à une révision de la rente à l'initiative de la caisse ou de la victime.

[595] Ayant le caractère de réparation, la rente d'accident du travail est entièrement cumulable avec une activité salariée. Une allocation aux adultes handicapés (AAH) peut être accordée aux bénéficiaires d'une rente d'accident du travail si le montant de la rente est inférieur au montant de l'AAH, sans toutefois que le cumul total de ces deux prestations ne puisse excéder le montant de l'AAH.

### 3.1.3. La conception de l'AAH doit évoluer pour prendre en compte l'insertion professionnelle des personnes handicapées

[596] **Les travaux du groupe d'appui technique préparatoire à la Conférence nationale du handicap ont fait ressortir des interrogations sur le statut et les finalités de l'AAH, qui ont pu évoluer au cours du temps.**

[597] **En effet, l'AAH est le produit d'une époque et d'un regard sur le handicap : elle a été conçue à l'origine comme un revenu réservé à ceux qui ne pouvaient pas travailler.**

[598] A l'origine, deux régimes d'AAH ont été créés, établissant implicitement un lien entre taux d'incapacité permanente et incapacité à travailler : celui dans lequel il est présumé que les personnes ne peuvent pas travailler (article L. 821-1 : taux d'incapacité au moins égal à 80%) et celui dans lequel la personne doit apporter la preuve qu'elle ne peut pas travailler (L. 821-2 : taux d'incapacité inférieur).

[599] La tendance à la hausse du nombre de bénéficiaires apportant la preuve de leur incapacité à travailler en dépit d'une incapacité permanente inférieure à 80% a conduit à instaurer deux barrières : une condition d'incapacité permanente d'au moins 50% en 1993, puis une condition d'inactivité pendant un an depuis 2005.

[600] **L'articulation entre incapacité permanente et incapacité au travail soulève des questions :**

- **les deux notions sont distinctes** : il n'y a pas de lien de nécessité entre la gravité du handicap et l'incapacité à travailler. Si l'AAH est réservée à ceux qui ne peuvent travailler, il est donc peu opportun de faire de l'incapacité permanente une condition d'accès à l'AAH ;
- **or, la conception d'une AAH réservée à ceux qui ne peuvent travailler est remise à cause par l'évolution des dispositifs d'emploi des personnes handicapées** : 270 000 allocataires de l'AAH, soit un tiers des bénéficiaires de cette prestation, ont la qualité de travailleur handicapé ce qui atteste de leur volonté d'occuper un emploi.

[601] **La loi du 11 février 2005 a cherché à faciliter le cumul de l'AAH avec des revenus d'activité par le biais d'un mécanisme d'intéressement**, prévoyant la possibilité de conserver une partie de l'allocation jusqu'à 1,1 SMIC. Cette innovation remet en cause le présupposé initial d'une exclusion définitive de l'emploi qui fondait l'attribution de l'AAH. En outre, la loi a inclus les titulaires de l'AAH dans les bénéficiaires de l'obligation d'emploi.

[602] **Pour autant, toutes les conséquences de ce changement de conception n'ont pas été tirées.** S'il est désormais admis que l'AAH peut bénéficier à des personnes handicapées capables de travailler, le dispositif de l'AAH n'encourage pas les bénéficiaires à se tourner vers le marché du travail :

- les bénéficiaires de l'AAH ne bénéficient d'aucun accompagnement spécifique pour bâtir et réaliser leur projet professionnel ;
- la condition d'un an d'inactivité pour percevoir l'allocation en cas d'incapacité comprise entre 50 et 80% a des effets négatifs sur l'emploi et l'insertion des personnes concernées. Désincitative, elle engendre des situations inéquitables et peu satisfaisantes, en privant de l'AAH des personnes réunissant toutes les autres conditions d'ouverture de l'AAH (handicap et faiblesse des ressources), et en sanctionnant les personnes occupant un emploi, même à temps partiel ou de façon discontinue.

[603] De fait, sur les 270 000 allocataires reconnus comme travailleurs handicapés, seuls 160 000 cumulent salaire et prestation (19% des allocataires), dont 60 000 seulement occupent un emploi en milieu ordinaire (8% des allocataires), le solde correspondant aux personnes handicapées accueillies en ESAT.

[604] En décembre 2007, 44 500 bénéficiaires étaient inscrits comme demandeurs d'emploi à l'ANPE, soit 5,8% des allocataires. Les bénéficiaires de l'AAH subissent les mêmes obstacles à l'emploi que les travailleurs handicapés, notamment en termes de qualification : plus de 70 % des bénéficiaires de l'AAH n'ont aucun diplôme au-dessus du baccalauréat alors que cette situation ne concerne que 25 % de la population générale.

[605] La finalité de l'AAH et ses conditions d'attribution doivent donc être clarifiées.

### ***3.2. L'AAH sera réformée pour mieux orienter vers l'emploi ceux qui peuvent travailler et garantir le niveau de ressources des personnes handicapées, y compris lorsqu'elles ne le peuvent pas***

#### **3.2.1. Une meilleure orientation vers l'emploi**

##### **3.2.1.1. La prise en compte de l'employabilité dans le régime de l'AAH**

[606] Dès lors qu'il est admis que le bénéfice de l'AAH n'exclut pas l'emploi, la distinction à l'intérieur des bénéficiaires doit se faire non pas selon le critère du taux d'incapacité permanente, mais entre ceux qui peuvent travailler et ceux qui ne le peuvent pas sans mettre en danger leur santé.

[607] **Conformément aux orientations fixées par le Président de la République, le Gouvernement a donc souhaité faire évoluer le régime de l'AAH pour permettre de repérer les bénéficiaires en fonction de leur capacité à accéder à l'emploi, et ce afin de leur proposer les solutions les plus adaptées à leur situation.**

[608] **Pour autant, la notion d'employabilité reste à préciser.** Les travaux préparatoires ont souligné que la notion, discutée, ne doit pas renvoyer exclusivement à la personne mais plutôt à l'interaction qu'il y a entre la personne et l'entreprise.

[609] La condition et le préalable pour permettre la meilleure orientation des bénéficiaires de l'AAH réside donc dans la **définition d'un outil pour évaluer de façon globale la capacité et la possibilité d'accès à une activité professionnelle** des demandeurs d'AAH, en tenant compte non seulement de leurs capacités mais aussi de leur environnement. Or, un tel outil n'existe pas à l'heure actuelle. Il constituerait pourtant une simplification importante pour l'instruction des différents types de demandes et pour la cohérence des décisions d'un type de demande à l'autre.

[610] C'est la raison pour laquelle le Gouvernement a constitué un **groupe d'experts**, comprenant des médecins de rééducation, des médecins du travail et des spécialistes de l'emploi des personnes handicapées animé par l'IGAS, **chargé de préfigurer un outil global d'évaluation de la situation de la personne handicapée au regard de l'emploi.** Ses conclusions sont attendues au premier semestre 2009.

[611] **Mais le Gouvernement n'a pas souhaité attendre les résultats de cette mission pour prendre des mesures en faveur de l'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'AAH. C'est pourquoi, il a lié la réforme de l'AAH à une meilleure reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH),** afin d'en faire un outil plus opérationnel d'orientation des personnes. Cette réforme, inspirée par les propositions du groupe d'appui technique sur les ressources et l'emploi des personnes handicapées préparatoire à la Conférence nationale du handicap, avait d'ailleurs été annoncée par le Président de la République le 10 juin 2008.

[612] L'article 182 de la loi de finances pour 2009 a prévoit donc deux mesures parallèles :

- **il rend systématique l'évaluation des capacités professionnelles du demandeur de l'AAH.** Il s'agit de lier la procédure de RQTH et la démarche de demande d'AAH, actuellement disjointes, afin de donner immédiatement aux personnes handicapées qui en ont besoin les aides nécessaires dans le cadre de leur accès à l'emploi (possibilité d'être accompagné par Cap Emploi, aides de l'AGEFIPH et du FIPFHP...) Cette évaluation systématique vise, conformément à l'esprit de la loi, à renforcer la prise en compte de la dimension professionnelle du projet de vie ;
- **il lie également de façon systématique la RQTH et l'orientation professionnelle, afin de donner une portée opérationnelle à la RQTH.** Aux termes de cet article, **toute décision de RQTH sera automatiquement accompagnée d'une décision d'orientation professionnelle**, vers le marché du travail, vers une formation en centre de rééducation professionnelle (CRP) ou vers un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT). **De même, pour assurer la cohérence du dispositif, toute décision d'orientation vers le marché du travail ou vers un CRP vaudra RQTH.** Cette mesure permet de s'assurer que toute personne handicapée en capacité de travailler bénéficiera d'une orientation professionnelle ; elle permet par ailleurs d'améliorer l'action des acteurs du placement dans l'emploi (Pôle Emploi et Cap Emploi).

[613] Afin de permettre aux MDPH de mettre en œuvre cette articulation, une expertise a été conduite par la CNSA, en lien avec les services de l'Etat compétents (DGAS et DGEFP), l'AGEFIPH, le FIPFHP, les Cap Emploi, Pôle Emploi et les MDPH elles-mêmes, afin de définir les modalités de mise en œuvre de cette réforme et les moyens nécessaires aux maisons, qu'il s'agisse de professionnels de l'emploi issus des Cap Emploi ou de Pôle Emploi ou du médico-social. Un guide pour l'application de ces nouvelles dispositions a été envoyé aux MDPH début janvier 2009 : il s'agit d'expliciter les objectifs visés par la loi, d'éclairer les conséquences opérationnelles et juridiques de cette réforme, de formuler des préconisations pour adapter les processus d'instruction des demandes d'AAH et d'inviter les acteurs à déterminer l'impact à leur niveau.

[614] A l'issue de cette expertise, les moyens nécessaires seront mobilisés selon deux voies :

- des moyens supplémentaires mis à disposition par Cap Emploi et Pôle Emploi pour les travaux des équipes pluridisciplinaires seront inscrits dans les conventions passées respectivement par le SPE et par les Cap Emploi avec chaque MDPH ;
- des moyens supplémentaires nécessaires en termes d'expertise médico-sociale seront examinés par la CNSA dans le cadre de son financement des MDPH, dès 2009.

### 3.2.1.2. Permettre le cumul entre allocation et activité

[615] Permettre l'accès à l'emploi des bénéficiaires de l'AAH suppose également que les personnes handicapées concernées n'y perdent pas financièrement quand elles acceptent un emploi. C'est la raison pour laquelle le Président de la République a annoncé le 10 juin 2008 une réforme des mécanismes de cumul entre AAH et revenus d'activité, pour qu'ils soient à la fois plus justes et plus incitatifs.

[616] **L'article 182 de la loi de finances pour 2009 constitue la première étape de cette réforme, en supprimant la condition d'inactivité d'un an pour accéder à l'AAH pour les personnes ayant un taux d'invalidité inférieur à 80%.**

[617] **Au-delà, les travaux préparatoires avaient montré les limites du dispositif de cumul entre allocation et revenu du travail existant, peu lisible, peu incitatif notamment pour une reprise d'emploi à plein temps, et source d'inégalités de traitement entre bénéficiaires** (selon le mode d'accès à l'AAH ou la date de reprise d'activité). Les difficultés du mécanisme actuel d'intéressement sont en grande partie liées aux modalités de prise en compte des ressources des personnes (calcul en fonction des ressources de l'année n-2).

[618] **Conformément aux engagements du Président de la République, le Gouvernement prépare une modification du régime de cumul entre AAH et revenus d'activité :**

- Le montant de l'AAH sera désormais révisé tous les trimestres et non plus avec un à deux ans de décalage, afin que l'allocation versée s'ajuste plus rapidement à l'évolution de la situation du bénéficiaire. Les modalités de mise en œuvre de cette trimestrialisation sont en cours d'examen. L'objectif est en particulier de limiter, dans la mesure du possible, les nouvelles démarches administratives que devront effectuer les allocataires, ainsi que les charges de gestion des organismes payeurs ;
- La période de cumul intégral entre AAH et salaire, qui varie aujourd'hui entre 13 et 24 mois, sera uniformisée à 6 mois ;
- Après cette période de cumul intégral, les personnes handicapées pourront conserver de façon pérenne une AAH partielle, grâce à un abattement unique des revenus d'activité (qui remplacera les 3 à 4 abattements successifs actuels) de 80 % en deçà de 0,4 SMIC et de 40 % au-delà.

[619] La réforme de l'intéressement devrait faire passer les ressources mensuelles d'un allocataire de l'AAH rémunéré 400 € par mois de 855 à 973€, soit 118 € de plus ; un allocataire rémunéré au SMIC conservera une AAH de 213€, alors qu'il aurait perdu tous ses droits avant la réforme de l'intéressement. **Une AAH partielle sera versée jusqu'à 1,35 SMIC contre 1 SMIC aujourd'hui.**

[620] La mise en œuvre de cette réforme suppose une profonde modification des systèmes d'information des caisses d'allocations familiales, chargées de la liquidation de l'AAH. Les travaux informatiques nécessaires sur l'application CRISTAL ont été engagés et permettront l'**entrée en vigueur de la réforme au 1<sup>er</sup> octobre 2009.**

[621] **Enfin, une attention particulière a été portée à la situation des bénéficiaires de l'AAH en contrats aidés.**

[622] En effet, jusqu'ici, il y avait des modalités particulières d'articulation entre contrats aidés et AAH : la personne handicapée percevait, en plus de son salaire, une AAH diminuée du montant de l'aide versée à l'employeur dans le cadre du contrat, aide qui était égale au RMI pour personne seule.

[623] Ce mécanisme avait pour conséquence une attractivité beaucoup plus faible de ces contrats pour les personnes handicapées. Dans certains cas limite, certaines personnes voyaient leurs revenus baisser avec l'accès à l'emploi.

[624] **Avec le contrat unique d'insertion prévu par la loi RSA, les revenus tirés des contrats aidés seront considérés comme tous les autres revenus du travail et donc soumis à l'intéressement de droit commun.**

[625] De cette façon, **il est possible de garantir que les personnes handicapées n'y perdront plus en acceptant un contrat aidé** : ces derniers vont donc pouvoir jouer tout leur rôle de levier pour l'accès à l'emploi des personnes handicapées.

### **3.2.2. L'AAH constitue une allocation spécifique qui doit garantir un niveau de ressources aux personnes handicapées**

#### **3.2.2.1. Le critère d'accès à l'AAH demeure le handicap**

[626] **L'AAH n'est pas conditionnée par une non-employabilité, mais par l'existence d'un handicap : le Président de la République a rappelé ce principe lors de la Conférence nationale du handicap.**

- [627] Dès lors, l'évaluation du handicap qui conditionne l'accès à la CNH doit se faire sur la base d'un guide barème révisé, afin de tenir compte, dans ce guide jusque-là trop centré sur des critères médicaux, de la nouvelle définition du handicap donnée par loi de 2005, qui souligne notamment de la contribution de l'environnement de la personne à la situation de handicap, et d'assurer une application plus homogène du guide d'un département à l'autre.
- [628] Ces engagements du Président de la République rencontrent des constats et des propositions formulés dans le cadre des travaux préparatoires de la Conférence nationale du handicap. C'est la raison pour laquelle un **groupe de relecture du guide-barème** va être mis en place par la Direction générale de l'action sociale. Ses conclusions sont attendues dans le courant de l'année 2009.
- [629] Les travaux préparatoires à la Conférence nationale du handicap ont également montré qu'il est indispensable de travailler à une **harmonisation des pratiques en matière d'attribution d'AAH**.
- [630] Dans le prolongement de l'audit de modernisation d'avril 2006 sur l'AAH, de nombreuses initiatives ont déjà été prises conjointement par la DGAS et la CNSA pour contribuer à l'harmonisation des pratiques :
- mission d'appui à l'harmonisation des pratiques ;
  - diffusion de fiches pratiques sur l'AAH ;
  - actions de formation auprès des MDPH, dont une procédure conjointe DGAS – CNSA de labellisation d'offres de formation pour les membres des équipes pluridisciplinaires pour renforcer leurs compétences en matière d'éligibilité aux différentes prestations (dont la maîtrise du guide barème, l'appréciation du taux d'incapacité et du handicap, les conditions d'accès aux compléments, les modalités de calcul, les voies de recours...). En outre, des formateurs relais sont actuellement mis à disposition des MDPH par la CNSA.
- [631] Pour prolonger les initiatives engagées et répondre aux priorités de la Conférence nationale du handicap, la DGAS et la CNSA travaillent actuellement à identifier de nouvelles pistes d'action, pour développer de véritables standards de qualité dans l'attribution de l'AAH (délais de traitement, qualité de l'examen médical, composition adéquate de l'équipe pluridisciplinaire, maîtrise de l'utilisation des outils d'évaluation et d'éligibilité à la prestation...). Les travaux dans ce sens seront engagés dès janvier 2009.
- [632] Plus globalement, une réflexion est engagée pour mieux corréliser le versement des financements attribués par l'Etat et la CNSA pour le fonctionnement des MDPH à des objectifs de qualité de service.

#### 3.2.2.2. La spécificité de l'AAH a conduit à écarter son intégration dans la démarche du RSA.

- [633] L'encouragement des bénéficiaires de l'AAH à l'emploi repose certes sur des logiques comparables à celles du RSA : faire en sorte que le produit de chaque nouvelle heure travaillée puisse améliorer le revenu final de la famille en supprimant les « effets de seuil », et, pour les personnes avec une activité professionnelle à temps partiel ou discontinue, garantir que les ressources globales permettent de franchir le seuil de pauvreté avec une quotité de travail plus faible qu'aujourd'hui tout en créant les mécanismes d'accompagnement permettant d'améliorer la qualité de l'emploi.



[634] Mais les difficultés d'accès à l'emploi des personnes handicapées ne sont pas de même nature que celles des bénéficiaires d'autres minima sociaux ; il faut prendre en compte la situation des personnes administrativement reconnues dans l'incapacité de travailler, pour lesquelles l'amélioration des ressources ne peut pas passer par un mécanisme d'intéressement et un revenu d'activité. La concertation a permis de constater l'attachement des acteurs au principe d'une allocation spécifique conçue à l'attention des personnes handicapées afin, notamment, de ne pas confondre handicap et pauvreté.

[635] Dès lors, **la réforme de l'AAH est inspirée par les mêmes principes que la création du RSA, mais en adaptant le dispositif du RSA sur deux points principaux :**

- une période de cumul intégral de 6 mois (au lieu de 3 dans le RSA), parce que les PH ont souvent besoin de plus de temps pour consolider leur emploi ;
- un abattement plus avantageux en cas de temps partiel (80 % jusqu'à 0,4 SMIC) au lieu de 60 % pour le RSA, parce que les PH travaillent très souvent à temps partiel en raison de leur plus grande fatigabilité.

### 3.2.2.3. Le choix d'une amélioration des ressources à travers une augmentation sans précédent de l'AAH

[636] Dans le même temps que l'emploi des bénéficiaires de l'AAH doit être encouragé, l'AAH doit garantir la dignité de ceux qui ne peuvent pas travailler.

[637] **C'est par la hausse de 25% de l'AAH à l'horizon 2012 à laquelle s'est engagé le Président de la République que le Gouvernement a choisi d'apporter une réponse à la faiblesse des ressources des personnes handicapées.**

[638] Il s'agit d'un effort sans précédent de **1,4 milliard d'euros**, qui va permettre d'augmenter les ressources des personnes handicapées de 150 € par mois d'ici cinq ans. Dès 2008, le montant de l'AAH est déjà passé de 628 à 652,6 €. En 2012, l'AAH sera égale à 776 € par mois.

[639] De plus, la réforme des deux régimes d'AAH, qui se fonderont désormais non plus sur un taux d'incapacité supérieur ou inférieur à 80 % mais sur la capacité ou non de la personne handicapée à accéder à l'emploi va permettre d'engager une réforme des compléments d'AAH dans laquelle **les personnes dans l'incapacité de travailler seront prioritaires pour leur attribution.**

[640] Par ailleurs, l'application du mécanisme des ressources minimum garanties aux personnes prises en charge en établissements et services sera évaluée, pour s'assurer de sa mise en œuvre équitable sur le territoire, quelle que soit la catégorie d'établissements et services.

[641] Le minimum invalidité répond à une logique différente de l'AAH. Il ne suivra donc pas la même évolution que l'AAH. Pour autant, les bénéficiaires du minimum invalidité pourront bénéficier du gain des 25 % en demandant une AAH différentielle : en effet, les bénéficiaires d'un minimum invalidité inférieur au montant de l'AAH peuvent percevoir une AAH partielle représentant la différence entre les deux allocations.

[642] Toutes les personnes handicapées disposant de faibles ressources sont donc concernées par la revalorisation des ressources voulues par le Président de la République.

[643] Dans le cadre de la préparation de la conférence nationale du handicap, l'idée de la création d'un revenu minimal d'existence (RME), qui aurait notamment pour vocation de se substituer à l'AAH, avait été proposée. Les travaux du groupe d'appui technique « emplois-ressources » ont permis d'apporter des précisions sur cette proposition, qui consistait en une allocation différentielle, égale au SMIC brut et soumise à l'impôt et aux cotisations sociales, ne tenant plus compte des ressources du conjoint, ouverte à toutes les personnes handicapées avec un taux d'incapacité supérieur à 50 %, et dont le montant conduirait à supprimer le bénéfice automatique des « droits connexes » visant à soutenir le revenu des personnes handicapées. Un cumul avec les revenus d'activité, selon un mécanisme analogue à celui prévu dans le cadre du RSA, était envisagé dans cette proposition.

[644] **À partir de ces indications, une simulation des conséquences de la mise en œuvre de cette proposition avait été réalisée par la DREES**, en prenant en compte les paramètres suivant :

- Le revenu d'existence consisterait en une allocation différentielle, égale au SMIC brut et soumise à l'impôt et aux cotisations sociales ;
- Il s'agirait d'une allocation individualisée qui ne tiendrait plus compte des ressources du conjoint ;
- Il s'agirait d'une allocation ouverte à toutes les personnes handicapées avec un taux d'invalidité supérieur à 50 %, momentanément ou durablement éloignées de l'emploi ;
- Il s'agirait d'une allocation dont le montant conduit à supprimer le bénéfice automatique des « droits connexes » attribués pour soutenir les ressources des personnes concernées (exonération de taxe d'habitation, redevance audiovisuelle, allocation logement à taux plein, demi-part fiscale supplémentaire liée au bénéfice de la carte d'invalidité) mais pas celles liées au handicap proprement dit (crédit d'impôt pour l'aménagement du logement aux conséquences du handicap...) ;
- Il s'agirait enfin d'une allocation qui permet un cumul avec les revenus d'activité, selon un mécanisme analogue à celui prévu dans le cadre du RSA.

[645] **Un débat est né avec les associations concernant l'hypothèse retenue pour la simulation du revenu d'existence selon laquelle la création d'un tel revenu entraînerait la disparition de la demi-part fiscale supplémentaire attribuée aux titulaires d'une carte d'invalidité.**

[646] Il convient de rappeler que le système des parts et demi-parts fiscales (autrement appelé quotient familial) repose sur le principe selon lequel, pour un même revenu, le pouvoir d'achat réel diffère en fonction de la composition du foyer : l'application du quotient familial vise à établir une imposition qui tienne compte non pas des revenus bruts mais du pouvoir d'achat réel du foyer. Il s'agit donc bien d'un droit connexe lié aux ressources des personnes handicapées : ainsi, **dès lors que le revenu d'existence rétablirait, à travers une aide directe, le pouvoir d'achat des personnes handicapées dans une parité avec celui des salariés ordinaires, il n'y aurait plus lieu de prévoir un avantage particulier dans le cadre du quotient familial.**

[647] Il faut cependant préciser que l'intention du Gouvernement n'a jamais été de supprimer cette demi-part fiscale : il s'agissait bien d'une simple hypothèse destinée à tenir compte de la logique du revenu d'existence tel que présenté par les associations de personnes handicapées et à montrer ses effets indirects en matière de droits connexes.

[648] Le chiffrage réalisé par la DREES sur la base du RME ainsi défini montre que ce dispositif est moins avantageux que ce que son montant élevé pourrait laisser attendre (tableaux 4 et 5) : **40 % des personnes handicapées y perdraient, pour une perte mensuelle moyenne de 179 euros**. Deux raisons principales expliquent ce nombre élevé de perdants :

- dans 50 % des cas, la diminution des ressources nettes tient à la suppression de la demi-part fiscale liée au bénéfice de la carte d'invalidité. Les perdants sont les personnes handicapées dont les ressources sont supérieures au plafond du RME et pour lesquelles la perte de ce droit connexe n'est donc pas compensée par une augmentation des prestations perçues. Dans ce cas, la perte moyenne enregistrée est de 71 euros par mois ;
- dans les 50 % des cas restants, la diminution des ressources est liée au passage d'une AAH aujourd'hui familialisée à un RME individualisé. En effet, la fin de la prise en compte des revenus du conjoint implique également la fin de la modulation du plafond de ressources en fonction de la composition du foyer. Pour ces ménages, la perte financière moyenne est nettement plus importante : 263 euros de moins par mois en moyenne.

[649] La décomposition des gagnants et perdants en fonction de la structure du foyer confirme l'impact négatif lié à la fin de la familialisation : les couples avec enfants y perdent dans 60 % des cas et le nombre de perdants monte même jusqu'à 80 % pour les familles monoparentales.

Tableau 6 : Ménages gagnants et perdants à la mise en place d'un revenu minimal d'existence

	Effectif (milliers)	Bénéficiaires de l'AAH			Non bénéficiaires de l'AAH			Ensemble		
		Gagnants	Perdants	Neutres <sup>1</sup>	Gagnants	Perdants	Neutres	Gagnants	Perdants	Neutres
Couple sans enfant	124,7	58%	42%	0%	46%	52%	2%	52%	47%	1%
Couple avec enfant	77,9	47%	53%	0%	29%	68%	3%	40%	59%	1%
Isolé sans enfant	137,8	71%	29%	0%	30%	66%	4%	59%	40%	1%
Famille monoparentale	12,3	21%	79%	0%	5%	95%	0%	18%	82%	0%
Ménage complexe	173,7	84%	16%	0%	40%	54%	6%	74%	25%	1%
<b>Ensemble</b>	<b>526,6</b>	<b>69%</b>	<b>31%</b>	<b>0%</b>	<b>38%</b>	<b>59%</b>	<b>3%</b>	<b>58%</b>	<b>41%</b>	<b>1%</b>

Source : Enquête Revenus Fiscaux 2004 actualisée 2006, calculs DREES.

Tableau 7 : Distribution des niveaux de vie et des pertes pour les ménages perdants

	Effectif (milliers)	Niveaux de vie initiaux (€ / uc)			Pertes mensuelles (€ / uc)			Perte moyenne (€)
		Q1	médiane	Q3	Q1	médiane	Q3	
Couple sans enfant	59,1	1 304	1 651	2 241	43	78	196	207
Couple avec enfant	45,6	1 158	1 366	1 751	25	72	203	261
Isolé sans enfant	54,6	1 262	1 327	1 586	45	65	92	89
Famille monoparentale	10,1	949	1 059	1 346	39	106	144	158
Ménage complexe	43,2	1 216	1 437	1 763	28	46	113	173
<b>Ensemble</b>	<b>212,7</b>	<b>1 248</b>	<b>1 410</b>	<b>1 820</b>	<b>31</b>	<b>66</b>	<b>142</b>	<b>179</b>

Source : Enquête Revenus Fiscaux 2004 actualisée 2006, calculs DREES.

[650] Les conséquences de telles dégradations des situations individuelles, qui auraient mis en difficulté les personnes et ménages concernés, ont conduit le Gouvernement à ne pas s'engager dans cette direction.



# Recherche, prévention et formation : l'avenir de la politique du handicap

## 1. LA LOI DU 11 FEVRIER 2005 INVITE A RENFORCER LA PRISE EN COMPTE DU HANDICAP DANS LES POLITIQUES DE RECHERCHE, DE PREVENTION ET DE FORMATION DES PROFESSIONNELS

[651] Les dispositions du titre II de la loi du 11 février 2005 (consacré à la prévention, à la recherche et à l'accès aux soins) ont pour orientations :

- le caractère pluridisciplinaire de la recherche sur le handicap ;
- la mise en œuvre de politiques de prévention, de réduction et de compensation des handicaps par l'État, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale, sans préjudice des dispositifs de prévention et de dépistage relevant de la politique de santé publique, de l'éducation nationale et de la santé au travail. Conformément à l'approche du handicap retenue par le législateur, ces actions de prévention portent également sur les conditions collectives de limitation des causes du handicap et les actions d'amélioration du cadre de vie ;
- une formation spécifique, dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de santé et du secteur médico-social, sur l'évolution des connaissances relatives aux pathologies à l'origine des handicaps et les innovations thérapeutiques, technologiques, pédagogiques, éducatives et sociales.

## 2. LA PRISE EN COMPTE DU HANDICAP PAR LES POLITIQUES DE RECHERCHE, DE PREVENTION ET DE FORMATION EST EVALUEE PAR L'ONFRIH

[652] La loi du 11 février 2005 a créé à son article 6 un Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap (ONFRIH), chargé de se prononcer sur la coordination entre la politique de prévention du handicap et les politiques de prévention et de dépistage des problèmes de santé prévues par le code de la santé publique, le code de l'éducation et le code du travail.

[653] En matière de recherche et d'innovation, de formation et de prévention, la mission de l'Observatoire est d'établir un inventaire et une évaluation de l'existant et d'émettre des avis ayant vocation à être intégrés dans les programmations et actions des opérateurs concernés. Les travaux de l'ONFRIH donnent lieu à un rapport annuel d'étape et à un rapport d'ensemble triennal.

[654] Son conseil d'orientation rassemble des représentants des associations de personnes handicapées, des personnalités qualifiées et des représentants des organismes intervenant dans les domaines de compétences de l'ONFRIH.

[655] L'ONFRIH a été installé en avril 2007. Il a établi au cours du deuxième semestre 2007 son premier programme de travail :

- en matière de recherche et d'innovation, l'ONFRIH a choisi d'adopter une analyse par champs disciplinaires : sciences de l'homme et de la société en 2008, sciences de l'ingénieur (dont technologies de l'information et de la communication) en 2009, sciences biomédicales en 2010 ;

- en matière de formation, le programme de l'ONFRIH est le suivant : contenus de formations existants (formation initiale et continue) des professionnels de tous les domaines concernés (travailleurs sociaux, MDPH, médecins et personnels soignants, enseignants, gestionnaires de ressources humaines, architectes en 2008, attentes en matière de formation des aidants familiaux et besoins d'information des acteurs institutionnels et de sensibilisation de la population en 2009, dispositifs de formation et leviers d'action pour les faire évoluer en 2010 ;
- en matière de prévention, l'ONFRIH a organisé son programme par tranches d'âge ;
- enfin, l'ONFRIH a débuté en 2008 un travail sur le thème transversal de l'emploi des personnes handicapées.

[656] Pour chaque domaine (recherche-innovation, formation, prévention), un groupe de travail dédié se réunit régulièrement et procède à des auditions. Le premier rapport annuel devrait être établi début 2009.

[657] Les premiers travaux de l'ONFRIH sur les sciences humaines et sociales font état de la relative difficulté, imputable au cloisonnement disciplinaire dans ce secteur, à développer des approches transversales telles que les « *disability studies* » des pays anglo-saxons. Dans un contexte de mise en place d'instituts thématiques par les organismes de recherche, l'ONFRIH recommande de veiller à la lisibilité de la recherche sur le handicap. Il préconise la mise en œuvre d'une politique incitative adaptée, notamment par l'affectation de doctorants et de post-doctorants, et enfin encourage la consultation d'associations de personnes handicapées lors de la définition des priorités de recherche.

[658] En matière de formation, l'ONFRIH préconise la construction d'une culture commune par les formations, portant sur certains axes structurants liés aux objectifs de la loi (travail sur les représentations sociales, nature et diversité des difficultés des personnes, rôle de l'environnement, cadre juridique, dispositifs), et une réflexion sur le partage entre formation générale et formations spécifiques, et l'option entre le développement de métiers génériques accompagnés de spécialisation, et la promotion de nouveaux métiers spécialisés.

[659] En matière de prévention chez les enfants (diagnostic et dépistage), une attention particulière est accordée aux grands prématurés, présentant de plus hauts risques de déficiences, qui nécessitent un suivi renforcé avant quatre ans. Pour l'ensemble des enfants, une réflexion doit être menée sur le fonctionnement de la chaîne dépistage – diagnostic – prise en charge.

[660] Enfin, les travaux sur l'emploi soulignent le caractère exclusivement quantitatif et descriptif des systèmes d'information sur le taux d'emploi, sans permettre d'analyse des facteurs de difficulté d'insertion et de maintien de l'emploi.

### **3. LA MISE EN ŒUVRE DE CES ORIENTATIONS EST DECLINEE DANS LE CADRE DES DIFFERENTS PLANS**

[661] Bien que ne résumant pas à eux-seuls l'intégralité des actions engagées en la matière par les pouvoirs publics, les différents plans consacrés à certaines formes ou causes de handicap accordent une large place à la recherche, à la prévention et à la formation.

[662] La recherche fait ainsi l'objet de mesures dans le cadre :

- du plan autisme 2008-2010 : la meilleure connaissance de l'autisme constitue le premier axe du plan autisme. En effet, il est nécessaire, à la fois pour rompre l'isolement des personnes atteintes d'autisme et de leur entourage et pour améliorer leur prise en charge. Il est fondamental d'élaborer un corpus commun de connaissances sur l'autisme, pour améliorer la formation des professionnels et leurs pratiques. Un comité d'experts est chargé d'élaborer ce corpus de connaissances en lien avec le groupe de suivi scientifique de l'autisme, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-Sociale (ANESMS). Une étude épidémiologique de l'autisme et des TED sera réalisée, et la recherche sur ces phénomènes devra être encouragée ;
- du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 : création d'une fondation de coopération scientifique, développement de la recherche clinique et des thérapies non-médicamenteuses, création de postes de recherche et soutien de groupes de recherche, études épidémiologiques, génotypage...
- du plan bien vieillir 2007-2009.

[663] La formation occupe également une large place au sein :

- du plan autisme : le corpus de connaissances servira d'appui à un programme de formation des différents intervenants : professionnels de santé et du secteur médico-social, enseignants, AVS, personnels des MPDH. Les savoirs capitalisés seront intégrés dans la formation initiale et continue et leur diffusion sera accélérée par des formations de formateurs. Dans le cadre du plan métiers, un travail sera engagé pour identifier les métiers émergents qui renouvellent les réponses apportées aux personnes autistes en matière d'accompagnement. A terme, ces nouvelles fonctions pourront être valorisées dans le cadre de filières métiers mieux identifiées et reconnues ;
- du plan « Handicap visuel » : formation à la locomotion et à l'instruction à la vie journalière, prise en compte renforcée des besoins spécifiques de la personne âgée devenue malvoyante, dans le contenu des formations à la rééducation en locomotion et aux activités de la vie et des formations à destination des personnels des maisons de retraite

[664] Enfin, la prévention est abordée par l'ensemble de ces plans :

- plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, dont le second axe est consacré à l'éducation thérapeutique ;
- le plan autisme prévoit un développement du diagnostic précoce chez l'enfant ;
- le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 consacre une partie de ses moyens à la prévention (6 millions en 2008) ;
- le plan « Handicap visuel » prévoit un développement du dépistage ;
- l'essentiel des actions du plan Bien vieillir 2007-2009 est constitué d'actions de prévention.





# Conclusion

[665] Si le bilan de l'application de la loi en 2009 montre nécessairement les efforts à accomplir, les réalisations sont pour autant nombreuses.

[666] Elles ont été rendues possibles par un important travail d'élaboration et de publication des textes d'application qui a mobilisé les administrations, dans le cadre d'une concertation soutenue avec les personnes handicapées et les acteurs concernés.

[667] Elle se traduit par une progression de l'effort financier de la Nation, à un niveau inégalé.

## 1. UN IMPORTANT TRAVAIL DE PUBLICATION DE TEXTES REGLEMENTAIRES

[668] Depuis la promulgation de la loi, plus de 140 décrets et arrêtés ont été pris, élaborés en concertation avec le secteur, notamment avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), ce qui a représenté un travail considérable, notamment pour la Direction générale de l'action sociale, et qui est actuellement en cours de finalisation.

[669] Si l'objectif de la loi du 11 février 2005 d'une publication intégrale des textes d'application dans les six mois du vote de la loi n'a pu être tenu, le souci d'expertise préalable et de concertation explique ces retards.

[670] La publication des derniers textes a été retardée soit du fait de consultations obligatoires, soit du fait d'expertises approfondies qui ont dû être réalisées pour préparer les arbitrages nécessaires :

- les décrets relatifs au bénéfice du régime d'aide sociale à l'hébergement pour les personnes handicapées accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) seront publiés d'ici la fin du mois de janvier 2009 ;
- le décret sur l'accessibilité des lieux de travail a été soumis au Conseil d'Etat. Sa publication interviendra au premier trimestre 2009 ;
- le décret consacré aux modalités de coopération entre éducation ordinaire et éducation adaptée et l'arrêté subséquent ont donné lieu à une mission d'expertise demandée par le Gouvernement. Il doit encore recueillir l'avis du Conseil supérieur de l'éducation et de la CNAMTS pour être mis en signature ;
- Le décret pérennisant le comité de réflexion et de proposition sur l'autisme et les troubles envahissants du développement est en cours de signature. Le comité se réunit toutefois régulièrement depuis 2007 ;
- Le décret sur les obligations des établissements accueillant des personnes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie est soumis, à la demande du ministère de l'intérieur, à la nouvelle commission consultative d'évaluation des normes, afin de confirmer son absence d'impact sur les collectivités territoriales. Il sera signé au premier trimestre 2009 ;

[671] La Délégation Interministérielle a joué un rôle essentiel dans ce travail de publication des textes réglementaires en assurant la coordination des travaux des nombreux ministères et administrations mobilisés, du fait du champ très large de la loi du 11 février 2005.

[672] L'application de la loi dans les collectivités d'outre-mer relevant de l'article 74 de la Constitution est prévue pour Saint-Pierre-et-Miquelon sous réserve d'adaptations prévues à l'article 93 ; pour les autres collectivités, l'application est conditionnée à des ordonnances d'extension.

[673] Après l'achèvement des consultations nécessaires, le Président de la République et le Premier ministre ont publié l'ordonnance n°2008-859 du 28 août 2008 permettant l'extension des dispositions de la loi dans les collectivités outre-mer. Ce texte étend certaines dispositions relatives à l'accessibilité (vote, relations des personnes déficientes auditives avec les services publics et les juridictions, locaux d'habitation, lieux de travail, commission communale pour l'accessibilité aux personnes handicapées) dans l'ensemble des collectivités d'outre-mer, adapte les dispositions législatives propres à Saint-Pierre-et-Miquelon, et surtout permet l'extension et l'adaptation à Mayotte des principales dispositions de la loi du 11 février 2005 : création d'un « service commun » à l'État et à la collectivité de Mayotte constituant l'équivalent d'une MDPH et d'une commission des personnes handicapées, mise en place de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, extension de l'OETH à compter du 1er janvier 2011, extension et adaptation des dispositions relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, création d'un schéma de l'organisation sociale et médico-sociale simplifié, intervention de la CNSA, financement dans le cadre de l'ONDAM... Dans la perspective de la départementalisation de Mayotte, le régime spécifique défini par l'ordonnance devrait continuer à évoluer. Les décrets d'application de l'ordonnance sont en cours d'élaboration.

## **2. LA CONCERTATION AVEC LES PERSONNES HANDICAPEES EST ASSUREE PAR LE CNCPH**

[674] La loi du 17 janvier 2002 avait créé le CNCPH pour assurer la participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques les concernant (article L. 146-1 du CASF). Le CNCPH associe les pouvoirs publics et la société civile : associations de personnes handicapées et de familles, organismes gestionnaires, organismes finançant la protection sociale des personnes handicapées ou développant des actions de recherche, organisations syndicales de salariés, organisations professionnelles d'employeurs, représentants des collectivités territoriales.

[675] La participation et la citoyenneté des personnes handicapées sont au cœur de la loi du 11 février 2005. Aussi, celle-ci a élargi la compétence du CNCPH au-delà des saisines facultatives par le Gouvernement ou de la capacité d'auto-saisine qui lui étaient reconnues, en lui confiant une mission obligatoire d'évaluation de la situation des personnes handicapées prises en charge au titre de la solidarité nationale et de proposition au Parlement et au Gouvernement, pour assurer cette prise en charge « par une programmation pluriannuelle continue ». Surtout, le dernier article de la loi de 2005 prévoit une consultation obligatoire du CNCPH pour tous les textes réglementaires d'application de la loi du 11 février 2005.

[676] Le CNCPH joue donc un rôle essentiel tant dans la mise en œuvre de la loi, que dans la démarche d'évaluation et de progression régulières de la politique du handicap.

[677] Depuis la loi du 11 février 2005, le CNCPH a ainsi examiné quelques 140 textes d'application.

[678] Le CNCPH a organisé le travail de ses commissions spécialisées pour permettre un examen des décrets et arrêtés les plus complexes et une concertation avec les administrations, qui a permis de faire évoluer de façon très sensible certains projets de textes. Ainsi, le CNCPH n'a pas été une instance consultative enfermée dans l'alternative entre avis favorable ou défavorable, mais a pu peser sur l'élaboration de la réglementation. Dans 90% des cas, les textes d'application de la loi du 11 février 2005 ont reçu un avis favorable du CNCPH.

[679] Le CNCPH s'est saisi de plusieurs sujets qui ont donné lieu à un rapport, tels que les personnes handicapées en situation de grande dépendance et la garantie des revenus d'existence.

[680] Il a été saisi par le ministre du Travail, des Relations sociales, de la Solidarité et de la Famille, et la secrétaire d'État chargée de la solidarité pour apporter sa contribution à l'élaboration du « plan métiers ».

[681] Le CNCPH est chargé d'une mission de « coordination » des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées (CDCPH) prévus à l'article L. 146-2, chargés de se prononcer sur la mise en œuvre départementale de la politique du handicap et de réaliser un recensement des personnes handicapées ; pour assurer leur mission d'évaluation, les CDCPH sont informés de l'activité des MDPH et du contenu et de l'application des PDITH, et ont accès aux données des CDAPH et des institutions accueillant des personnes handicapées.

### 3. UN EFFORT FINANCIER ACCRU DE LA NATION

[682] Les politiques en direction des personnes handicapées font intervenir une pluralité d'acteurs : État, assurance-maladie, CNSA, départements, AGEFIPH, FIPHFP, UNEDIC, régions... Il est dès lors très difficile, sinon, impossible de disposer d'une vue consolidée de l'effort financier de la Nation.

[683] **Le compte social du handicap publié par la DREES en janvier 2008 fait état d'un effort total de la Nation de plus de 34 milliards d'euros. Il montre ainsi que la part des dépenses consacrées par la Nation au handicap dans le PIB est passée de 1,75 % en 2000 à 1,91 % en 2006, avec un rythme de croissance de 5,2 % par an.**

	Montant en M€	Part des dépenses totales
<b>Etat</b>	8 232	24,1 %
<b>Départements</b>	4 021	11,8 %
<b>Sécurité sociale</b>	19 910	58,2 %
<i>dont assurance maladie</i>	12 554	36,7 %
<i>dont branche famille</i>	607	1,8 %
<i>dont AT-MP</i>	6 748	19,7 %
<b>Régimes privés</b>	1 976	5,8 %
<b>Autres régimes</b>	54	0,2 %
<b>Total</b>	<b>34 193</b>	<b>100 %</b>

Source : DREES

[684] L'évolution des efforts financiers des principaux contributeurs montre également une hausse très nette des montants affectés à cette politique depuis 2005.

[685] **L'engagement financier de l'Etat a été considérable** : en quatre ans, entre 2005 et 2009, les crédits inscrits en loi de finances **ont progressé de plus de 1 Md€**. Et encore ne s'agit-il que des dépenses en faveur des personnes handicapées individualisables car inscrites sur des programmes spécifiques.

	2005	2009	Evolution
Santé	7 558	8 651	+ 14 %
Travail	209	308	+ 47 %
Anciens combattants	2 221	1 872	- 16 %
Education nationale	194	256	+ 32 %
Dépenses fiscales	620	805	+ 30 %
<b>Total</b>	<b>10 802</b>	<b>11 892</b>	<b>+ 10 %</b>

[686] **La CNSA, quant à elle, a consacré 1,9 milliard d'euros depuis 2005 aux créations de places en établissements et services pour personnes handicapées.** Au total, plus de **30 000 places** ont pu être créées pour accueillir les personnes les plus lourdement handicapées ou pour les accompagner à domicile. **Le plan de création de places annoncé par le Président de la République constitue un nouvel engagement de près de 1,5 milliard d'euros d'ici 2014.**

Tableau 8 : Charges de la CNSA 2006-2009 à destination des personnes handicapées (hors virements entre sections et opérations diverses, en millions d'euros)

	2006 (exécuté)	2007 (exécuté)	2008 (prévisionnel)	2009 (prévisionnel)
OGD	6 738,4	7 289,8	7 504	8 003
GEM	20	20	24	24
ANESMS		0,6	0,6	0,7
<b>Total sous-section<sup>10</sup> I-I</b>	<b>6 758,4</b>	<b>7 310,4</b>	<b>7 528,6</b>	<b>8 027,7</b>
Contribution PCH	523,3	530,5	556,5	561,4
Contribution MDPH	20	50	45	45
Majoration AEEH	16,3	19	22,7	21,4
Congé soutien familial		4,8	0,7	0,5
<b>Total section III</b>	<b>559,6</b>	<b>604,3</b>	<b>623,9</b>	<b>628,3</b>
Modernisation, professionnalisation et formation des services		53,4	7	11,9
Plan métier				3
<b>Total section IV-2</b>		<b>53,4</b>	<b>7</b>	<b>14,9</b>
Animation, prévention, études	0,9	4,3	10	10
Investissements des établissements (plans d'aides à la modernisation, d'aides à l'investissement, contributions CPER)	150	79,3	112,3	145
Autres (STAPS, étudiants handicapés)	5,4	3,3		
<b>Total section V-2</b>	<b>156,3</b>	<b>86,9</b>	<b>122,3</b>	<b>155</b>
<b>Total</b>	<b>7 474,3</b>	<b>8 055</b>	<b>8 281,8</b>	<b>8 825,9</b>

Source : PLFSS, annexe 8.

[687] La création de la journée de solidarité pour l'autonomie a permis d'allouer **1,3 milliard d'euros depuis 2006 au financement de la prestation de compensation du handicap** créée par la loi du 11 février 2005. Cette nouvelle recette a permis de doubler les sommes consacrées jusque-là au financement des aides humaines et techniques rendues nécessaires par le handicap.

[688] **L'effort des conseils généraux a progressé de plus de 10 % depuis le vote de la loi du 11 février 2005, pour atteindre fin 2007, dernier chiffre connu, près de 4 milliards d'euros.** Leurs dépenses sont tirées à la fois par la montée de charge de la prestation de compensation du handicap et par la poursuite du développement de l'offre de places en établissements et services non-médicalisés (foyers de vie, foyers d'hébergement, foyers occupationnels, SAVS...).

<sup>10</sup> Dans un souci de transparence, le législateur a entendu organiser le budget de la CNSA en sections distinctes, avec des règles strictes de répartition et d'affectation des ressources et des charges. A l'exception de la section VI (charges administratives) et des sections II et III (spécialisées par publics), chaque section comprend une sous-section « personnes handicapées » et une sous-section « personnes âgées dépendantes ». L'objectif poursuivi est en effet de présenter en toute clarté l'origine des produits et la destination des charges de la caisse par catégories de prestations fournies et de destinataires : personnes âgées en perte d'autonomie, personnes handicapées. Ainsi, l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles individualise au sein du budget de la caisse, six sections distinctes et précise les fractions de CSG et de CSA allouées à chaque section ou sous-section.

[689] Enfin, en cumulant les ressources de l'AGEFIPH, du FIPHFP et la subvention de l'UNEDIC aux Cap Emploi, ce sont plus de 700 millions qui peuvent être mobilisés chaque année par les seuls opérateurs spécialisés au service de l'emploi des personnes handicapées. La loi de 2005 est à l'origine d'une **augmentation de 80 % de la collecte réalisée auprès des employeurs par ces organismes** : au total en 2007, pour la promotion de l'emploi des personnes handicapées, ce sont 330 millions d'euros supplémentaires ont pu être investis dans la politique de l'emploi des personnes handicapées.

#### 4. UNE POLITIQUE DU HANDICAP INSCRITE DANS UNE PERSPECTIVE EUROPEENNE ET INTERNATIONALE

[690] Alors que vient de s'achever la Présidence française du Conseil de l'Union européenne, le Gouvernement tient à souligner l'inscription de la politique menée par la France dans le cadre d'une véritable politique européenne en direction des personnes handicapées.

[691] Aux termes de l'article 26 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, « *l'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté* ».

[692] Depuis 2003, à la suite de l'année européenne des personnes handicapées qui, en 2003, a œuvré à la sensibilisation du public, à la réflexion sur les mesures requises et à l'échange de bonnes pratiques en Europe, la Communauté européenne s'est engagée dans une action en faveur de l'égalité des chances pour les personnes handicapées.

[693] Dans le cadre d'un plan d'action pluriannuel 2004-2010, la Commission a présenté trois communications successives (COM(2003)650, COM(2005)604), COM(2007)738), précisant les différentes phases du plan d'action. L'action de la Communauté s'appuie sur une application effective de la directive 2000/78/CE en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail et la mise en œuvre du programme de lutte contre les discriminations 2001-2006. La politique communautaire en faveur des personnes handicapées a vocation à être inscrite dans les différentes politiques de la Communauté :

- stratégie européenne pour l'emploi (mobilisation du Fonds social européen et de l'initiative Equal),
- politique de la concurrence (autorisation des aides d'État pour l'emploi de travailleurs handicapés),
- libre circulation des citoyens (réduction du nombre de pensions d'invalidité non exportables dans le cadre de la coordination des régimes de sécurité sociale),
- protection des travailleurs (promotion du dialogue social sur le handicap, application des dispositions communautaires sur la sécurité et la santé sur les lieux de travail, prévoyant l'aménagement des lieux de travail)
- politique des transports (encouragement à l'accessibilité des transports publics dans le Livre blanc *La politique européenne des transports à l'horizon 2010: l'heure des choix*),
- marché intérieur : promotion de normes dans les domaines de l'environnement bâti ;
- éducation, de formation et de jeunesse.

- [694] Le Conseil Emploi, Politique sociale, Santé et Consommateurs a adopté, le 29 février 2008, une résolution sur la situation des personnes handicapées dans l'Union qui définit un plan d'action européen pour les personnes handicapées 2008-2009. Dans le cadre des priorités qui ont été retenues pour cette période, l'accessibilité a été désignée comme un objectif prioritaire aux fins de l'inclusion active et de l'accès aux droits.
- [695] En 2007, l'Union et la grande majorité de ses États-membres ont par ailleurs signé ensemble la Convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées. La France a signé la convention en mars 2007 et a engagé un processus de ratification.
- [696] La Présidence française du Conseil de l'Union européenne a consacré deux manifestations au handicap :
- la conférence sur la scolarisation des enfants handicapés des 29 et 30 octobre 2008 a évoqué notamment les questions de l'environnement humain et professionnel nécessaire aux élèves handicapés, de la formation des enseignants et personnels d'encadrement, et permis d'esquisser les convergences possibles pour la scolarisation des élèves handicapés en Europe ;
  - le sommet de l'égalité des chances des 29 et 30 septembre a établi un diagnostic sur les discriminations en Europe et envisagé le rôle des différents acteurs et les outils disponibles ou nécessaires pour aboutir à une réelle égalité des chances.
- [697] En outre, l'organisation d'un forum des services sociaux d'intérêt général (SSIG) traduit l'engagement de la Présidence française en vue de la reconnaissance des spécificités des SSIG en prenant en compte leur diversité et leurs particularités, afin de permettre le maintien des outils de financement et de régulation actuels de notre politique sociale qui visent à assurer la protection des personnes les plus vulnérables. La démarche de la Présidence française concourt à deux objectifs : poursuivre les travaux relatifs au cadre juridique des SSIG et engager des travaux relatifs à la qualité des SSIG en vue de l'élaboration d'un cadre européen de qualité.
- [698] En outre, la Présidence française soutient les initiatives en faveur de la lutte contre les discriminations proposées par la Commission dans le cadre de sa communication du 2 juillet 2008 *Non-discrimination et égalité des chances : un engagement renouvelé* (SEC(2008)2172), notamment la proposition de directive renforçant le cadre juridique européen de lutte contre les discriminations.
- [699] Enfin, la politique du handicap s'appuie également sur les recommandations et le plan d'action (2006-2015) du Conseil de l'Europe dont le rôle en matière de handicap et d'émergence des droits de l'homme est fondamental.

## 5. SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DU HANDICAP

[700] La prochaine Conférence nationale sur le handicap se tiendra en 2011. Elle permettra d'établir un nouveau bilan de l'application de la loi du 11 février 2005 et des engagements du Gouvernement.

[701] Afin de garantir l'atteinte des objectifs que s'est fixé le Gouvernement, il apparaît nécessaire de se doter d'un tableau de bord de la politique du handicap, permettant un suivi annuel des objectifs les plus stratégiques.

Tableau 9 : Tableau de bord de la politique du handicap

OBJECTIF	Indicateurs associés
Efficacité du fonctionnement des MDPH et CDAPH	Nombre de décisions (toutes décisions confondues) et nombre de décisions de PCH Délais moyens de traitement par type de décision Satisfaction des usagers Taux de recours
Développement de l'offre d'accueil	Nombre de places pour adulte ouvertes Nombre de places pour enfants ouvertes
Accessibilité du cadre bâti	Nombre de commissions communales et intercommunales d'accessibilité installées Bilan du fonctionnement des commissions communales d'accessibilité Nombre de schémas directeurs d'accessibilité des transports publics Mise en œuvre des schémas d'accessibilité Nombre d'ERP de l'État mis en accessibilité Nombre de diagnostics des ERP publics réalisés
Scolarisation	Nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire Nombre d'enfants scolarisés dans les établissements médico-sociaux Nombre d'enfants scolarisés dans l'enseignement secondaire
Emploi	Taux d'emploi dans le secteur privé Taux d'emploi dans la fonction publique Nombre de bénéficiaires de l'AAH bénéficiant d'un cumul entre AAH et revenus d'activité Nombre de sorties définitive de l'AAH par l'emploi





## Sigles utilisés

AAH	Allocation pour adulte handicapé
ACTP	Allocation de compensation pour tierce personne
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AES	Allocation éducation spéciale
AFPA	Association pour la formation professionnelle des adultes
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
ANESMS	Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
ANR	Agence Nationale de la Recherche
AOT	Autorités organisatrices des transports
AOTU	Autorités organisatrices des transports publics urbains
ARS	Agences régionales de santé
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
CAF	Caisse d'allocation familiale
CAMSP	Centres d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centres communaux d'action sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDCPH	Conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées
CDES	Commissions départementales d'éducation spéciale
CERFA	Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs
CERTU	Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
CLIS	Classes d'intégration scolaire
CMN	Centre des monuments nationaux
CMPP	Centres médico-psycho-pédagogiques
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNC	Centre national du cinéma
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNHSTA	Commission nationale d'hygiène et de sécurité des travailleurs agricoles
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COTOREP	Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel
CRA	Centre de ressources sur l'autisme
CROSMS	Comités régionaux d'organisation sanitaire et médico-sociale
CRP	Centre de rééducation professionnelle
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSPRP	Conseil supérieur de prévention des risques professionnels
CSTB	Centre scientifique et technique du bâtiment
DARES	Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques
DDE	Direction départementale de l'équipement
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et la formation professionnelle
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
EA	Entreprises adaptées

ECAP	Emplois exigeant des conditions d'aptitude particulières
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
ERP	Etablissements recevant du public
ESAT	Etablissement ou service d'aide par le travail
FAM	Foyers d'accueil médicalisés
FIAH	Fonds interministériel pour l'accessibilité aux personnes handicapées
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
GEM	Groupes d'entraide mutuelle
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation
GIP	Groupement d'intérêt public
GRPH	Garantie des ressources aux personnes handicapées
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IME	Instituts médico-éducatifs
IMpro	Institut médico-professionnel
IOP	Installations ouvertes au public
ITEP	Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAS	Maisons d'accueil spécialisées
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MEEDDAT	Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de l'Aménagement du territoire
MSA	Mutualité sociale agricole
OETH	Obligation d'emploi des travailleurs handicapés
OGD	Objectif de gestion déléguée
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONFRIH	Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap
OPCA	Organismes paritaires collecteurs agréés
PCH	Prestation de compensation du handicap
PDITH	Plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés
PMR	Personnes à mobilité réduite
PRIAC	Programmes interdépartementaux d'accompagnement de la perte d'autonomie
PRITH	Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
RME	Revenu minimal d'existence
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAMEH	Service d'Appui pour le Maintien dans l'Emploi des personnes handicapées
SAMSAH	Services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées
SESSAD	Services d'éducation spéciale et de soins à domicile
SPE	Service public de l'emploi
SSIG	Services sociaux d'intérêt général
STIF	Syndicat des transports d'Ile de France
TED	Troubles envahissants du développement
TNT	Télévision numérique terrestre
UPI	Unités pédagogiques d'intégration
VAE	Valorisation des acquis de l'expérience