



**Rapport du Gouvernement
au Parlement sur la politique nationale
en direction des personnes handicapées
2013 - 2015**

« L'article L. 114-2-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'article 3 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 modifiée pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dispose qu'« à l'issue des travaux de la conférence nationale du handicap, le Gouvernement dépose sur le bureau des assemblées parlementaires, après avoir recueilli l'avis du Conseil national consultatif des personnes handicapées, un rapport sur la mise en œuvre de la politique nationale en faveur des personnes handicapées, portant notamment sur les actions de prévention des déficiences, de mise en accessibilité, d'insertion, de maintien et de promotion dans l'emploi, sur le respect du principe de non-discrimination et sur l'évolution de leurs conditions de vie. Ce rapport peut donner lieu à un débat à l'Assemblée nationale et au Sénat »

INTRODUCTION

Cette année est marquée par le dixième anniversaire du vote de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

En rupture avec la vision compassionnelle qui présidait jusqu'alors, ce texte crée des droits spécifiques en faveur des personnes en situation de handicap pour leur permettre de trouver leur place au sein de la société.

Pour ce faire, il engage un changement culturel, sociétal et organisationnel majeur.

Il y a bel et bien en France un avant et un après 2005 dans la manière d'appréhender la notion de handicap. Si cette dernière suppose toujours une altération d'origine diverse, elle est désormais appréhendée au travers du prisme des personnes en situation de handicap elles-mêmes, leurs difficultés et conséquences qui en résultent sur leur vie personnelle et sociale. La loi reconnaît également le rôle joué par l'environnement dans l'aggravation ou l'atténuation de ces difficultés.

En découle la création d'un droit à la compensation novateur car universel. Il se traduit pour les personnes handicapées par la possibilité de bénéficier de la prestation de compensation du handicap, laquelle a pour objet la couverture de besoins aussi divers et concrets que les aides humaines, les aides techniques ou encore l'aménagement du logement.

En gravant dans le marbre de la loi le principe d'accessibilité universelle, c'est-à-dire le droit pour tous d'accéder à tout, le législateur de 2005 a en outre ouvert l'espace public au sens large aux personnes handicapées, et ce quel que soit leur handicap (sensoriel, moteur, mental ou encore psychique). Cela recouvre des domaines aussi essentiels et variés que l'école, le milieu ordinaire de travail, la culture, la consommation, les loisirs, l'information...

Cette loi a enfin redessiné le paysage institutionnel du secteur en créant les maisons départementales des personnes handicapées, lieux uniques d'accueil pour elles et pour leur famille où se concentrent les compétences en matière d'orientation, d'information et d'évaluation et de suivi des réponses proposées.

Pour faire vivre la loi du 11 février 2005 et permettre une traduction tangible du principe d'accessibilité universelle qu'elle affirme, le Gouvernement s'appuie sur la Convention des Nations-Unies relative aux droits des personnes handicapées. Celle-ci a été adoptée par l'Assemblée Générale des Nations-Unies le 13 décembre 2006 et ratifiée par la France au début de l'année 2010.

Ce texte a pour objectif de promouvoir et de protéger les droits civils, politiques, économiques, culturels et sociaux des personnes handicapées sur la base de l'égalité avec les autres citoyens. Son application progressive engage notre pays à un changement de philosophie comme de méthode ; sa prise en compte a conduit le Gouvernement à imprimer à partir de mai 2012 une nouvelle direction. Cette dernière privilégie l'approche intégrée du handicap dans l'élaboration des politiques publiques. Tel est l'objet de la circulaire du Premier ministre rendant obligatoire, en amont de la rédaction de chaque projet de loi, la prise en compte de dispositions relatives aux personnes en situation de handicap.

Elle implique en parallèle la mobilisation de l'ensemble des forces sociales vers l'objectif d'inclusion accompagnée.

Enfin, elle fait sienne l'idée que rien dans les politiques publiques les concernant ne saurait se faire sans la participation directe des personnes en situation de handicap.

La Conférence nationale du handicap, qui s'est tenue à la fin de l'année 2014, témoigne de cette nouvelle direction.

Tout d'abord parce qu'elle s'est inscrite pour la première fois dans la suite immédiate du Comité Interministériel du Handicap réuni un an plus tôt. Elle a donc été l'occasion pour le Gouvernement de rendre des comptes en toute transparence de l'avancement des soixante et onze mesures qui composaient sa feuille de route.

Ensuite, parce qu'elle a été précédée de forums régionaux, elle a organisé partout en France le recueil de la parole et des préconisations des personnes en situation de handicap elles-mêmes ainsi que des associations.

Elle a été conclue par Monsieur le Président de la République, qui a rendu publique à cette occasion la nouvelle feuille de route à trois ans venant compléter et développer le plan d'action du Gouvernement en matière de politique du handicap.

Cette feuille de route porte des mesures centrées sur l'inclusion et la pleine participation des personnes dans tous les domaines de la vie quotidienne.

Le présent rapport du Gouvernement au Parlement est conçu en deux volets.

Sa première partie consiste en un exercice de bilan des dix ans de politique du handicap menée depuis l'adoption de la loi du 11 février 2005. Si elle fait apparaître ses évolutions positives, elle ne saurait taire ses domaines moins aboutis.

Pour ce faire, elle s'appuie non seulement sur les bilans établis par les administrations, mais aussi sur des analyses développées dans des rapports émanant à la fois du Parlement, d'associations et des corps d'inspection et de contrôle ainsi que des publications scientifiques.

Sa seconde partie détaille les grandes orientations annoncées lors de la Conférence nationale du handicap et portées par les divers ministères pour faire évoluer leurs politiques.

Ce rapport est assorti de l'avis rendu par Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées à son sujet.

Ségolène NEUVILLE
Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées
et de la lutte contre l'exclusion

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
RAPPORT.....	9
1 DIX ANS APRES LA LOI DE FEVRIER 2005 : DES PRINCIPES FONDATEURS RECONNUS MAIS UN BILAN EN DEMI-TEINTE	9
1.1 Les personnes en situation de handicap : quelques définitions préalables d'une population difficile à recenser.....	9
1.1.1 Définir la notion de handicap.....	9
1.1.2 Approche strictement administrative du recensement des personnes en situation de handicap.....	10
1.1.3 Approche sociologique plus large.....	11
1.2 Bien que difficile à apprécier dans sa globalité, la dépense publique consacrée depuis 2005 à la politique du handicap a continué à progresser de près de 5% par an.....	13
1.3 Prévention, traitement, compensation et accompagnement du handicap : des progrès à poursuivre.....	16
1.3.1 Les dispositifs pour prévenir, traiter, compenser et accompagner les situations de handicap se sont développés depuis 2005 mais font l'objet d'un bilan nuancé.....	16
1.3.2 Depuis 2012, le Gouvernement cherche à améliorer la prévention, l'organisation de l'accompagnement médico-social et l'accès aux soins.....	28
1.4 Jeunesse : vers une communauté éducative inclusive et un enseignement supérieur davantage tourné sur le handicap.....	38
1.4.1 Ecole : le doublement du nombre d'élèves handicapés scolarisés a conduit le Gouvernement à professionnaliser la communauté éducative et à renforcer la coordination entre l'éducation nationale et le secteur médico-social.....	39
1.4.2 L'université, l'enseignement supérieur et la recherche : un renforcement des objectifs d'accueil, d'accessibilité et d'insertion professionnelle et un développement de la formation et de la recherche sur le handicap.....	50
1.5 Emploi : malgré des outils en développement, un taux de chômage qui reste deux fois plus élevé que la moyenne générale.....	59
1.5.1 La loi du 11 février 2005 a renforcé un cadre juridique favorable à l'emploi des personnes handicapés.....	60
1.5.2 Si cette politique a permis d'accroître la présence des travailleurs handicapés dans le milieu du travail, ceux-ci pâtissent toujours d'un taux de chômage 2,3 fois supérieur à celui de la population générale.....	70
1.5.3 Depuis 2012, le Gouvernement cherche à renforcer le pilotage de cette politique, à développer la formation professionnelle et, lorsque c'est nécessaire, à articuler les dispositifs spécifiques avec le droit commun.....	76
1.6 L'accessibilité de la ville (cadre bâti, voirie, transports) : des agendas d'accessibilité programmée pour combler le retard pris au regard de la loi de 2005.....	81
1.6.1 Le grand retard au regard de la loi de 2005.....	81
1.6.2 Depuis 2013, le Gouvernement a pris la mesure des enjeux en mettant notamment en place les agendas d'accessibilité programmée.....	85
1.7 La vie sociale et quotidienne : accès à la culture, au sport, à la vie politique, aux médias, aux services publics et au numérique, une dynamique en cours.....	89
1.7.1 Culture et médias.....	89
1.7.2 Sports.....	93
1.7.3 Tourisme et loisirs.....	94
1.7.4 Participation à la vie politique et à la vie publique : la mission parlementaire de Mesdames Gourault et Orliac propose d'améliorer les conditions d'exercice de la citoyenneté.....	96

1.7.5	Quelques avancées concernant les services publics	97
1.7.6	Accessibilité numérique : le tournant à ne pas manquer	99
1.7.7	Communications téléphoniques : trois grandes actions depuis 2011	100
1.7.8	Métiers de l'accessibilité.....	102
2.	PERSPECTIVES : LE PLAN D' ACTIONS TRIENNAL DU GOUVERNEMENT	103
2.1	Construire une société inclusive plus ouverte aux personnes en situation de handicap	104
2.1.1	Ouvrir et adapter l'accueil collectif des jeunes enfants, l'école et l'université.....	104
2.1.2	Vivre et travailler comme les autres, avec les autres.....	109
2.1.3	Approfondir l'accessibilité du cadre de vie qui comprend depuis la loi de 2005 l'adaptation des établissements recevant du public, des transports et du logement, ainsi que l'accessibilité numérique	119
2.1.4	Promouvoir la citoyenneté et l'accueil dans les services publics pour une participation effective à la vie publique	125
2.1.4	Promouvoir une vision large de l'accessibilité universelle : faciliter les pratiques ludiques, touristiques et culturelles	132
2.1.4	Accompagner, informer et former les parents.....	138
2.2	Concevoir des réponses et des prises en charge adaptées à la situation de chacun	139
2.2.1	L'accompagnement : mettre en œuvre « une réponse accompagnée pour tous »	139
2.2.2	Accompagner les personnes handicapées tout au long de leur parcours professionnel lorsque c'est nécessaire	142
2.2.3	Le plan autisme	142
2.2.4	L'aide à domicile	143
2.2.5	Améliorer les conditions de promotion de la bien-être	143
2.3	Des mesures concrètes de simplification pour améliorer le quotidien des plus fragiles	143
2.3.1	En matière de ressources, limiter l'avance des frais	144
2.3.2	Favoriser l'accès aux droits en évitant les procédures répétitives et en accélérant les délais de réponse de l'administration.....	144
2.3.3	Améliorer l'information des usagers.....	145
2.4	Améliorer la gouvernance et faire évoluer les représentations	145
2.4.1	Développer la recherche pour une meilleure connaissance et pour améliorer les prises en charge.....	145
2.4.2	Relancer la statistique, notamment pour mieux appréhender la condition des femmes en situation de handicap.....	149
2.4.3	Veiller à la participation et à la représentation des personnes handicapées	149
2.4.4	Renforcer la coordination interministérielle de la politique du handicap, ainsi que sa territorialisation et son inclusion au sein des programmes européens.....	149
2.4.5	Mieux communiquer pour faire évoluer les représentations et valoriser les bonnes expériences.....	150
2.4.6	Accompagner le développement des métiers contribuant à l'accessibilité universelle	150
2.4.7	Respecter les engagements internationaux de la France	151
	SIGLES UTILISES	153
	BIBLIOGRAPHIE.....	157
	ANNEXES.....	159
	ANNEXE 1 : AVIS DU CONSEIL NATIONAL CONSULTATIF DES PERSONNES HANDICAPEES.....	160
	ANNEXE 2 : RESUME DES FORUMS ET DE LA CNH.....	169
	ANNEXE 3 : PLAN AUTISME 2013-2015.....	171

ANNEXE 4 : ELEMENTS DE BILAN CONCERNANT LA GENERATION 2007-2014 DES CONTRATS DE PLAN ETAT-REGION PERSPECTIVES 2015 - 2020.....	174
ANNEXE N°5 : HANDICAP ET FONDS EUROPEENS STRUCTURELS ET D'INVESTISSEMENT. BILAN DE LA PROGRAMMATION 2007 – 2013 DES FONDS FEDER ET FSE - PERSPECTIVES POUR LA PERIODE 2014-2020	177
ANNEXE 6 : EXEMPLES D'INITIATIVES REGIONALES RECENSEES EN MATIERE DE SANTE DANS LE CADRE DE LA PREPARATION DE LA CONFERENCE NATIONALE DU HANDICAP (NOVEMBRE 2014).....	179
ANNEXE 7 : ENQUETE SUR LES ETUDIANTS HANDICAPES	183
ANNEXE 8 : GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE EN DIRECTION DES PERSONNES HANDICAPEES.....	191
ANNEXE 9 : CHIFFRES CLEFS	195

RAPPORT

1 DIX ANS APRES LA LOI DE FEVRIER 2005 : DES PRINCIPES FONDATEURS RECONNUS MAIS UN BILAN EN DEMI-TEINTE

1.1 Les personnes en situation de handicap : quelques définitions préalables d'une population difficile à recenser

1.1.1 Définir la notion de handicap

Les problèmes de définition ont longtemps été un obstacle au développement des statistiques sur le handicap¹. Au début des années 2000, l'OMS a apporté des clarifications avec la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (2001), qui sert désormais de référence internationale. Il s'agit d'une conception universaliste du handicap, désignant non pas une population particulière, mais un processus pouvant concerner tout un chacun à une période de sa vie.

En France, **le handicap est défini, depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**, comme « 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 » (article 2 codifié à l'article L114 du code de l'action sociale et des familles - CASF).

Il n'existe cependant pas de mesure unique du handicap. Comme l'explique la DREES, une « situation de handicap » naît en effet de l'interaction des capacités d'une personne avec les caractéristiques de son environnement, qui fait qu'elle se trouve limitée dans des activités qu'elle devrait ou voudrait pouvoir accomplir de façon autonome. Il y a donc un *continuum* entre autonomie et handicap et une personne souffrant des mêmes limitations fonctionnelles pourra être ou non en situation de handicap, selon les aides techniques dont elle dispose et selon que son environnement est adapté ou non. A cela s'ajoute une complexité du fait de la distinction, parfois difficile, entre handicap et dépendance².

Si l'on veut mesurer le nombre de personnes handicapées, on peut, dans la lignée des travaux de Jean-François Ravaud³, considérer plusieurs critères, éventuellement combinés entre eux et recenser ainsi, étant précisé que cette liste n'est pas exhaustive et peut évoluer au fur et à mesure des recherches et des débats :

- les personnes déclarant des limitations fonctionnelles importantes ou absolues (pour voir, entendre, se baisser, se souvenir...),

¹ Jean-François Ravaud, Les enquêtes en population générale sur le handicap : un outil d'observation essentiel de la statistique publique, CNAF, Informations sociales n°183, 2014.

² Séverine Dos Santos et Yara Makdessi, *Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées*, DREES Etudes et résultats n°718, février 2010.

³ Isabelle Ville, Jean-François Ravaud et Alain Tournemy, *Les désignations du handicap : des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative*, Revue française des affaires sociales, 1-2-2003.

- les personnes déclarant de nombreuses restrictions dans les activités essentielles ou instrumentales de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, manger, faire les courses...),
- les personnes déclarant être fortement limitées depuis plus de six mois, pour des raisons de santé, dans les activités habituelles, ou donnant une réponse affirmative à la question : « considérez-vous avoir un handicap ? » (handicap ressenti) ;
- les personnes ayant obtenu une reconnaissance officielle d'un handicap par l'attribution d'une allocation, d'une carte de stationnement, d'au taux d'invalidité ou d'incapacité accordé par la sécurité sociale, l'armée ou les sociétés d'assurance...

Finalement, deux grandes approches se dégagent : l'une administrative et l'autre beaucoup plus large, sociologique, fondée tour à tour sur l'étude des limitations, des restrictions, ou du handicap ressenti.

Ces deux approches correspondent aux deux sous-indicateurs du premier indicateur défini par le programme de qualité et d'efficacité (PQE) « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) chaque année, intitulé « évaluation de la population concernée par un handicap ».

1.1.2 Approche strictement administrative du recensement des personnes en situation de handicap

Le sous-indicateur 1.2 du PQE précité (« effectifs de bénéficiaires des différents types d'aide ») dénombre les personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap donnant droit à une contrepartie financière (les cartes ne sont pas considérées) et réellement payées : prestation de compensation du handicap (PCH), allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), allocations d'adulte handicapé (AAH) et d'éducation pour enfant handicapé (AEEH), pensions d'invalidité des personnes de moins de soixante ans et allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

Cette première approche présente l'avantage d'offrir une vision assez bien délimitée et repose sur des chiffres administratifs remontant au plus tard à 2013, permettant ainsi un certain recul. Toutefois, il est impossible d'en déduire un nombre total précis de personnes pouvant être considérées comme handicapées, pour quatre raisons principales :

- certaines prestations peuvent se cumuler, d'où un risque de surestimation ;
- chacune de ces prestations est potentiellement exposée au non recours ;
- certaines prestations sont sous condition de ressources ;
- enfin comme expliqué plus haut la situation de handicap ne se limite pas à un dispositif administratif et des personnes ne faisant l'objet d'aucun accompagnement peuvent aussi se trouver en situation de handicap.

Tableau 1 : Evolution du nombre de personnes ayant perçu une allocation liée au handicap

En nombre de personnes payées	2007	2013	Evolution	Evolution en %
AAH	809 000	1 022 000	213 000	26,3%
Pensions d'invalidité	850 000	933 000	83 000	9,8%
ASI	88 300	70 900	- 17 400	-19,7%

PCH (prestations payées)	41 000	163 000	122 000	297,6% ⁴
ACTP	118 000	76 000	- 42 000	-35,6%
AEEH	153 050	229 000	75 950	49,6%
Total du volume de prestations versées (attention : une même personne peut cumuler plusieurs prestations)	2 059 350	2 493 900	434 550	21,1%

Source : PQE invalidité annexés aux PLFSS 2009 et 2015 et retraités pour tenir compte de données de la DREES et ne faire apparaître que les prestations payées

Le nombre de personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés est également un indicateur intéressant, bien que ciblé sur la population active (cf. partie Emploi).

1.1.3 Approche sociologique plus large

Les statistiques d'origine administrative sont intéressantes pour retracer l'activité des dispositifs mis en place, caractériser le système de prise en charge et renseigner les dépenses publiques qu'ils entraînent.

Mais elles ne permettent pas de répondre à deux questions pourtant majeures pour la politique relative aux personnes en situation de handicap : combien y a-t-il de personnes en situation de handicap en France ? Quelles sont leurs caractéristiques ?

Comme l'explique la DREES, pour mesurer le nombre de personnes handicapées au regard de l'ensemble des critères mentionnés plus haut, il est nécessaire de passer par une enquête statistique en population générale : interroger un grand nombre de personnes sur leurs limitations fonctionnelles, les difficultés qu'elles rencontrent dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, les différentes reconnaissances officielles obtenues et leur handicap ressenti.

Ces enquêtes sont réalisées tous les dix ans pour diverses raisons techniques. La DREES considère en tout état de cause que les populations à risque de handicap n'évoluent pas assez vite pour qu'une fréquence beaucoup plus élevée ait réellement un sens, au regard des moyens nécessaires à une telle enquête.

Les derniers chiffres disponibles sont issus de l'enquête de 2008. L'exploitation la plus utile de cette enquête pour la politique du handicap est celle qui figure dans le PQE « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA ».

Le premier indicateur de ce PQE est en effet relatif à l'évaluation de la population concernée par un handicap, en particulier le sous-indicateur 1.1 : « nombre de personnes vivant en logement ordinaire⁵ et ayant des incapacités, repérées à l'aide de l'enquête Handicap Santé ».

A partir de l'enquête *Handicap Santé* réalisée en 2008, sept populations ont été identifiées parmi les personnes de 16 ans et plus vivant en logement ordinaire et répondant à au moins l'un des trois critères suivants :

- limitations fonctionnelles importantes ou absolues (pour voir, entendre, se baisser, se souvenir)

⁴ Cette très forte augmentation s'explique par la création de la PCH en 2006.

⁵ En ce qui concerne les personnes hébergées en établissement, les enquêtes « ES Handicap » réalisées tous les 4 ans permettent de dénombrer les structures et le nombre de personnes accueillies au 31 décembre mais il n'est pas possible d'ajouter ce chiffre au nombre de personnes repérées comme en situation de handicap à domicile car la définition du handicap n'est pas homogène ; en outre, risque de double compte avec la population à domicile.

- plusieurs restrictions dans les activités essentielles ou instrumentales de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, manger, faire les courses...),
- limitation pour raison de santé depuis plus de six mois.

Au total, ces populations représentent 11,5 millions de personnes, soit 23% de cette classe d'âge.

L'indicateur prend soin d'isoler les personnes âgées de 16 à 59 ans, puisqu'à partir de 60 ans les personnes peuvent basculer dans les dispositifs de prise en charge de la dépendance comme l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et donc le plus souvent considérées comme personnes « dépendantes » plutôt que « en situation de handicap ». Si l'on se limite aux personnes de 16 à 59 ans uniquement, on arrive à 5,6 millions de personnes, soit 15% de la classe d'âge.

Tableau 2 : Estimation du nombre de personnes handicapées selon leur type d'incapacité

Groupe de population en fonction de la combinaison des critères ci-dessous				16 ans et +	En % de la classe d'âge	16-59 ans	En % de la classe d'âge
N°	limitation fonctionnelle	limitation d'activité > 6 mois pour raison de santé	restriction dans l'activité quotidienne				
1	oui	oui	oui	2 342	4,7%	690	1,9%
2	oui	non	oui	1 089	2,2%	304	0,8%
3	oui	oui	non	1 416	2,8%	738	2,0%
4	non	oui	oui	75	0,1%	38	0,1%
5	oui	non	non	5 395	10,8%	3 079	8,4%
6	non	oui	non	977	2,0%	648	1,8%
7	non	non	oui	229	0,5%	101	0,3%
Total				11 523	23,0%	5 598	15,2%
Ensemble de la classe d'âge				50 021		36 835	

Source : PQE Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA annexé au PLFSS 2015 à partir de l'enquête Handicap Santé réalisée en 2008 + DREES

Ce tableau montre notamment que le problème le plus souvent cité est une limitation fonctionnelle importante ou absolue (avec ou sans autres problèmes) : 20,5% des personnes de 16 ans et plus et 13,1% des 16-59 ans.

Il montre également que les personnes ayant beaucoup de restrictions dans les activités essentielles ou instrumentales de la vie quotidienne (3,1% des 16-59 ans) déclarent très majoritairement (88%) avoir des limitations fonctionnelles.

Enfin, il montre surtout que l'estimation du nombre de personnes en situation de handicap est fortement tributaire du critère de définition retenu.

1.2 Bien que difficile à apprécier dans sa globalité, la dépense publique consacrée depuis 2005 à la politique du handicap a continué à progresser de près de 5% par an.

Depuis 2005, les dépenses publiques (Etat, sécurité sociale, départements) consacrées au handicap ont fortement augmenté.

En l'absence de « jaune budgétaire »⁶ ou de « document de politique transversale »⁷, il est difficile d'accéder à une vision exhaustive de ces dépenses et de leur évolution.

Une première approche possible est celle effectuée par la DREES dans le compte social du handicap qu'elle publiait chaque année jusqu'en 2011⁸.

Ces travaux isolaient, au sein des prestations de protection sociale, les montants relatifs au risque invalidité et certaines prestations de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (rentes d'accidents du travail, allocations du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, indemnités journalières d'accidents du travail et de maladies professionnelles) et commentaient leurs évolutions.

Au titre de l'invalidité figuraient les pensions et rentes d'invalidité (y compris des mutuelles et instituts de prévoyance), les autres prestations de ressources (notamment AAH et ASI), les prestations de compensation du handicap (PCH, ACTP, AEEH notamment), les dépenses liées à l'accueil et à l'hébergement des personnes handicapées (y compris les prestations médico-sociales), et les dépenses d'aide par le travail (établissements et services d'aide par le travail - ESAT).

Sur la base de travaux d'actualisation, la DREES estime qu'en 2012 l'ensemble de ces dépenses (43,6 Mds€) liées à l'invalidité (35,6 Mds€) et aux ATMP (8 Mds€) représentaient 6,6% de l'ensemble des prestations de protection sociale.

Mais cette première approche présente deux limites :

- d'une part, on peut s'interroger sur l'intérêt d'inclure dans ce compte les indemnités journalières versées au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ; en effet, le lien entre accident du travail ou maladie professionnelle (AT/MP) et handicap est loin d'être systématique ; en outre, une telle inclusion devrait alors conduire à inclure également les remboursements de soins consécutifs à un AT/MP ; enfin, en poussant cette logique au bout, il faudrait isoler, au sein de l'ensemble des dépenses d'indemnités journalières et de remboursements de soins, qu'il s'agisse de la branche ATMP ou de la branche maladie, celles ayant pour origine spécifique une situation de handicap, exercice qui serait par définition particulièrement difficile à réaliser ;
- d'autre part, cette approche est lacunaire dans la mesure où manquent, notamment (mais pas seulement, comme on le verra plus loin), les dépenses de l'AGEFIPH et de la scolarisation des personnes handicapées qui ne relèvent, pour ces dernières, pas *stricto sensu* de la protection sociale, mais plutôt de l'éducation.

⁶ Document budgétaire annexé au projet de loi de finances récapitulant les moyens budgétaires consacrés à une politique traversant plusieurs missions budgétaires. Il existe par exemple un jaune sur la formation professionnelle.

⁷ Les 18 documents de politique transversale (DPT) annexés au projet de lois de finances sont des outils de pilotage visant à améliorer la coordination et l'efficacité de l'action publique. Ils portent sur des politiques publiques interministérielles, associant plusieurs programmes, et relevant de plusieurs missions budgétaires, financées à un niveau significatif par l'État.

⁸ Le champ limité de cette publication n'était pas pleinement satisfaisant. Il semblait préférable à la DREES d'englober l'ensemble de la dépense publique au titre du handicap, ce qui au programme de travail de l'année 2015 comme expliqué dans la suite de cette partie.

Une seconde approche plus vaste est fournie par le programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé chaque année depuis 2006-2007 au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Il présente l'avantage de donner depuis 2007 l'ensemble des dépenses de l'Etat, de la sécurité sociale et des départements consacrées à la compensation monétaire, à l'accompagnement médico-social, à l'emploi et à la scolarisation des personnes en situation de handicap.

La lecture de ce document permet de relever une augmentation de ces dépenses de l'ordre de 32% entre 2007 et 2013⁹, soit une moyenne annuelle de près de 4,7%, et même de 4,9% par an sur les trois dernières années (2010-2013) comme le montre le tableau suivant¹⁰.

Tableau 3 : Evolution des dépenses publiques en faveur des personnes en situation de handicap entre 2007, 2010 et 2013

Données en millions d'euros	2 007	2 010	2 013	2007-2013	Hausse annuelle moyenne 2007-2013	Hausse annuelle moyenne 2010-2013
Etat	9 773	11 323	14 194	45,2%	6,4%	7,8%
Programme 157 Handicap et dépendance	8 278	10 055	12 338	49,0%	6,9%	7,1%
Evaluation et orientation des personnes handicapées	116	80	65	-43,7%	-9,1%	-6,7%
Incitation à l'activité professionnelle	2 301	2 536	2 682	16,6%	2,6%	1,9%
Ressources d'existence	5 679	7 407	9 566	68,5%	9,1%	8,9%
Compensation des conséquences du handicap	124	25	22	-82,3%	-25,0%	-4,2%
Pilotage du programme	59	7	3	-94,9%	-39,1%	-24,6%
Hors Programme 157	1 495	1 268	1 856	24,2%	3,7%	13,5%
Pensions militaires d'invalidité	1 070	725	987	-7,8%	-1,3%	10,8%
Prog. Vie de l'élève action élèves handicapés (Pg 230 action 3)	181	273	579	219,9%	21,4%	28,5%
Prog. Accès et retour à l'emploi (Pg. 102 - aide au poste)	244	270	290	19,0%	2,9%	2,4%
CNSA	1 011	935	989	-2,2%	-0,4%	1,9%
Etablissements et services	314	248	288	-8,4%	-1,4%	5,1%
PCH + MDPH (transfert aux départements)	581	588	609	4,9%	0,8%	1,2%
Majoration AEEH (CNAF)	19	6	-	-100,0%	-100,0%	-100,0%
Plan d'aide à la modernisation des établissements	79	75	79	-0,5%	-0,1%	1,7%
Animation, prévention, études		6	4			-12,6%
Modernisation, professionnalisation et formation		11	4			-28,6%
Autres actions (STAPS, étudiants, congés soutien familial)	18	1	5	-71,6%	-18,9%	71,0%
AGEFIPH	470	479	442	-6,0%	-1,0%	-2,6%

⁹ Dernière année disponible pour des données consolidées définitives à la date de rédaction de ce rapport

¹⁰ Ces taux d'évolution annuelle sont à prendre avec précaution en raison des possibles modifications de champ et de sources de données qui ont pu conduire à des ruptures de série (en particulier sur les dépenses de département).

Sécurité sociale	13 530	14 630	15 820	16,9%	2,6%	2,6%
Assurance maladie (nette des transferts CNSA)	12 869	13 853	14 973	16,3%	2,6%	2,6%
ONDAM personnes handicapées	6 996	8 252	8 736	24,9%	3,8%	1,9%
Pensions invalidité	5 590	5 575	6 217	11,2%	1,8%	3,7%
Action sociale	283	26	20	-92,9%	-35,7%	-8,4%
CNAF (AEEH et allocation de présence parentale)	661	777	847	28,1%	4,2%	2,9%
Départements	3 822	5 328	6 289	64,6%	8,7%	5,7%
Frais d'hébergement en établissement	3 434	4 245	4 890	42,4%	6,1%	4,8%
ACTP + PCH net des transferts CNSA	388	1 083	1 399	261,0%	23,9%	8,9%
Total	28 605	32 695	37 734	31,9%	4,7%	4,9%

Source : PQE « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexés aux PLFSS pour 2009, 2012 et 2015

Toutefois, ce document ne permet pas de donner une vision globale des dépenses concernant les personnes en situation de handicap, au-delà des dépenses de protection sociale *stricto sensu*.

Il faudrait pour cela en effet ajouter six types de dépenses :

- sur le champ de l'emploi, les dépenses du FIPHFP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique), des Cap Emploi, ainsi que les dépenses de formation professionnelle de l'Etat et des régions (différentiel de 500 M€ environ) ;
- sur le champ de la scolarisation, il faudrait ajouter aux dépenses consacrées à la vie de l'élève (programme 230) les dépenses retracées dans le cadre des programmes 140 et 141 (enseignement scolaire public des premier et second degrés) ; au lieu de 673 M€ apparaissant dans le tableau, ce serait 1,5 Md€ que l'Education nationale consacrerait ainsi au total à la scolarisation des élèves en situation de handicap (cf. chapitre relatif à la jeunesse) ;
- au-delà des dépenses budgétaires, il convient de tenir compte des dépenses fiscales en faveur des personnes handicapées ; bien que difficile à évaluer, elles sont estimées par la Cour des comptes à plus de 2,3 Mds€¹¹ ;
- concernant les dépenses des départements, il conviendrait de mentionner les dépenses de fonctionnement des MDPH ainsi que les dépenses de transport des personnes en situation de handicap ;
- les dépenses de protection sociale ne sont pas les seules à être concernées par la politique relative aux personnes en situation de handicap : il faut aussi tenir compte, notamment, du coût de la mise en accessibilité du cadre bâti ; là encore, l'évaluation est très difficile. Selon le ministère du développement durable, si l'évaluation de l'effort financier réalisé depuis 2006 n'est pas connue, le coût pour l'Etat est estimé à 3,6 Mds€ au minimum, à 16,8 Mds€ pour les collectivités territoriales ; toutefois, dans la mesure où ces dépenses s'adressent non seulement aux personnes handicapées, mais aussi à l'ensemble de la population, il est permis de s'interroger sur l'objectif de les inclure dans la présentation ;

¹¹ Cour des comptes, Rapport public annuel 2014, *La fiscalité liée au handicap : un empilement de mesures sans cohérence*.

-
- enfin, il convient de mentionner les moyens déployés au titre des contrats de plan Etat-Régions (CPER) et des fonds européens structurels d'investissement (FESI), qui développent en direction des personnes handicapées diverses actions concernant l'accessibilité, la santé, les transports, les services, le tourisme, l'emploi, l'innovation, l'inclusion sociale (cf. annexe n°4 et 5).

Dans ces conditions, le Gouvernement a préféré donner un aperçu général, plutôt qu'une vision parfaitement exhaustive, qui aurait nécessité un exercice délicat.

En tout état de cause, **les dépenses publiques consacrées aux personnes handicapées s'élèvent aujourd'hui globalement à un ordre de grandeur qui se situe au minimum aux alentours de 40 Mds€ et leur progression annuelle est très dynamique** (au minimum 4,7% par an en moyenne annuelle de 2007 à 2013), bien au-dessus de la croissance annuelle moyenne de l'ensemble des dépenses de protection sociale (qui s'élevaient à 652 Mds€ en 2012 et ont crû de 3,6% en moyenne annuelle de 2007 à 2012)¹².

Si la sécurité sociale reste le premier financeur, juste avant l'Etat, les départements sont, en progression sur l'ensemble de la période 2007-2013, les plus dynamiques, suivis de l'Etat.

1.3 Prévention, traitement, compensation et accompagnement du handicap : des progrès à poursuivre

1.3.1 Les dispositifs pour prévenir, traiter, compenser et accompagner les situations de handicap se sont développés depuis 2005 mais font l'objet d'un bilan nuancé.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a réaffirmé le devoir pour l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale, de mettre en œuvre « *des politiques de prévention, de réduction et de compensation des handicaps et les moyens nécessaires à leur réalisation qui visent à créer les conditions collectives de limitation des causes du handicap, de la prévention des handicaps se surajoutant, du développement des capacités de la personne handicapée et de la recherche de la meilleure autonomie possible* »¹³.

Dans cet objectif, plusieurs dispositifs ont été développés ou renforcés :

- l'offre médico-sociale (services et établissements sociaux et médico-sociaux) pour accompagner les personnes handicapées dans leur parcours de vie,
- les allocations et prestations pour compenser le handicap : allocation d'adulte handicapé (AAH), allocation d'éducation d'enfant handicapé (AEEH), pensions d'invalidité, allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), et depuis 2006 prestation de compensation du handicap (PCH),
- au niveau organisationnel, les maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH), points d'entrée uniques départementaux créés en 2006 pour orienter et accompagner les personnes handicapées dans leurs démarches.

¹² Cf. DREES, Etudes et résultats n°888, *Les comptes de la protection sociale en France et en Europe en 2012*, juillet 2014, tableau 2, évolution des prestations de protection sociale

¹³ Article 4 de la loi, codifié à l'article L114-3 du CASF

La plupart de ces dispositifs sont financés à la fois par l'assurance maladie dans le cadre de l'ONDAM médico-social, par l'Etat dans le cadre du programme « Handicap et dépendance », ainsi que par les collectivités territoriales, tout particulièrement les conseils départementaux.

L'originalité de l'architecture de la prise en charge de l'autonomie en France allie une gestion en grande partie décentralisée et un souci d'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. A cet effet, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est chargée de veiller à la bonne allocation des aides et dispose d'un levier financier à travers les fonds qu'elle apporte aux départements, qui restent maître d'œuvre sur le terrain. C'est également la CNSA qui gère l'objectif global de dépenses en matière d'établissements et de services médico-sociaux en complément de l'apport financier de l'assurance maladie.

1.3.1.1 Une forte augmentation des moyens depuis 2005

► Globalement les dépenses ont fortement augmenté

Les dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes handicapées, hors dépenses de santé *stricto sensu* et hors dépenses liées à l'emploi¹⁴, se sont élevées à 32,6 Mds€ en 2013¹⁵, soit + 25,7% par rapport à 2007 et une croissance moyenne annuelle de 3,9%.

Ces dépenses de deux natures (prestations monétaires et soutien à l'offre médico-sociale, hors ESAT, traités dans la partie Emploi) sont financées par quatre acteurs principaux, comme le montre le tableau ci-après :

- tout d'abord (15,8 Mds€ en 2013), l'assurance maladie, à la fois au titre des pensions d'invalidité (6,2 Mds€) et au titre de l'objectif national d'assurance maladie (ONDAM) médico-social – personnes handicapées (8,7 Mds€), qui finance les services et établissements sociaux et médico-sociaux, via la CNSA ; cette deuxième enveloppe a progressé de 25% de 2007 à 2013 soit une croissance annuelle moyenne de 3,8% ;
- ensuite, l'Etat (9,4 Mds€ en 2013), principalement au titre du programme 157 Handicap et dépendance (+46% de 2007 à 2013), dont l'objectif est de permettre aux personnes en situation de handicap de choisir librement leur mode de vie¹⁶. Le principal poste de dépenses est l'AAH (8,1 Mds€ en 2013) – étant précisé que le financement des ESAT (établissements et services d'aide par le travail) est abordé dans la partie relative à l'emploi. Mise à part les pensions militaires d'invalidité (987 M€, hors programme 157) l'ASI (250 M€) et les MDPH (56 M€), les autres dépenses consistent principalement (16 M€) en divers soutiens à la compensation du handicap : fonds départementaux de compensation du handicap¹⁷ ; subventions pour charge de service public aux instituts nationaux des jeunes aveugles et des jeunes sourds ; subventions à divers dispositifs particuliers¹⁸ ;

¹⁴ Les dépenses liées à l'emploi sont traitées dans la partie qui y est consacrée.

¹⁵ source : PQE invalidité et dispositifs gérés par la CNSA annexé au PLFSS 2015.

¹⁶ L'Etat intervient à la fois à travers un soutien direct et par des dépenses fiscales importantes, comme l'illustre le recensement effectué dans le rapport annuel de performances, qui poursuivent deux objectifs principaux : soutenir le revenu des personnes handicapées, notamment lorsqu'elles sont engagées dans un parcours professionnel, et compléter la compensation des surcoûts liés au handicap ou à la perte d'autonomie due à l'âge.

¹⁷ Créés en 2005 et financés de manière volontaire par divers acteurs (Etat, CG, autres collectivités locales, assurance maladie, CAF, AGEFIPH, FIPHFP...), ils accordent des aides financières aux personnes handicapées bénéficiaires de la PCH pour leur permettre de faire face aux frais liés au handicap et pouvant rester à leur charge après déduction des prestations légales.

¹⁸ Ce centre national de formation des enseignants intervenant auprès des déficients sensoriels, service de compensation technique du handicap (SCTH), centre de promotion sociale de l'adulte sourd (CPSAS).

- puis les conseils départementaux (6,3 Mds€), en très forte progression (+65% de 2007 à 2013), qui, outre le financement des frais d'hébergement en établissement médico-social, sont les principaux contributeurs à la PCH ainsi qu'aux MDPH ;
- enfin la CNSA, qui rassemble la quasi-totalité des moyens mobilisables (ONDAM médico-social, recettes provenant de 0,1 point de contribution sociale généralisée, de la contribution de solidarité pour l'autonomie et depuis 2013 de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie) pour, s'agissant des personnes handicapées, financer les établissements et services sociaux et médico-sociaux¹⁹, la PCH, une majoration de l'AEEH et les MDPH, veiller à l'égalité de traitement sur le territoire et développer la prévention et l'anticipation du risque de dépendance ; dans le tableau ci-dessous, afin d'éviter les doubles comptes, sont ici retracés les financements nets des transferts de l'assurance maladie et exclusivement orientés sur les personnes en situation de handicap.

Tableau 4 : Evolution des dépenses en faveur de la compensation du handicap et de l'offre médico-sociale pour les personnes handicapées de 2007 à 2013 (hors dépenses relatives à l'emploi)

Données en millions d'euros	2 007	2 013	2007-2013	moy an
Etat	6 884	9 483	37,8%	5,5%
Programme 157 Handicap et dépendance HORS EMPLOI ²⁰	5 814	8 496	39,7%	6,5%
Evaluation et orientation des PH	20	56	181,5%	18,8%
Ressources d'existence	5 672	8 420 ²¹	48,4%	6,8%
Compensation des conséquences du handicap	115	16	-86,0%	-27,9%
Pilotage du programme	7	4	-46,3%	-9,8%
Hors Programme 157	1 070	987	-7,8%	-1,3%
Pensions militaires d'invalidité	1 070	987	-7,8%	-1,3%
CNSA	1 011	989	-2,2%	-0,4%
Etablissements et services	314	288	-8,4%	-1,4%
PCH + MDPH (transfert aux départements)	581	609	4,9%	0,8%
Majoration AEEH (CNAF)	19	-	-100,0%	-100,0%
Plan d'aide à la modernisation des établissements	79	79	-0,5%	-0,1%
Animation, prévention, études		4		
Modernisation, professionnalisation et formation		4		
Autres actions (STAPS, étudiants, congés soutien familial)	18	5	-71,6%	-18,9%
Sécurité sociale	14 191	15 824	11,5%	1,8%
Assurance maladie (nette des transferts CNSA)	13 530	14 977	10,7%	1,7%
ONDAM personnes handicapées	6 996	8 736	24,9%	3,8%
Pensions invalidité	5 590	6 217	11,2%	1,8%

¹⁹ A l'exception des ESAT et des instituts nationaux de jeunes sourds et jeunes aveugles.

²⁰ Les dépenses liées à l'emploi, notamment aux ESAT (établissements et services d'aide par le travail) sont traités dans la partie relative à l'emploi

²¹ Le chiffre de 8,4 Mds€ est celui qui figure dans le RAP annexé au projet de loi de finances rectificative pour 2013, au titre des crédits de paiement (égaux aux autorisations d'engagement) pour 2013. A noter que le PLFR indique un montant de 9,5 Mds€ en charges constatées, qui est également le montant repris dans le PQE annexé au PLESS 2015 présenté au tableau numéro 3. Dans la mesure où l'on se concentre ici plus spécifiquement sur les dépenses de compensation du handicap, il a été jugé préférable de retenir les dépenses correspondant aux crédits de paiement. Pour l'année 2007 en revanche les montants de charges constatées et de crédits de paiement sont très proches.

Action sociale	283	20	-92,9%	-35,7%
CNAF (AEEH et allocation de présence parentale)	661	847	28,1%	4,2%
Départements	3 822	6 280	64,3%	8,6%
Frais d'hébergement en établissement	3 434	4 890	42,4%	6,1%
ACTP + PCH net des transferts CNSA	388	1 399	261,0%	23,9%
Total	25 908	32 576	25,7%	3,9%

Source : Tableau réalisé à partir des PQE annexés aux PLFSS pour 2009 et pour 2015 avec quelques retraitements ²²

➤ **Les dépenses peuvent être classées en deux grands groupes : les minimas sociaux et les prestations en espèces ainsi que les établissements et services sociaux et médico-sociaux.**

Comme le montre le tableau ci-après, les principales dépenses concernent :

- Les allocations, pensions et prestations (au total environ 18 Mds€ en 2013) :
 - AAH (8,1 Mds€ en 2013)
 - ASI (255 M€ en 2013)
 - AEEH (847 M€ en 2013)
 - Pensions d'invalidité civiles et militaires (7,2 Mds€²³ en 2013)
 - PCH (1,5 Md€ en 2013)
- Le financement de l'offre médico-sociale (14 Mds€ en 2013) (incluant l'objectif global de dépenses personnes handicapées – OGD PH – et les financements issus des départements) : maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ; IME, ITEP, centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), SESSAD ;
- Le financement des MDPH (116 M€ en 2013).

Tableau 5 : Evolution des principales dépenses de protection sociale relative au handicap, hors dépenses de santé et hors emploi, de 2007 à 2013

Données en millions d'euros	2 007	2 013	2007-2013
Minimas sociaux et Prestations en espèces	13 557	17 987	32,7%
AAH	5 645	8 165	45%
ASI	295	255	-14%
Pensions d'invalidité (civiles et militaires)	6 660	7 204	8,2%
PCH	277	1 516	447,3% ²⁴

²² Avec retraitement de certains chiffres après échanges avec la DSS et compte tenu des montants figurant dans le RAP annexé au PLFR 2013 pour les ressources d'existence (montant correspondant aux crédits consommés et non aux charges constatées).

²³ 6,2 Mds€ pour les pensions civiles d'invalidité, financées par l'assurance maladie et 987 M€ pour les pensions militaires d'invalidité, financées par l'Etat

²⁴ Forte augmentation liée à la création en 2006 de la PCH

AEEH et APP	680	847	24,5%
Financement des ESMS	10 824	13 993	29,3%
CNSA	394	367	-6,8%
Assurance maladie (nette des transferts CNSA)	6 996	8 736	24,9%
Départements	3 434	4 890	42,4%
MDPH	71	116	65,0%

Source : PQE annexé aux PLFSS pour 2009 et 2015 et RAP 157 annexé au PLF 2015

1.3.1.2 Cette augmentation traduit des évolutions pour partie positives

L'augmentation des moyens traduit deux évolutions positives : d'une part, les prestations ont été revalorisées ou améliorées dans leur contenu ; d'autre part, le nombre de places d'accueil des personnes handicapées s'est accru.

► Les prestations ont été revalorisées ou améliorées

L'augmentation des dépenses totales consacrées aux prestations (+35% de 2007 à 2013) s'explique en partie par l'augmentation du nombre de bénéficiaires (+21% de 2007 à 2013, cf. tableau n°1), mais pas seulement : elle s'explique aussi par les fortes revalorisations de certaines prestations intervenues ces dix dernières années.

La forte hausse des dépenses d'AAH (de 5,6 à 8,5 Mds€ soit +51% de 2007 à 2013) s'explique à la fois :

- **par la forte augmentation du nombre d'allocataires de l'AAH :** multiplié par 10 en 40 ans, il a crû de 26% depuis 2007. Avec plus d'un million de personnes, l'AAH est devenue le deuxième minimum social en nombre d'allocataires après le RSA²⁵. Ces deux dernières années, l'augmentation porte surtout sur les allocataires de l'AAH 2²⁶ (+7,1%), alors que le nombre d'allocataires bénéficiant de l'AAH 1²⁷ est stable ;
- **et par la forte revalorisation du montant de l'allocation depuis 2007 :** alors que la revalorisation annuelle moyenne était de 1% entre 2002 et 2007, elle a été de +5,2% par an en moyenne de 2007 à 2012, de 1,75 % au 1^{er} septembre 2013 et de 1,28% au 1^{er} septembre 2014 pour atteindre le montant de 800,45 € par mois pour une personne seule. Ainsi, l'AAH a continué à augmenter en montant alors que d'autres prestations sociales ont été gelées.

²⁵ 1,5 M d'allocataires de RSA socle fin 2013 selon la DREES.

²⁶ Bénéficiaire de l'AAH au titre de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale les personnes présentant un taux d'incapacité permanente supérieur à 50 % et inférieur à 80 % ainsi qu'une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi.

²⁷ Bénéficiaire de l'AAH au titre de l'article L. 821-1 du même code les personnes présentant un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 80 %.

Tableau 6 : Evolution du nombre d'allocataires en moyenne annuelle, du montant moyen et du montant réglementaire de l'AAH depuis 2002

Déterminants des dépenses	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre moyen de bénéficiaires (tous régimes – France entière)	802 200	809 000	831 700	862 000	892 000	929 800	971 800	1 000 000	
Montant moyen mensuel de l'allocation constaté en €	542	554	565	595	619	642	666	680	
Montant réglementaire de l'AAH taux plein pour 1 personne en €	610	621	628	667	696	727	759	776	800

Source : RAP programme 157 annexé au PLF 2015

Le deuxième poste de dépenses de prestations monétaires concerne les pensions d'invalidité : 6,2 Mds€ pour les pensions civiles et près de 1 Md pour les pensions militaires. Destinées aux personnes ne pouvant plus travailler à la suite d'un accident ou d'une maladie, le montant total de ces dépenses augmente en raison à la fois de la revalorisation des pensions et du recul de l'âge de départ à la retraite.

La diminution de la dépense d'ASI²⁸ (de 295 à 250 M€) observée depuis plusieurs années s'explique principalement par l'amélioration relative des ressources des pensionnés d'invalidité. Comme le note le PQE, la diminution progressive, depuis 2002, de la part des titulaires d'une pension d'invalidité ayant bénéficié de l'ASI (20% en 2002, 15% en 2008, 11% en 2013) traduit la préservation d'une logique contributive forte du dispositif de prise en charge de l'invalidité.

La montée en charge très dynamique de la PCH, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2006 et représentant désormais une dépense de plus de 1,5 Md€, traduit une nouvelle logique et une réelle amélioration de la qualité de la prestation par rapport à l'ACTP. La PCH est en effet une aide personnalisée visant à financer les besoins de compensation des personnes handicapées au regard de leur projet de vie. Elle s'adresse aux personnes confrontées à une difficulté absolue ou à deux difficultés graves à réaliser au moins une activité parmi les dix-neuf recensées par le référentiel²⁹. Elle comporte cinq volets d'aides – humaines (42% du total des aides)³⁰, techniques (23%), liées au logement et au véhicule, spécifiques, animalières – dont la combinaison est adaptée aux besoins de chaque personne. Prenant le relais de l'ACTP (dont les dépenses ont corrélativement diminué) pour ce qui concerne l'aide humaine, cette prestation vient en sus des autres prestations destinées aux personnes handicapées. L'ACTP reste quant à elle attribuée aux personnes qui en ont fait le choix en 2006 et dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80%, sous condition de ressources.

Quant à l'augmentation des dépenses d'AEEH, elle s'explique principalement par la forte augmentation du nombre de bénéficiaires, étant toutefois précisé que depuis 2008 les bénéficiaires de l'AEEH éligibles à l'un des six compléments possibles peuvent opter pour la PCH plutôt que pour ces compléments.

²⁸ L'allocation supplémentaire d'invalidité, financée par l'Etat, non contributive, complète la pension d'invalidité, attribuée sous condition d'invalidité générale réduisant leur capacité de travail ou de gain des deux tiers), de résidence et de ressources ; son montant peut atteindre 4 816,28 € par an pour une personne seule et 9 632,56 € par an pour un couple (données au 1^{er} avril 2013, date de la revalorisation annuelle des montants). Le droit à l'ASI prend fin dès que le bénéficiaire atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite, l'allocataire pouvant alors bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

²⁹ Les plus de 60 ans peuvent bénéficier de cette prestation si elles sont entrées dans ce dispositif avant 60 ans et qu'elles ne choisissent pas d'opter pour l'APA après 60 ans.

³⁰ Le montant moyen de l'aide humaine diminue un peu en 2013 après une augmentation trois années de suite – 841 € en 2013 contre 806 € en 2011 et 857 € en 2012 et 794 € en 2010.

L'augmentation de l'ensemble de ces dépenses de prestations monétaires en direction des personnes handicapées conduit à se pencher sur leur niveau de vie. A cet égard, une enquête de la DREES publiée en 2014³¹ et citée par le rapport IGAS paru fin 2014 sur les liens entre handicap et pauvreté³² montre que les bénéficiaires de l'AAH sont relativement moins nombreux que les bénéficiaires de minima sociaux à être « pauvres en conditions de vie » : fin 2012, plus de la moitié des bénéficiaires de minima sociaux (RSA, ASS, ASPSA, AAH) sont « pauvres en condition de vie », contre un tiers des personnes modestes et 12% en moyenne nationale ; ce taux atteint 67% pour les bénéficiaires du RSA et 37% pour les bénéficiaires de l'AAH.

Le rapport de l'IGAS relève toutefois qu'en dépit du principe de compensation des dépenses spécifiquement liées au handicap, inscrit dans la loi de 2005 et en partie mis en œuvre à travers la PCH, **la couverture du reste à charge spécifique des personnes en situation de handicap demeure délicate.** En particulier, si les fonds départementaux de compensation du handicap permettent de réduire un peu ce reste à charge, leur intervention varie beaucoup d'un département à l'autre.³³

Le rapport IGAS sur les liens entre handicap et pauvreté conclut que « **les personnes en situation de handicap vivent en moyenne moins dans la pauvreté que les autres personnes bénéficiaires de minima sociaux** » et que « **l'amélioration de leur situation financière doit provenir plus d'une couverture de leur reste à charge des dépenses contraintes du fait de leur handicap que de l'augmentation de leur minimum social déjà sensiblement supérieur aux autres** ». Toutefois, le rapport souligne aussi l'absence de données suffisamment pertinentes pour disposer d'une connaissance plus approfondie de cette question des ressources et du niveau de vie des personnes en situation de handicap. Des études approfondies seraient nécessaires pour adopter le décret d'application de la disposition de la loi de 2005 indiquant que les frais de compensation restant à la charge du bénéficiaire de la PCH ne peuvent excéder 10% de ses ressources personnelles nettes d'impôts

Le nombre de places en établissements s'est sensiblement accru

L'offre d'accueil des personnes handicapées a fortement progressé ces dernières années sous l'effet du programme pluriannuel de création de places en établissements et services sur 2008-2012 ; près de 30 100 nouvelles places en structures d'accueil ou d'accompagnement pour personnes handicapées étaient autorisées à fin 2013 soit 76% du plan initial³⁴.

Depuis 2004, le taux d'équipement du nombre de lits et places pour les adultes handicapés a presque doublé, s'établissant à 2,2 places pour 1000 adultes en 2013.

Sur le secteur des enfants handicapés, il s'élève à 9 places pour 1000 enfants.

Subsistent toutefois, en dépit des programmes interdépartementaux d'accompagnement des personnes âgées et handicapées mis en place début 2006, des disparités territoriales³⁵, plus élevées sur le champ des adultes handicapés, même si elles tendent à diminuer avec un rééquilibrage par des créations de places en MAS et FAM ainsi qu'avec le développement de services (soins à domicile - SSIAD, accompagnement médico-social - SAMSAH).

³¹ DREES, *Les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux en 2012 : privations et difficultés financières*, Etudes et résultats n°871, février 2014.

³² Rapport 2014-048R de l'IGAS (François Chérèque et Christine Abrossimov) *Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources*, page 7.

³³ Cf. également rapport IGAS/IGA RM2011-131P sur l'évaluation de la prestation de compensation du handicap.

³⁴ Cf. CNSA, bilan au 31/12/2013 du programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté au handicap tout au long de la vie, juin 2014. Le gouvernement a mis en œuvre un programme pluriannuel 2008 - 2012 pour la création de 51 450 places en établissements et services : 12 250 pour l'accueil des enfants, 39 200 pour l'accueil des adultes, dont 10 000 en ESAT.

³⁵ Source : PQE annexé au PLFSS 2015.

Tableau 7 : Taux d'écart interdépartemental d'équipements en capacité d'accueil pour 1000 adultes et pour 1000 enfants

	2006	2010	2013
Adultes	108%	79%	74%
Enfants	32%	30%	33%

Source : PQE Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA annexé au PLSS 2015

► Les MDPH constituent un point d'entrée unique

Les MDPH fonctionnent comme des interlocuteurs uniques départementaux pour orienter et accompagner les personnes handicapées dans leurs démarches. Elles instruisent l'ensemble des demandes relatives aux enfants et aux adultes : cartes (d'invalidité, de priorité, de stationnement), allocations et prestations (AAH, AEEH, PCH...), orientations scolaires, professionnelles ou vers des établissements ou services médico-sociaux..

Financées principalement par les conseils départementaux et l'État, elles sont en phase de montée en charge, avec des attentes qualitatives importantes de la part des usagers et des partenaires. Les MDPH ayant un rôle d'interlocuteur, elles sont positionnées au cœur de l'ensemble des politiques publiques mobilisables pour les personnes en situation de handicap.

Depuis leur création, il convient de noter que les MDPH ont dû faire face à l'augmentation du nombre des demandes et à diverses réformes (notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi en 2007 pour pouvoir bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés, prestation de compensation du handicap étendue aux enfants en 2008).

Dans son rapport synthétique des MDPH sur l'année 2013, la CNSA a mis en exergue cette progression continue de l'activité, qui s'amplifie par rapport à l'année 2012 : la progression persistante du nombre de premières demandes en matière de scolarisation et le poids important et constant de l'activité liée à l'emploi et à l'attribution des cartes, notamment pour les personnes âgées de soixante ans et plus. Elle observe parallèlement une stabilisation des moyens humains. Elle conclut que les MDPH restent des dispositifs « agiles », mais fragiles (cf. *infra*), et sont souvent des terrains d'expérimentation et d'innovation.

1.3.1.3 Des axes de progrès à renforcer

En dépit des efforts accomplis en particulier dans le domaine du nombre de places et de la médicalisation dans les établissements accueillant des personnes handicapées, des axes de progrès demeurent notamment en matière d'offres de services permettant le libre choix de vie à domicile et de réduction du reste à charge des personnes handicapées dans leur accès aux soins.

► Les allocataires de l'AAH rencontrent des difficultés d'insertion dans l'emploi

Les indicateurs du programme 157 relatif à la part des allocataires de l'AAH percevant une rémunération d'activité ou bénéficiant d'une décision positive de RQTH restent modestes :

- la part des allocataires de l'AAH percevant une rémunération d'activité a augmenté mais reste faible ; elle est passée de 18,9% en 2006 à 22,8% en 2013 ;

- celle des allocataires sollicitant l'AAH et bénéficiant d'une décision positive de RQTH³⁶ est passée de 43,2% en 2011 à 42% en 2013, loin de la prévision de 55,5% et de la cible 2015 fixée à 71,4%.

Le travail partenarial pour parvenir à une harmonisation des pratiques d'attribution et à une réduction des disparités territoriales dans l'attribution de cette allocation se poursuit. Deux missions d'inspection successives, conduites dans le cadre des évaluations de politique publique (EPP) du secrétariat général à la modernisation de l'action publique (SGMAP), ont souligné l'importance de l'enjeu de l'égalité de traitement des demandeurs et constaté le travail déjà réalisé par la DGCS dans le cadre de la démarche d'amélioration du pilotage de l'AAH.

Toutefois, de nouvelles initiatives doivent encore être engagées, notamment en ce qui concerne l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Le comité interministériel du handicap a d'ailleurs acté le 25 septembre 2013 la généralisation progressive de l'expérimentation de nouveaux modes d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées. Il conviendra d'examiner en relation avec l'AGEFIPH et le FIPHFP la faisabilité de cet objectif.

➤ **Le travail d'homogénéisation des processus de décision dans les MDPH doit être poursuivi afin d'améliorer la qualité globale du service rendu**

Le RAP du programme 157 donne deux indicateurs de la qualité de travail des MDPH :

- la qualité des processus de décision des MDPH
- la qualité des décisions des CDAPH

Tableau 8 : Indicateurs du PLF sur la qualité des décisions des MDPH et des CDAPH

Qualité du processus de décision des MDPH	Unité	2011 Réalisation	2012 Réalisation	2013 Prévision PAP 2013	2013 Prévision actualisée PAP 2014	2013 Réalisation	2015 Cible PAP 2013
Délai moyen de traitement des dossiers relatifs aux enfants	mois	3,1	3,1	2	2	N.D.	2
Délai moyen de traitement des dossiers relatifs aux adultes	mois	4,8	4,4	3,6	3,6	4,4	3

Qualité des décisions des CDAPH	Unité	2011 Réalisation	2012 Réalisation	2013 Prévision PAP 2013	2013 Prévision actualisée PAP 2014	2013 Réalisation	2015 Cible PAP 2013
Taux d'accord sur décision de renouvellement d'AAH - art. L.821.1	%	ND	97		N.D.	90	
Taux d'accord sur décision de renouvellement d'AAH - art. L.821.2	%	N.D.	91		N.D.	90	
Taux de réformation par les tribunaux des décisions en matière d'attribution d'AAH ayant fait l'objet d'un recours	%	31	27	23	23	24	20
Écart type des taux départementaux des premiers accords d'allocation d'adulte handicapé (AAH) pour mille habitants de 20 à 59 ans		2,4	1,6	1,7	1,7	1,4	0,7

Source : RAP du programme 157 annexé au PLF 2015 et CNSA rapport d'activité des MDPH pour 2013

³⁶ Depuis 2009, l'examen des demandes d'AAH doit être systématiquement couplé avec un examen de la qualité de travailleur handicapé. En cas de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), il pourra alors être proposé à l'allocataire après un bilan professionnel, un accompagnement personnalisé, coordonné par un référent unique issu de Cap Emploi ou du service public de l'emploi (SPE).

Si le délai moyen de traitement des demandes est jugé satisfaisant s'agissant des enfants, il s'avère en revanche toujours trop long pour les adultes. En outre, selon le PQE annexé au PLFSS 2015, le délai d'attribution de l'AEEH reste trop long : 3,5 mois en 2013.

Toutefois, la règle selon laquelle le silence gardé par l'administration sur une demande vaut accord, posée par la loi du 12 novembre 2013 habilitant le gouvernement à simplifier les relations entre l'administration et les citoyens, devrait permettre d'améliorer la situation. Elle s'applique en effet à certaines décisions des CDAPH.

En outre, le niveau très élevé (90%) du taux moyen de renouvellement des AAH laisse penser que ces renouvellements sont souvent quasi-automatiques et justifie la poursuite des efforts engagés pour s'assurer que les pratiques d'instruction sont pleinement conformes au droit (poursuite du pilotage de l'AAH en lien avec les DRJSCS et les DDCS/PP notamment).

La fixation de la durée d'attribution de l'AAH2 à deux ans décidée en 2011 n'a donc pas atteint ses objectifs, qui étaient essentiellement d'assurer un réexamen plus précis de la situation de la personne et, *in fine*, de procurer d'éventuelles économies en examinant plus souvent le droit à l'allocation des personnes handicapées. Au contraire, la réforme de 2011 a considérablement alourdi la charge de travail des MDPH les plaçant sous tension. Plusieurs rapports ont ainsi souligné le caractère contre-productif de cette réforme.

Par ailleurs, le taux de réformation des décisions d'attribution d'AAH par les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) poursuit sa diminution et tend vers l'objectif de 20 % fixé pour 2015 mais reste particulièrement hétérogène. Un travail partenarial entre TCI et DRJSCS (directions régionales de la jeunesse et de la cohésion sociale) est en cours pour travailler sur la motivation des décisions des CDAPH, sécuriser les décisions et limiter le risque d'infirmité. A l'instar de l'objectif d'harmonisation des pratiques locales fixé à la démarche d'amélioration du pilotage de l'AAH, ces initiatives ciblées ont vocation à fiabiliser les données relatives à l'activité des TCI et à rapprocher les taux de réformation entre les différentes régions.

Enfin, compte tenu des écarts types constatés entre territoires sur les décisions d'attributions d'AAH, il convient de poursuivre le processus d'homogénéisation des pratiques locales initié par la démarche d'amélioration du pilotage de l'AAH entrée dans sa phase de pérennisation fin 2012.

Plus généralement, le rapport de l'IGAS sur les liens entre handicap et pauvreté a souligné le renouvellement à intervalles trop courts de certaines prestations et les mauvaises coordinations entre acteurs, provoquant trop de ruptures dans les droits : attribution de l'AAH 2, renouvellement des cartes de stationnement.

Enfin, s'agissant de l'orientation vers les établissements médico-sociaux, le rapport *Zéro sans solution* de juillet 2014 constate que les procédures d'orientations actuelles ne permettent pas toujours un accompagnement effectif des personnes en situation de handicap et de leur famille. En outre, le manque de coordination des acteurs peut conduire à des situations de rupture dans les parcours. Face aux situations complexes, il est nécessaire que les acteurs des champs sanitaire, social, médico-social et éducatif se coordonnent afin de mobiliser les ressources permettant de répondre aux besoins des personnes handicapées. Le rapport propose notamment que la MDPH soit l'interlocuteur unique de chaque situation individuelle et assure ainsi le rôle d'assembleur dans le cadre d'un processus d'orientation continu qui permette d'articuler ce qui est souhaité et ce qu'il est possible de faire pour tendre vers ce que la personne et ses proches souhaitent.

➤ **La PCH fait l'objet de critiques de la part des associations et de l'ADF.**

Si la PCH est globalement reconnue comme un instrument essentiel du droit à compensation, elle fait l'objet de demandes d'amélioration.

D'une part, les associations demandent l'élargissement de son périmètre (aide à la parentalité, à la vie domestique) et l'augmentation du tarif de l'aide humaine.

D'autre part, l'ADF demande un meilleur cadrage voire une réduction de la croissance des dépenses de cette prestation.

Enfin la complexité de l'évaluation de la PCH a été soulignée dans différents rapports, notamment celui intitulé *Zéro sans solution*.

➤ **L'offre médico-sociale pourrait être améliorée sur trois points : renforcement des services à domicile, adaptation de l'offre aux besoins, réforme du mode de financement**

L'un des principaux enjeux de la politique du handicap est de permettre aux personnes handicapées qui le souhaitent de vivre à domicile. Malgré une nette amélioration depuis 2006, la part des services à domicile dans les structures médico-sociale reste minoritaire.

Les politiques du handicap ont été traditionnellement axées sur l'hébergement en établissement qui permet de répondre aux besoins les plus lourds, ce qui se traduit par une part minoritaire des services au sein des structures médico-sociales en faveur des personnes handicapées, même si elle a connu une forte progression depuis 2006. Elle s'établit en 2013 à 30,8% pour les enfants et 18,4% pour les adultes en 2013.

La progression régulière de la part des services dans les capacités d'accueil des personnes handicapées (et des personnes âgées) atteste l'engagement du Gouvernement pour développer le libre choix de vie des personnes. Le développement des services permet l'accès au droit commun.

Dans le secteur de l'enfance, l'augmentation de la part des places installées concernant l'accompagnement à domicile ou en milieu scolaire (SESSAD) illustre la priorité gouvernementale de développement de la scolarisation des enfants handicapés. La part des services au sein de l'offre médico-sociale pour enfants handicapés progresse régulièrement depuis 2006.

Pour le secteur des adultes en revanche, le poids relatif des SAMSAH-SSIAD dans l'offre globale après une augmentation en 2011 (18,9%) enregistre une légère baisse en 2012 puis 2013 pour s'établir à 18,4%. La progression depuis 2006 est cependant réelle. La moyenne recouvre cependant une hétérogénéité territoriale en diminution mais encore assez forte.

Tableau 9 : Part des services dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées

Moyenne France entière	2006	2010	2013
Adultes : part des places de SSIAD-SAMSAH	2.5%	18.4%	18.4%
Enfants : part des places de SESSAD	22.1%	28.5%	30.8%

Source : PQE Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA annexé au PLSS 2015

Par ailleurs, le rapport d'octobre 2012 de l'IGAS et de l'IGF sur les établissements et services pour personnes handicapées – offre et besoins, modalités de financement, d'octobre 2012, a mis en évidence, d'une part, l'absence d'outils pertinents pour adapter l'offre aux besoins des personnes handicapées, d'autre part, la nécessité de réformer le financement de ces structures.

Ainsi, la programmation des créations de places est dictée par l'offre plutôt que par les besoins des personnes. Manquent notamment des outils de gestion des listes d'attente, de mesure des inadéquations des situations, de possibilité juridique d'acter ces transformations dans le cadre de CPOM sans passer par des appels à projets, ainsi que des moyens financiers ciblés.

Le rapport a en particulier identifié certains besoins : les jeunes adultes relevant de l'amendement « Creton » maintenus en établissement pour enfants faute de places adaptées à leur situation ; le suivi du dépistage précoce ; l'amélioration de la coordination des acteurs dans la prise en charge du handicap psychique ; les orientations vers la Belgique, encore trop importantes ; le vieillissement des personnes en situation de handicap. Le rapport pointe également l'insuffisance des sources de connaissance des situations de handicap et de leurs évolutions et l'absence d'outils d'évaluation des situations de handicap traduites en besoins d'accompagnement. Il recommande, pour une meilleure connaissance et adéquation de l'offre et des besoins, la généralisation d'un système d'échanges de données harmonisé entre les MDPH, les ESMS et les responsables des programmations départementales et régionales, l'organisation des échanges d'éléments d'évaluation entre MDPH et ESMS, l'exonération d'appel à projet en cas d'adaptation de l'offre d'un ESMS existant dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens CPOM, la redéfinition des enquêtes nationales, en particulier l'enquête ES, en le recentrant sur la connaissance des personnes et de leurs parcours, la redéfinition de l'architecture technique des remontées des MDPH vers le niveau national via le système d'information SIPAPH.

Le rapport constate également l'inadaptation du système de financement actuel, fondé sur des prix de journée et des forfaits : il ne permet pas une bonne allocation des ressources et n'est plus adapté à l'évolution des modes d'accompagnement des personnes. Il relève en particulier que le système actuel est rétrospectif (couverture des dépenses constatées *ex post*), alors que le contexte budgétaire actuel est plus approprié aux systèmes prospectifs reposant sur une détermination des dépenses *ex ante* donc sur une enveloppe fermée de dépenses. Toutefois dans l'absolu, c'est un financement à la personne ou au parcours qui serait idéal mais complexe à mettre en œuvre ; il faut donc préférer des procédures de fluidification ou de coordination du parcours d'accompagnement. En tout état de cause, une réforme du système de financement suppose au préalable une bonne connaissance des besoins des personnes handicapées et une étude nationale des coûts. Enfin, le rapport souligne l'effet néfaste des cofinancements (Etat, assurance maladie, conseils départementaux), qui constituent un obstacle à la programmation des réponses et à la fluidité des parcours.

► **Les personnes handicapées rencontrent des difficultés plus importantes dans leur accès aux soins**

Plusieurs rapports ont contribué depuis 2008 à mettre en lumière, à partir des témoignages des personnes elles-mêmes, de leurs familles et de certains experts, les difficultés d'accès aux soins des personnes handicapées, contribuant à ces inégalités d'accès en France. Le rapport de Pascal Jacob de juin 2013 sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées fait le constat des difficultés d'accès aux soins courants et notamment les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques. Ce rapport met par ailleurs en lumière un accès trop centré sur l'hôpital et un système de santé trop cloisonné entre secteurs hospitalier, ville, médico-social, préjudiciable aux personnes en situation de handicap pour lesquelles la mise en réseau des acteurs est essentielle.

L'étude sur « le recours aux soins courants des personnes en situation de handicap » de l'IRDES (Questions d'économie de la santé n°197, avril 2014) apporte, pour la première fois, des informations objectives et chiffrées, pour différentes situations de handicap, sur l'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques. Elle met en évidence un moindre accès aux soins dentaires et gynécologiques des personnes en situation de handicap, quel que soit le handicap étudié et une concentration des inégalités d'accès aux soins courants chez les personnes relevant de l'AAH. Ce différentiel d'accès peut s'expliquer par la situation sociale des personnes handicapées (à situation égale, une partie des différences d'accès disparaissent). Les bénéficiaires de l'AAH cumulent en effet des revenus plus faibles que les allocataires des pensions et rentes d'invalidité et ne bénéficient pas de la prise en charge à 100% de leurs soins. Il peut aussi s'expliquer par les problèmes d'accessibilité physique : à situation sociale égale, les personnes en fauteuil roulant ont un accès moindre aux soins.

Le Fonds CMU, en coopération avec l'IGAS, a identifié en octobre 2014³⁷ que 2/3 des personnes relevant d'une reconnaissance administrative du handicap présentent une affection longue durée (ALD) contre moins de 20 % pour la population générale. Le vieillissement des personnes en situation de handicap entraîne un recours aux soins de plus en plus important et fait apparaître de nouvelles problématiques de santé.

L'étude du fonds CMU montre également que le recours à la complémentaire santé est peu différencié entre personnes identifiées ou non en situation de handicap. Même si les personnes en situation de handicap bénéficieront, comme les autres, des avancées en matière de complémentaire santé : généralisation de la couverture et amélioration des contrats ACS (avec la création du label ACS), elles continueront à subir un reste à charge particulier liée à leur handicap.

Afin de dresser un premier bilan des séjours hospitaliers des personnes présentant un polyhandicap lourd, le codage de ce type de handicap a été mis en œuvre en 2013 dans les recueils d'information PMSI des établissements de santé. Un premier bilan sur les données 2013-2014 sera établi courant 2015. Afin de mesurer de manière systématique le recours aux soins par les personnes handicapées accueillies en ESMS, un outil spécifique doit être réalisé : RESID'PH.

1.3.2 Depuis 2012, le Gouvernement cherche à améliorer la prévention, l'organisation de l'accompagnement médico-social et l'accès aux soins.

Pour favoriser l'adaptation du système de santé, médico-social et social aux besoins des personnes handicapées, le CIH du 25 septembre 2013 s'est engagé sur trois grands axes : les actions de dépistage, diagnostic et prise en charge précoce ; l'accompagnement médico-social ; l'accès aux soins et à la prévention. Trois textes méritent une attention toute particulière dans ce cadre : le plan Autisme 2013-2017, annoncé le 2 mai 2013³⁸, le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement et le projet de loi de modernisation du système de santé.

³⁷ Etude Fonds CMU – La protection sociale complémentaire des personnes en situation de handicap et de précarité » Etude à partir des données des CPAM de Bordeaux, Hainaut et Nanterre - octobre 2014

³⁸ Pour une vision synthétique du plan Autisme, voir annexe n°3

1.3.2.1 Améliorer le dépistage et le diagnostic : agir le plus précocement possible

Le CIH du 25 septembre 2013 prévoyait la définition d'un programme national de **repérage, dépistage et diagnostic précoce** des handicaps et des maladies susceptibles d'entraîner un handicap chez l'enfant, qui serait ensuite décliné dans les projets régionaux de santé. Ceci suppose une organisation graduée et coordonnée de repérage des signes d'alerte, de diagnostic rapide et d'orientation vers une prise en charge adaptée, ainsi qu'une structuration lisible et efficace des rôles et missions des différents acteurs.

Le champ de **l'autisme** et des troubles envahissant du développement a servi de « précurseur » à la conception et à la diffusion de ce dispositif, avec la publication, le 17 juillet 2014, de l'instruction DGCS/DGOS/CNSA relative au cadre national de repérage, de diagnostic et d'interventions précoces des enfants avec autisme et autres troubles envahissant du développement. Les plans d'action régionaux « autisme » ont été remontés le 30 septembre 2014 et prévoient notamment de développer des équipes de diagnostics de proximité et des services d'intervention précoce. Le cadre national devra être complété en 2015 d'un socle d'indicateurs de suivi et d'évaluation et d'une analyse des besoins de formation des équipes d'intervention. Ces travaux pourront être dupliqués et adaptés pour d'autres pathologies ou troubles susceptibles d'entraîner un handicap. La priorité sera donnée à ceux nécessitant une coordination des acteurs, en particulier autour des maladies mentales porteuses de risque de handicap psychique. Par ailleurs, une mission est en cours sur la structuration de la filière de dépistage et diagnostic précoce du handicap de l'enfant à l'ARS Alsace.

La généralisation du repérage néonatal de la surdité, prévue par le CIH du 25 septembre 2013, est effective depuis la parution de l'arrêté du 3 novembre 2014 relatif au cahier des charges national du programme de dépistage de la surdité permanente néonatale, accompagnée d'une instruction aux ARS présentant notamment la plaquette d'information des parents élaborée en lien avec les professionnels et les associations.

Par ailleurs, le centre national d'information sur la surdité est en service depuis le 16 décembre 2013 (www.surdi.info). Il a pour mission de délivrer en temps réel une information neutre et fiable aux publics concernés par la surdité. Il s'agit notamment des parents qui découvrent la surdité de leur enfant et des personnes qui deviennent sourdes.

Afin d'accompagner tous les élèves dans leur parcours scolaire, quels que soient leurs besoins, le décret du 28 novembre 2014 relatif au suivi et à l'accompagnement des élèves prévoit que « les élèves dont les difficultés scolaires résultent d'un trouble des apprentissages peuvent bénéficier d'un plan d'accompagnement personnalisé prévu à l'article L. 311-7, après avis du médecin de l'éducation nationale ». La circulaire du 22 janvier 2015 en précise les modalités de mise en œuvre et en donne un modèle type. Par ailleurs, sera prochainement publié un projet d'arrêté relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires, notamment des troubles du langage et des apprentissages. Enfin, doit être très prochainement publiée une expertise collective de l'INSERM sur la déficience intellectuelle.

Des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM sur l'information, l'outillage et la formation des professionnels de première ligne (santé, sociaux, centres d'action médico-sociale précoce, centres médico-psycho-pédagogiques...) ont été publiées en décembre 2014.

Enfin, le décret du 26 mai 2014 visant à encadrer la prise en charge des frais de transports des enfants accueillis en CAMSP et CMPP permet la prise en charge intégrale des frais de transport vers les centres d'action médico-sociale précoce et les centres médico-psycho-pédagogiques. En outre, l'ANAP coordonne des travaux, qui devraient être finalisés courant 2015, pour fournir aux acteurs du médico-social et aux gestionnaires des ESMS des outils opérationnels leur permettant de mieux organiser le transport des personnes handicapées (aide à la décision pour anticiper le transport, et choisir le bon mode de transport, contrôle du transport avec indicateurs et modalités de suivi, organisation de coopérations).

1.3.2.2 Améliorer le service rendu par les MDPH et le pilotage de l'AAH

- **Afin d'améliorer le service d'évaluation et d'orientation rendu par les MDPH (réduire les délais de traitement, harmoniser les pratiques), plusieurs actions ont été initiées.**

Sont en cours :

- Une expérimentation, décidée lors du CIMAP du 18 décembre 2013, pour améliorer la procédure de demande de prestations à la MDPH : expérimentation « IMPACT » (Innovier et Moderniser les Processus MDPH pour l'Accès à la Compensation sur les Territoires) lancée en février 2014 dans le Nord Pas de Calais et dans le Calvados, consistant à simplifier le formulaire de demande à la MDPH en le centrant sur l'expression des besoins (au lieu de l'actuelle logique de prestations) et le certificat médical l'accompagnant. Ce projet vise à simplifier les démarches et à personnaliser les parcours des usagers, à améliorer les délais de traitement et à renforcer la qualité des décisions et l'égalité de traitement sur le territoire. Le nouveau formulaire sera en outre dématérialisé.
- Un système d'information pour simplifier la fabrication des cartes de stationnement pour personnes handicapées qui a été mis à disposition des services déconcentrés de l'Etat au cours du mois d'avril 2015 et qui pourra ensuite être déployé dans les MDPH.

Dans le cadre de l'animation du réseau des MDPH, la CNSA poursuit son travail d'harmonisation et de sécurisation des pratiques en matière d'évaluation des demandes et d'élaboration des réponses : outils GEVA, guide relatif aux troubles DYS publié en décembre 2014.

Enfin, après concertation avec les représentants des personnes handicapées et des conseils départementaux, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement rénove la concertation locale avec la création des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie et prévoit la possibilité pour les conseils départementaux, sous réserve de l'accord de la commission exécutive, de constituer des maisons départementales de l'autonomie.

De manière générale, le rapport *Zéro sans solution* paru en juillet 2014 ouvre de nouvelles perspectives pour améliorer le fonctionnement et renforcer le rôle des MDPH et, plus largement, pour améliorer les procédures et outils de coordination pour éviter les situations de rupture dans les parcours des personnes en situation de handicap et leurs aidants.

Encadré : résumé du rapport de Denis Piveteau de juin 2014 :

« Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches

Principal constat : les procédures actuelles d'orientation des personnes handicapées sont appliquées de manière disparate sur le territoire et ne permettent pas toujours de proposer une solution d'accompagnement effective aux personnes en situation de handicap et à leurs familles. En outre, l'accompagnement des personnes handicapées se trouvant dans une situation complexe pâtit d'une insuffisance dans les outils, les pratiques et l'organisation de la coordination des acteurs, ce qui peut conduire à des situations de rupture de parcours.

Grandes lignes directrices : les situations critiques appellent une réponse préventive, donc structurelle ; l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale doit se réorganiser pour ne plus simplement proposer des « places » mais aussi des « réponses » ; la réponse doit s'adresser en priorité à la personne dans son environnement de vie ordinaire (principe de subsidiarité ; privilégier les équipes mobiles, séjours temporaires, séquentiels, de répit) ; la réponse doit être accompagnée (veille proactive, coordination des interventions multiples, appui au sens « empowerment ») ; la MDPH doit être l'interlocuteur unique de chaque situation individuelle.

Ses principales orientations constituent un changement radical de paradigme dans la politique du handicap (à relier aux travaux en cours dans le cadre de l'expérimentation IMPACT et aux dispositions du projet de loi relatif à la santé) :

- **dans le processus d'orientation**, introduire un principe d'orientation permanente permettant d'apporter une réponse immédiate aux besoins de la personne handicapée tout en la faisant évoluer vers la réponse idéale ;
- **améliorer la coordination des acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et éducatifs** (lien avec le STS, notamment STS mentale, du PL santé) ; charger l'ARS de piloter, en lien avec les acteurs et les usagers, l'écriture des « procédures de coordination » (qui fait quoi ?) sur les cas délicats (entrées et sorties d'hôpital, gestion des week-ends et des vacances, séjours séquentiels en établissements...) ;
- **renforcer le rôle des MDPH et leur articulation avec les autres acteurs** ; créer des « groupes opérationnels de synthèse » dans les MDPH pour les situations les plus complexes ; définir les procédures sur le territoire pour améliorer l'articulation entre acteurs ; la MDPH, en charge de la fonction d'assemblage des interventions, doit être positionnée comme l'interlocuteur unique pour chaque situation individuelle avec l'appui sans faille de tous les autres pouvoirs publics et de profondes transformations de leurs méthodes de travail ; prévoir une convention globale Etat-CNSA-CG-MDPH prévoyant des engagements de qualité de service de la MDPH et des appuis nationaux ;
- **simplifier les processus MDPH (octroi des prestations)** afin de les recentrer sur l'accompagnement des personnes en situation complexe ;
- **améliorer le financement des ESMS** : aligner les conditions d'emploi du FIR pour les ESMS sur celles des établissements de santé et augmenter les marges de fongibilité des ARS entre crédits destinés aux dotations de fonctionnement (SSR PSY) et crédits médico-sociaux ;
- **assouplir plusieurs dispositions juridiques** : donner la possibilité aux MDPH de saisir les autorités de tarification et de contrôle (ARS et CG) d'éventuelles dérogations budgétaires et juridiques ; prévoir des dérogations juridiques ciblées pour les périodes d'adaptation où les personnes ne sont pas dans une situation stabilisée ; permettre à la MDPH de décider de prises en charge dérogatoires sur des crédits d'assurance maladie soit de manière automatique (période d'adaptation) soit sur entente préalable (plans d'accompagnement complexe) ; assouplir la

réglementation des lieux de vie et d'accueil et des appels à projets ; élargir les situations pouvant donner lieu à un accompagnement pluridisciplinaire adapté (L246-1 CASF), afin qu'il ne soit plus limité à l'autisme et au polyhandicap ;

- **améliorer le savoir-faire professionnel** : lancer un audit transversal sur les besoins de formation et d'appui à l'organisation des établissements et services => HAS, ANESM ; Education nationale ; permettre des délégations de tâches à des non soignants dans le cadre de protocoles validés.

➤ **Améliorer le pilotage de l'AAH**

Ce projet, lancé fin 2010, avait pour objectif de répondre à un enjeu essentiel d'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire alors que les progressions enregistrées s'accompagnaient de très fortes disparités territoriales et que les facteurs démographiques, socio-économiques ou encore la revalorisation du montant de l'allocation ne parvenaient à expliquer ce phénomène que partiellement.

Il s'est terminé en 2012 avec la phase de déploiement des formations à l'ensemble du territoire. Différentes actions ont ainsi été mises en place pour harmoniser les modalités d'attribution, dont le décret précisant la notion de restriction substantielle d'accès à l'emploi (RSDAE), publié en 2011. Il est en effet essentiel d'accompagner les acteurs locaux pour assurer la bonne compréhension de cette réforme importante. Une approche innovante a été mise en place, partant des besoins et des difficultés recensés sur le terrain, notamment pendant l'expérimentation. Cette méthode de travail s'est notamment traduite par la production d'un outil d'aide à la décision (« arbre de décision »), simple d'utilisation et construit avec les services déconcentrés. Elle s'est attachée à réaffirmer les relations avec les partenaires clés dans la mise en œuvre de la politique à l'échelle locale. Cette démarche vise à garantir une meilleure connaissance des déterminants de la dépenses d'AAH sur les territoires ainsi qu'à garantir une égalité de traitement. D'un point de vue financier, son impact est difficilement quantifiable. Cependant, le déploiement des outils et des formations dans tous les départements doit permettre, à terme, une meilleure maîtrise de la dépense dans les territoires qui se caractérise jusqu'à présent par de très fortes disparités par rapport à la moyenne nationale.

Ce pilotage de l'AAH a été pérennisé depuis fin 2012. Le réseau des référents AAH reste très actif et mobilisé. Ainsi, deux fois par an des rencontres nationales sont organisées auxquelles participent de nombreux acteurs publics concernés par l'AAH (DGEFP, CNAF, CCMSA, CNSA, etc.). En 2014, comme en 2013, de nouvelles rencontres ont été organisées afin de poursuivre le suivi de l'évolution de l'AAH et l'étude de nouvelles actions. De même, le ministère a été particulièrement vigilant au fait que l'ensemble des référents AAH des services de l'Etat puissent disposer d'une formation continue sur le pilotage de la prestation. Des formations semestrielles en partenariat avec l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) ont été mises en place, ouvertes en priorité aux agents des services de l'Etat siégeant en CDAPH, et plus largement à tous les acteurs de la politique du handicap (personnel des MDPH, personnel des tribunaux du contentieux de l'incapacité).

1.3.2.3 Adapter l'offre médico-sociale pour favoriser le maintien à domicile et fluidifier les parcours

➤ **Pour favoriser la vie à domicile**, conformément au CIH de septembre 2013, le Gouvernement a avancé sur plusieurs chantiers :

- dans le cadre de la refondation de l'aide à domicile, une expérimentation est en cours sur de nouvelles modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes handicapées. Un comité de pilotage « refondation des services d'aide et d'accompagnement à domicile » s'est réuni en décembre 2014 pour dresser le bilan de l'expérimentation et la feuille de route des travaux pour 2015 ;
 - une étude a été réalisée sur l'habitat alternatif. En effet, depuis plusieurs années, on constate le développement de dynamiques d'habitat collectif avec services adaptés pour des personnes en situation de handicap et des personnes âgées se situant hors du champ administré et suscitant des questionnements. Sur le champ des personnes handicapées, le rapport relatif à l'offre d'habitat alternatif au logement ordinaire³⁹ dresse un constat positif des initiatives observées dans la majorité des habitats regroupés étudiés. Il serait nécessaire de trouver les moyens de les encourager.
 - le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit 5 M€/an (fonds de compensation du handicap) pour financer notamment des aides techniques et l'aménagement du logement et prévoit l'adaptation de 80 000 logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap d'ici 2017.
- **Pour améliorer la vie des aidants**, plusieurs mesures ont été prévues dans le cadre de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement (adopté le 17 septembre 2014 en première lecture à l'Assemblée nationale et par le Sénat en mars 2015) :
- Loi du 16 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites affirme l'accès des aidants familiaux à l'AVPF (assurance vieillesse des parents au foyer) quelles que soient leurs ressources, des aidants de personnes lourdement handicapées à la MDA (majoration de durée d'assurance), accordée aux aidants d'enfants handicapés.
 - Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement (PLASV)
 - ✓ élargit le périmètre des actions en faveur des aidants que la CNSA peut financer, actuellement limité à la formation, aux autres formes d'accompagnement (groupes de parole...).
 - ✓ prévoit un abondement de la section IV du budget de la CNSA à hauteur de 5 M€ afin de financer des actions d'accompagnement des aidants, en vue de les soutenir dans leur rôle auprès des personnes handicapées ou âgées ;
 - ✓ prévoit que les SROMS et les schémas départementaux personnes âgées et personnes handicapées doivent prendre en compte les besoins des aidants⁴⁰.
 - Publication le 6 octobre 2014 par l'ORSE et l'UNAF d'un guide sur les aidants destiné aux entreprises pour améliorer l'articulation entre vie professionnelle et vie privée pour les aidants (cofinancé sur section V du budget de la CNSA).
 - Publication en novembre 2014 des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM sur l'accompagnement des aidants de personnes âgées et handicapées adultes à domicile et attente de la recommandation de la HAS sur la place des proches dans le parcours des personnes handicapées psychiques (2015).
- **Assurer la continuité des parcours**

Conformément aux engagements pris lors du CIH, plusieurs exemples montrent que l'offre médico-sociale a évolué pour favoriser la continuité des parcours :

³⁹ Document non publié à ce stade

⁴⁰ Par ailleurs, une disposition prévoyant une expérimentation du « baluchonnage » permettant aux aidants de bénéficier d'une aide à domicile pendant six jours consécutifs pour permettre aux proches de se reposer avait été adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale mais a été supprimée par amendement au Sénat.

-
- **les personnes handicapées vieillissantes** : dans le prolongement du rapport IGAS sur l'avancée en âge des personnes handicapées⁴¹, plusieurs mesures visant à élaborer un outil de repérage des signes de fragilité et à développer l'offre de service dédiée aux personnes handicapées vieillissantes ont été introduites dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, notamment l'accès aux logements foyers ; en outre le chantier de modernisation des ESAT et EA contient une action visant à développer les temps partiels et séquentiels dans les ESAT pour tenir compte du vieillissement précoce des personnes handicapées ; enfin des recommandations de bonnes pratiques ont été publiées en mars 2015 ;
 - **les personnes souffrant de handicap psychique** :
 - **développement des GEM (groupes d'entraide mutuelle)** : financement de nouveaux GEM en 2014 (2 M€), comité national de suivi des GEM, lancement d'une étude nationale d'évaluation des GEM fin 2014, groupe de travail national pour initier la révision du cahier des charges des GEM qui sera achevée pour l'été 2015; 1 M€ de mesures nouvelles prévues pour 2015 ;
 - la HAS, l'ANESM et l'ANAP ont été saisies, chacune dans leur champ de compétences, sur la thématique des **parcours des personnes souffrant d'une maladie mentale et porteuses d'un handicap psychique**. Le centre de preuves en psychiatrie et en santé mentale a passé une convention avec la HAS et a été financé dès 2014 pour rassembler des données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique. Un rapport intermédiaire des travaux sera présenté au cours du 2^{ème} trimestre 2015.
 - L'ANAP a publié à l'été 2014 un **retour d'expériences** sur la création de structures médico-sociales dans le champ du handicap psychique par reconversion de structures sanitaires et en janvier 2015 sur des équipes de psychiatrie à domicile ; développement d'outils de diagnostic territorial des parcours en santé mentale et psychiatrie (en cours).
 - La **CPO DGCS-UNAFAM** conclue pour 2014-2016 prévoit le recensement des pratiques innovantes et diffusables en matière d'accès aux soins, d'insertion professionnelle et d'accès au logement.
 - 5 projets de **recherche** ont été retenus et financés en 2014 dans le cadre d'un appel à projet lancé par l'IRESP, la CNSA et la DREES.

⁴¹ IGAS, Rapport RM2013-163P, Patrick Gohet, *L'avancée en âge des personnes handicapées*.

- **les jeunes souffrant de troubles du comportement et accompagnés en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) au plus près de leurs besoins** : ouverture en septembre 2014 de la deuxième phase d'une expérimentation de fonctionnement en dispositif des ITEP dans six régions afin de fluidifier les parcours et d'adapter très rapidement l'accompagnement médico-social à l'évolution des besoins de la personne en allégeant les tâches administratives auprès des MDPH. Il s'agit d'un dispositif intégré proposant un accompagnement diversifié avec au moins trois modalités d'accueil (internat, externat, service) au sein duquel le jeune circule sur la base d'une évaluation de ses besoins effectuée par le dispositif lui-même et non par la MDPH afin de réduire les délais. Cette action constitue une piste d'évolution intéressante pour l'amélioration de l'accompagnement des enfants et adolescents handicapés dans la mesure où il permet de tester des outils concrets fluidifiant les parcours qui peuvent même avoir des conséquences en termes de simplification des circuits entre l'utilisateur, la MDPH et les ESMS. Dans le cadre de l'examen en première lecture du projet de loi relatif à la modernisation du système de santé à l'Assemblée nationale, un amendement a permis d'introduire la possibilité, pour les CDAPH, d'orienter vers des dispositifs.
- **les personnes en situation de handicap rare** : création et financement (6,8 M€) d'équipes relais (professionnels spécialisés connus et disponibles pour venir en appui) dans 9 inter-régions (Ile-de-France, Est, Ouest, Sud méditerranéen fin 2014 et Nord-Ouest, Sud-Est, Sud-Ouest et Océan indien début 2015) sur la base de l'instruction DGCS-CNSA du 22 novembre 2013. Cette action a été initiée dans le cadre du premier schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares (2009-2013) et mise en œuvre dans le deuxième schéma national finalisé à l'occasion du comité de pilotage de janvier 2015 (adoption par le conseil de la CNSA en avril 2015 pour passage en concertation obligatoire (CNCPPH et CNOSS) dans les semaines qui suivent. L'enjeu est la mise en place d'une organisation intégrée avec les 4 centres nationaux de ressources pour les handicaps rares et les acteurs au plus près des personnes permettant de garantir une réponse harmonisée et collective à toute personne en situation de handicap rare quel que soit son mode d'entrée dans le dispositif de prise en charge et d'accompagnement. L'objectif est à la fois d'améliorer les parcours des personnes, les pratiques et connaissances des professionnels et le partenariat avec les aidants.

► **Transformer l'offre médico-sociale existante**

Le CIH de septembre 2013 entendait développer deux axes pour permettre aux ARS et conseils départementaux de mener à bien la reconfiguration de l'offre médico-sociale existante : un assouplissement des procédures pour faciliter l'évolution des CPOM et le fonctionnement des groupements de coopération sanitaire ainsi qu'une évolution des formations des professionnels médico-sociaux.

Sur le premier point, la procédure d'appel à projet a été simplifiée par le décret du 30 mai 2014 portant seuil unique d'application de la procédure pour faciliter les augmentations de capacité d'établissement sans passer par appel à projet; en outre l'article 45 du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement exonère l'ARS d'appel à projet pour les opérations de transformation d'établissement (passage d'une catégorie à une autre), sous réserve du respect des seuils de capacité et de la conclusion d'un CPOM. Ainsi, l'appel à projet est recentré sur les opérations de création d'établissement. Mais ces assouplissements ne sont que des possibilités. L'ARS peut lancer des appels à projet si elle le préfère.

Sur le second point, un accord cadre national d'engagement de développement de l'emploi et des compétences pour l'autonomie (EDEC) a été signé le 27 mars 2014 par le Ministre du Travail et la Ministre déléguée aux personnes âgées d'une part et les représentants des employeurs et des salariés des cinq branches professionnelles du secteur social et médico-social d'autre part. Des conventions financières ont été conclues avec chaque OPCA pour décliner concrètement cet accord cadre.

Une réforme des formations de niveau V (correspondant aux actuels métiers d'auxiliaire de vie sociale et d'aide médico-psychologique) est en cours afin de parvenir à une formation plus intégrée, transversale à l'ensemble des lieux de vie de la personne en perte d'autonomie, et intégrant également les aspects plus spécifiques d'accompagnement en milieu scolaire. Cette nouvelle formation devrait permettre aux professionnels d'être mieux formés à la question des parcours de vie des personnes, et de s'inscrire dans des dispositifs de validation des acquis de l'expérience (VAE) offrant des passerelles avec les divers métiers de l'aide aux personnes. Il s'agit d'une réforme qui vise aussi à accompagner la recomposition de l'offre médico-sociale, laquelle cherche elle aussi à passer d'établissements et services cloisonnés à des logiques de plate-forme de service.

Des travaux sont également en cours sur le plan d'action en formation continue au travers d'avenants passés entre la CNSA et les OPCA ou assimilés (UNIFAF, UNIFORMATION, ANFH, CNFPT).

Par ailleurs, le 3^{ème} plan autisme 2013/2017 prévoit également un volet relatif à l'évolution de l'offre médico-sociale en direction des personnes avec troubles envahissants du développement, en s'appuyant sur une enveloppe dédiée de 38 M€. Un référentiel qualité, composé de neuf domaines⁴², fait l'objet d'une phase de test (octobre 2014 à janvier 2015) dans deux territoires (Yvelines et Limousin) avant déploiement national.

Le plan intègre également le déploiement de formations cadrées au niveau national (sur la base d'une action prioritaire nationale élaborée par l'OPCA UNIFAF, et via un appel d'offre national pour identifier l'offre de formation la plus adaptée au cahier des charges), à destination de professionnels du secteur médico-social, portant sur les interventions recommandées et la conduite du changement nécessaire pour leur mise en œuvre. Les pré-requis portent notamment sur la présence conjointe de cadres dirigeants et d'intervenants directs auprès de personnes avec TED. Par ailleurs, la commission professionnelle consultative du travail social et de l'intervention sociale a décidé le lancement, en décembre 2014, d'un groupe de travail destiné à élaborer un référentiel de formation complémentaire sur l'autisme, destinée aux professionnels déjà titulaires de diplômes de niveau V (aide à domicile, aide médico-psychologique) à III (éducateur spécialisé) et accessible tant en poursuite de cursus initial que par la voie de la formation continue.

1.3.2.4 Faciliter l'accès aux soins courants, à l'hôpital et à la prévention

Plusieurs rapports (HAS en 2008, rapport de Pascal Jacob en avril 2013) ayant mis en évidence les difficultés d'accès aux soins des personnes handicapées, le CIH a souhaité agir sur deux axes : d'une part lancer des études pour mieux connaître les difficultés d'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers des personnes en situation de handicap (cf. *supra* : publication en avril 2014 d'une étude de l'IRDES sur l'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes handicapées) ; d'autre part améliorer l'accès aux soins, notamment en favorisant la coordination des acteurs.

⁴² Place de la personne et de sa famille ; évaluation individuelle et suivi du développement ; projet personnalisé d'interventions ; interventions et apprentissage ; environnement matériel ; aspects comportementaux et comportements problématiques ; formations et soutien aux professionnels ; accès à la santé et organisation de l'accès aux soins somatiques ; préparation des transitions d'un milieu à un autre.

- **Le CIH du 25 septembre 2013 prévoyait le déploiement, après leur évaluation, des dispositifs de consultation pour personnes handicapées aujourd'hui mis en place sur certains territoires.**

L'instruction DGOS/DGCS du 25 juillet 2014 a organisé le recensement des dispositifs de consultations de soins courants spécifiquement organisées pour les soins aux personnes handicapées (en ville, en établissement de santé, à domicile ou en établissement médico-social) et une enquête sur leur activité.

Ce recensement et cette enquête permettront de réaliser, en 2015, grâce à la mise en place d'un groupe de travail, un cahier des charges des dispositifs d'accès aux soins courants pour les personnes handicapées.

On trouvera en annexe n°4 plusieurs exemples d'initiatives régionales ayant pour objet de faciliter l'accès des personnes handicapées aux soins, soit de manière générale, soit de manière plus ciblée sur certaines situations de handicap (autisme, troubles « DYS », sourds et malentendants, personnes handicapées vieillissantes...).

S'agissant de la prise en compte des spécificités de l'accueil et du soin aux personnes handicapées dans les établissements de santé, la HAS a inscrit à son programme de travail 2015 l'élaboration d'un guide sur l'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées en établissement de santé. Ce guide est une première étape qui pourra, le cas échéant, donner lieu à intégration d'une méthodologie adaptée dans le cadre de la nouvelle procédure de certification.

Des progrès sont attendus en matière de prise en compte des personnes handicapées dans la prévention, même s'il faut noter des initiatives régionales (par exemple le programme vie affective, sexualité et handicap en Bourgogne, ou un programme de promotion de la santé et de la prévention dans les ESMS en Languedoc-Roussillon, ou encore des programmes de prévention bucco-dentaire pour les personnes handicapées en Franche-Comté et en Ile de France) et la prise en compte des personnes handicapées dans l'objectif de réduction des inégalités du plan cancer.

Par ailleurs, l'ANAP a été saisie de retours d'expérience sur l'organisation territoriale de l'accès aux soins des personnes handicapées.

L'ensemble de ces actions s'inscrit plus généralement dans le cadre de la stratégie nationale de santé et des dispositions à venir du projet de loi de modernisation du système de santé en matière d'organisation de communautés professionnelles territoriales de santé à partir d'équipes de professionnels de soins primaires et la mise en place des plateformes territoriales d'appui à ces équipes.

Enfin, la première circulaire de campagne du FIR (fonds d'intervention régionale) pour 2015 prévoit 2,6 M€ pour la mise en place de dispositifs de consultations dédiées aux personnes handicapées et les campagnes suivantes poursuivront ce mouvement.

- **Améliorer la coordination des soins et les pratiques des professionnels de santé**

Deux grandes avancées étaient attendues lors du CIH de septembre 2013 pour que les professionnels de santé soient mieux à même de soigner de manière spécifique et coordonnée les personnes en situation de handicap : la formation des professionnels de santé aux spécificités des personnes handicapées et la coordination des acteurs.

En ce qui concerne la **formation**, la circulaire DGOS du 28 juillet 2014 sur les orientations de formation définit un axe de formation sur l'autisme et un autre sur les personnes handicapées vieillissantes en établissement médico-social. Mais il convient d'accentuer ces actions par un véritable plan de formations concernant non seulement la fonction publique hospitalière mais aussi les professionnels libéraux. En outre, à ce stade, l'objectif de développement des stages en établissement ou service médico-social pour personnes handicapées au cours des formations médicales et paramédicales n'est pas atteint. Il convient d'aller beaucoup plus loin en s'appuyant notamment sur l'avis du CNCPH sur le sujet (module handicap dans la formation médicale avec un nombre d'heures minimum sur les notions de handicap ; rendre obligatoire un stage dans un ESMS pour personnes handicapées, avec une formation théorique sur le handicap).

En ce qui concerne le développement de la **coordination**, quelques avancées organisationnelles peuvent être notées :

- la création de plateformes territoriales d'appui, prévues par le projet de loi relatif à la modernisation du système de santé, qui mettent en cohérence les dispositifs d'appui à la coordination existants (réseaux, CLIC, MAIA) pour offrir un service lisible et intégré aux professionnels de premier recours. Ces plateformes auront pour mission de soutenir les professionnels de premier recours pour les patients en situation complexe, quels que soient l'âge et la pathologie ;
- des expérimentations jusqu'en 2018 de télémédecine en établissement social et médico-social dans le champ de la psychiatrie (article 36 de la LFSS pour 2014 sur la télémédecine et arrêté du 11 juin 2014 sélectionnant les neuf régions, dont trois ont développé des projets de télémédecine en psychiatrie pour personnes handicapées : Haute-Normandie, Centre, Bourgogne) ;
- la montée en charge des interventions de l'hospitalisation à domicile dans les structures pour personnes handicapées dans quatre régions : Ile de France, Languedoc Roussillon, PACA, Lorraine (attente d'évaluation pour 2015).

1.4 Jeunesse : vers une communauté éducative inclusive et un enseignement supérieur davantage tourné sur le handicap

La loi du 11 février 2005 a posé le principe de la scolarisation des enfants et étudiants handicapés en milieu ordinaire. Sa mise en œuvre a permis de doubler en dix ans le nombre d'élèves et d'étudiants en situation de handicap dans les établissements scolaires et d'enseignement supérieur.

Toutefois, à l'école, au collège et au lycée, comme l'ont montré de nombreux rapports, dont celui du sénateur Paul Blanc en 2011 et celui du secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) de juillet 2013⁴³, cet accroissement très important appelait le renforcement de trois axes principaux : mieux évaluer les besoins des enfants, professionnaliser l'ensemble de l'équipe éducative et adapter le secteur médico-social. Cette inflexion a été engagée à partir de 2012 avec en outre un accent sur le numérique, sur l'autisme, ainsi que des actions en dehors de l'école en direction des parents et pour favoriser les loisirs des jeunes en situation de handicap.

A l'université, les objectifs d'amélioration de l'accueil, de l'accompagnement et de l'accessibilité ont été amplifiés, ainsi que l'effort de recherche dans le domaine du handicap.

⁴³ La scolarisation des élèves en situation de handicap, CIMAP du 4 juillet 2013.

1.4.1 Ecole : le doublement du nombre d'élèves handicapés scolarisés a conduit le Gouvernement à professionnaliser la communauté éducative et à renforcer la coordination entre l'éducation nationale et le secteur médico-social

1.4.1.1 La loi de 2005 prévoit la scolarisation en milieu ordinaire des enfants handicapés.

La loi du 11 février 2005 dispose, en son article 19, codifié à l'article L. 112-1 du code de l'éducation, que « *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 compétences, l'Etat met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés* ».

Cette loi a ainsi formalisé et renforcé certains dispositifs existants antérieurement et en a créé de nouveaux pour faciliter la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire. Le cadre législatif et réglementaire qui en résulte s'appuie sur une « évaluation » des compétences et besoins des enfants, un « parcours de formation » et un « projet personnalisé de scolarisation » (L. 112-2 CE), la « création d'équipes de suivi de la scolarisation » « dans chaque département » (L. 112-2-1), des « aménagements » dans les conditions du contrôle continu et des épreuves (L. 112-4 CE), ainsi qu'une « formation spécifique concernant l'accueil et l'éducation des élèves et étudiants handicapés », des enseignants et personnels d'encadrement, d'accueil, techniques et de service « au cours de leur formation initiale et continue » (L. 112-5 CE) et, pour les jeunes sourds, « la liberté de choix » entre une communication bilingue et une communication en langue française (L.112-3 CE).

Ainsi, une **évaluation des besoins** a été organisée au niveau des CDAPH, permettant la définition d'un **projet personnalisé de scolarisation** et le cas échéant l'attribution d'une **aide humaine (auxiliaire de vie scolaire)**. Cette aide peut être **individuelle ou, depuis le décret du 23 juillet 2012, mutualisée**. En outre dans les structures spécifiques de scolarisation pour l'inclusion scolaire (**CLIS** dans le primaire et **ULIS** dans le secondaire, créées avant 2005 par circulaire⁴⁴), l'hétérogénéité des groupes et la complexité des actions éducatives et pédagogiques peuvent rendre souhaitable la présence d'un autre adulte susceptible d'apporter une aide, auprès des enseignants : l'inspecteur d'académie peut dans ce cas prévoir un auxiliaire de vie scolaire collectif (AVS-co).

Afin de suivre les projets personnalisés de scolarisation, la fonction d'enseignants **référents** a été créée par le **décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap**, en plus des autres professionnels (inspecteurs de l'Education nationale chargés de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés, enseignants spécialisés des réseaux d'aide spécialisée aux élèves en difficulté, enseignants spécialisés itinérants...).

Afin d'éviter les ruptures de parcours, et dans la continuité de « l'école à l'hôpital », des **unités d'enseignements** ont été créées en 2009 dans les établissements de santé et médico-sociaux.

⁴⁴ CLIS : classe pour l'inclusion scolaire, créée par circulaire du 18 novembre 1991 ; ULIS : unité localisée pour l'inclusion scolaire, créée par circulaire du 21 février 2001.

Pour tenir compte des spécificités des élèves en situation de handicap, des dispositifs particuliers ont été créés : les **pôles d'accompagnement à la scolarisation des élèves sourds**⁴⁵ permettent depuis 2008 à ces derniers d'accéder à une scolarisation en langue des signes française ou en langage parlé complété ; pour les élèves déficients visuels, le réseau CANOPE, en lien avec l'Institut national des jeunes aveugles, est chargé de répondre aux demandes d'**adaptation de manuels et documents scolaires**⁴⁶. De manière générale, les élèves handicapés peuvent se présenter aux examens et concours organisés par l'éducation nationale dans des conditions aménagées (décret du 21 décembre 2005 prévoyant notamment une installation matérielle dans la salle d'examen, l'utilisation de machine ou de matériel technique ou informatique, un secrétariat ou une assistance, l'adaptation dans la présentation des sujets, un temps de composition majorés).

Enfin, depuis 2007, les familles peuvent se renseigner sur la scolarisation des enfants handicapés à partir de la plateforme téléphonique « **Aide Handicap Ecole** » (08 10 55 55 00) et de l'adresse mail aidehandicapecole@education.gouv.fr.

1.4.1.2 Cette impulsion législative a incontestablement facilité la forte augmentation des enfants scolarisés en milieu ordinaire.

Le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire a doublé entre la rentrée 2004-2005 et la rentrée 2014-2015, passant de 113 838 à 259 941, la progression annuelle moyenne étant de 6,9% (cf. tableau).

Tableau 10 : Evolution du nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire dans les premier et second degrés de l'enseignement public et privé sous contrat

	2004- 2005		2010- 2011		2014- 2015		Evolution totale de 2004 à 2014	Evolution annuelle moyenne
	nombre	part	nombre	part	nombre	part		
1er degré	96 396	72%	126 294	63%	151 412	58%	57%	4,6%
Classe ordinaire	58 954	61%	86 063	68%	103 908	69%	76%	5,8%
CLIS	37 442	39%	40 231	32%	47 504	31%	27%	2,4%
2ème degré	37 442	28%	75 094	37%	108 529	42%	190%	11,2%
Classe ordinaire	31 454	84%	54 785	73%	75 941	70%	141%	9,2%
ULIS	5 988	16%	20 309	27%	32 588	30%	444%	18,5%
TOTAL	133 838	100%	201 388	100%	259 941	100%	94%	6,9%
Classe ordinaire	90 408	68%	140 848	70%	179 849	69%	99%	7,1%
CLIS + ULIS	43 430	32%	60 540	30%	80 092	31%	84%	6,3%

Source : MENESR-DGESCO/Enquêtes 3 et 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicap scolarisés dans le premier et le second degré.

L'évolution a été particulièrement marquée dans le secondaire (triplement sur la période, progression annuelle moyenne supérieure à 11%).

Les parts des élèves scolarisés en classe ordinaire et en classe spécialisée (CLIS, ULIS) sont restées stables : respectivement 69% et 31%. En effet, si la part des CLIS a diminué (passant de 39% à 31%), celle des ULIS a augmenté (passant de 16% à 30%).

⁴⁵ Cette appellation date de 2010, mais le dispositif a été créé en 2008. Il en existait 30 à la rentrée 2014.

⁴⁶ Le service braille existe depuis 2002 ; une convention avec l'Education nationale a été signée en 2008.

La majorité des 201 388 élèves scolarisés en 2010-2011 (125 594 soit 62,4% de l'ensemble) étaient atteints de **troubles intellectuels et cognitifs ou psychiques** (moteurs : 8,8% ; visuels : 2,3%. auditifs 3,7% ; associés 5%). D'après le ministère, cette répartition est globalement stable.

Une enquête de l'OMS constate que **les élèves en situation de handicap se sentent moins bien en milieu scolaire que les autres élèves** : même si cette perception s'est améliorée, en 2012, seuls 63,7% des élèves en situation de handicap déclaraient un niveau élevé de satisfaction globale de niveau de vie (contre 81,5% pour les autres élèves) et 48,8% déclaraient avoir été brimés au collège au cours des deux derniers mois (contre 31,3% pour les autres élèves)⁴⁷.

Ce que montrent également les statistiques du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, c'est que cette évolution importante du nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire s'est accompagnée d'une **augmentation encore plus importante du nombre de personnes chargées d'accompagner ces enfants** :

- le nombre d'élèves bénéficiant d'une aide s'établit à la rentrée 2014-2015 à 109 196, soit 4 fois plus qu'en 2006 (26 341 pour 2006-2007 soit 17% des enfants handicapés scolarisés) et près d'un enfant handicapé scolarisé en milieu ordinaire sur deux (42%) ;
- parmi ces enfants, plus des trois quarts (77 825) bénéficient d'une aide individuelle et moins d'un tiers (31 371) d'une aide mutualisée. Si le nombre d'élèves accompagnés par un AVS individuel a triplé depuis 2005-2006, on constate toutefois une croissance forte de l'aide mutualisée depuis sa création en 2012.
- le nombre d'accompagnants s'établit à 69 000 personnes à la rentrée 2014-2015, dont 28 000 AESH (dont 5 000 en CDI en 2014-2015) et 41 000 personnes en contrats aidés (contrat unique d'insertion ou contrat d'accompagnement dans l'emploi).

Le nombre d'enfants handicapés scolarisés en établissements spécialisés a augmenté beaucoup moins rapidement, passant de 62 000 en 2004 à 79 217 en 2014-2015 (source : enquête 32 du MENESR-DEPP concernant la scolarisation dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux).

Tableau 11 : Evolution du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire et en établissement social ou médico-social de 2004 à 2014

	2004- 2005		2010- 2011		2013- 2014		Evolution totale de 2004 à 2013	Evolution annuelle moyenne
	nombre	part	nombre	part	nombre	part		
en ESMS	77 141	37%	78 112	26%*	79 217	23%*	3%	0,3%
Dont scolarité partagée	nd	nd	6 626		7 524			
en milieu ordinaire	133 838	63%	201 388	74%	239 160	77%	79%	6,7%
Total	210 979	100%	272 874	100%	310 853	100%	47%	4,4%

Source : MENESR – R&RS 2014 - * hors scolarité partagée

⁴⁷ Source : RAP de mai 2014 du programme 230, s'appuyant sur l'enquête internationale quadriennale Health Behaviour in School-aged children – HBSC – La santé des élèves de 11 à 15 ans (Organisation mondiale de la santé) réalisée tous les 4 ans et pour la France depuis 2002.

On ne dispose pas, faute de données suffisamment précises sur l'évolution du nombre d'enfants handicapés, **de statistiques relatives à l'évolution de la part des enfants scolarisés dans le nombre total d'enfants handicapés**. Le rapport du sénateur Paul Blanc estime cependant à environ 5% la part des enfants handicapés non scolarisés. Différents chiffres sont donnés, de 5000 à 20 000 enfants sans solution, sans que la situation soit vraiment appréhendée compte tenu de l'absence de systèmes d'informations harmonisés entre les MDPH.

En revanche, la part des élèves handicapés en milieu ordinaire dans l'ensemble des élèves scolarisés en milieu ordinaire est connue. Celle-ci s'est accrue, passant de 1,3% en 2005 à 2,1% en 2014 (source : ministère de l'éducation nationale et de la recherche).

Les moyens consacrés à cette politique, tels que répertoriés dans l'action 3 (« inclusion scolaire des enfants handicapés ») du programme 230 (« vie de l'élève ») ont triplé, passant de 181 M€ en 2006 à 613 M€ en 2013⁴⁸.

En tenant compte également des moyens déployés dans le cadre des programmes 140 (enseignement scolaire public du premier degré) et 141 (enseignement scolaire public du second degré), le ministère de l'éducation nationale estime le montant total des moyens financiers consacrés par l'Education nationale aux élèves handicapés à 1,5 Md€ en 2013. Cf. tableau n°13.

Tableau 12 : Evaluation des moyens engagés – programmes 140, 141, 230

Rémunération du personnel (coûts calculés à partir des coûts moyens par ETP)	Enseignants spécialisés ⁴⁹	698,2 M€	45,6%
	AVS ⁵⁰	589,7 M€	38,5%
	Personnels animation et encadrement ⁵¹	199,0 M€	13,0%
	Formation spécialisée ⁵²	22,9 M€	1,5%
	Total rémunération du personnel	1 509,7 M€	98,6%
Autres crédits	Matériel pédagogique adapté ⁵³	9,1 M€	0,06%
	Autres crédits ⁵⁴	10,1 M€	0,06%
TOTAL	Total général	1 528,9 M€	100%

Source : MENESR - DGESCO

⁴⁸ Source : PQE invalidité pour l'année 2006 et RAP de mai 2014 du programme 230

⁴⁹ Enseignants des CLIS, ULIS, ESMS, ES, classes externalisées des établissements spécialisés, autres situations ASH MEN et hors MEN

⁵⁰ AVS-I, AVS-CO, AVS-M, CUI AVS

⁵¹ IEN ASH, conseillers pédagogiques ASH, coordonnateurs pédagogiques d'une unité d'enseignement, coordonnateurs AVS, enseignants référents, enseignants spécialisés mis à disposition d'une MDPH, enseignants itinérants, directeurs d'écoles publiques à 3 classes spécialisées et plus, chargés de mission handiscol, conseillers d'orientation psychologique, RASED, médecins scolaires, personnels de santé et sociaux mis à disposition des MDPH.

⁵² Enseignants en formation CAPA-SH et 2CA-SH

⁵³ Coût du matériel

⁵⁴ Frais de déplacement, formation des AVS, accompagnement spécialisé des élèves handicapés, subventions aux MDPH

1.4.1.3 De nombreux rapports ont mis en évidence l'inadaptation de l'accueil de ces élèves en situation de handicap

De nombreux rapports ont été rendus publics sur la scolarisation des élèves en situation de handicap⁵⁵. Le secrétariat général de la modernisation de l'action publique en a fait la synthèse à l'occasion du rapport d'évaluation de la scolarisation des enfants en situation de handicap (rapport du SGMAP du 4 juillet 2013).

Tous ces rapports constatent l'inadaptation des modalités de scolarisation de ces élèves, pointant en particulier :

- la **faiblesse des outils d'évaluation** des besoins de l'enfant par les MDPH, qui jouent leur rôle en matière d'orientation mais peinent à rédiger les projets personnalisés de scolarisation et à construire un parcours scolaire ; aussi la programmation s'appuie-t-elle sur une connaissance précise de l'offre mais floue des besoins ;
- de grandes **inégalités de traitement** sur le territoire tant au niveau de l'orientation que de l'accompagnement et de l'offre de scolarisation et médico-sociale ;
- le **développement de la prescription par les MDPH d'aides individuelles**, les auxiliaires de vie scolaire individuels (AVS-I), en général recrutés sous contrats aidés précaires ;
- le **déficit de formation** des équipes, que ce soit celle des enseignants comme des AVS ;
- le **déficit de coordination** entre l'offre médico-sociale et l'éducation nationale.

Ces rapports préconisent donc principalement :

- une meilleure évaluation des besoins de l'enfant et corrélativement une réduction de la prescription d'aides individuelles, ce qui suppose le développement de référentiels dans les MDPH, ainsi qu'un dépistage précoce de certaines difficultés d'apprentissage ;
- la diminution du recrutement des contrats aidés et leur remplacement par des personnels ayant un statut permettant un accompagnement dans la durée ;
- la formation de tous les personnels, à la fois accompagnants et enseignants ;
- la poursuite de la scolarisation collective, notamment dans le second degré, plus particulièrement en lycées professionnels qui offrent une perspective professionnelle et un corps professoral habitué à des publics hétérogènes, mais en veillant à une application moins restrictive de la circulaire sur les nouvelles ULIS ;
- le développement des matériels adaptés, outils numériques mais aussi manuels afin de favoriser l'autonomie de l'enfant dans ses apprentissages ;
- une véritable coordination entre éducation nationale et secteur médico-social, à tous les niveaux ;
- l'évolution du secteur médico-social, afin de réduire les inégalités de répartition de l'offre entre territoires et garantir la fluidité des parcours entre le milieu ordinaire et le milieu spécialisé.

⁵⁵ L'éducation nationale face à la scolarisation des élèves en situation de handicap, Cour des comptes, février 2012 ; Les classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) en 2010, n°2011-104, IGEN, septembre 2011 ; La scolarisation des enfants en situation de handicap, rapport au président de la République, Paul Blanc, mai 2011 ; L'accompagnement des élèves en situation de handicap – les prescriptions : état des lieux – propositions, IGAS, IGEN, IGAENR, n°2012-162 ; L'accueil des enfants handicapés dans les établissements et services médico-sociaux, Etudes et résultats, DREES, février 2013.

1.4.1.4 Une forte détermination politique en faveur de la scolarisation

Dans la foulée du rapport du SGMAP remis en juillet 2013 (précité), trois grandes séries de mesures ont été prises : l'évaluation des besoins des enfants, la formation et la professionnalisation des acteurs, la coordination entre le secteur médico-social et l'éducation nationale. L'accent a également été mis sur l'autisme et le numérique. En outre, le Gouvernement a pris des mesures dépassant le cadre scolaire, concernant les parents et les loisirs des jeunes.

► Une meilleure évaluation des besoins

La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République du 8 juillet 2013 et différents textes (notamment les décrets du 27 juin 2014 et du 11 décembre 2014) permettent une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des élèves en situation de handicap.

Ainsi, alors que ses contours restaient assez vagues et très diversement appliqués sur le territoire, **le projet personnalisé de scolarisation est désormais formalisé dans un modèle national** (cf. arrêté du **6 février 2015 relatif au document formalisant le projet personnalisé de scolarisation mentionné à l'article D. 351-5 du code de l'éducation**). La contribution active de membres du CNCPH, des MDPH et de personnels du MENESR a permis de bien le définir.

De même, le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-sco), outil d'aide à l'évaluation des besoins des élèves en situation de handicap, a été déployé sous la forme d'un document formalisé contribuant à l'évaluation de la situation de l'élève (cf. arrêté du 6 février 2015 relatif au document de recueil d'informations mentionné à l'article D. 351-10 du code de l'éducation). Ce guide s'inscrit dans **une démarche de rationalisation des procédures d'évaluation de la situation des élèves** au sein de l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), **d'harmonisation des procédures et des décisions au plan national**, afin d'assurer l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire.

. La loi du 8 juillet 2013 a également créé le **plan d'accompagnement personnalisé (PAP)**, destiné aux élèves présentant des difficultés scolaires graves et durables en lien avec un trouble des apprentissages. Un décret du 18 novembre 2014 ainsi qu'une circulaire parue le 22 janvier 2015 précisent les conditions d'élaboration et les contours du PAP grâce notamment à un document national.

Ces mesures permettent une meilleure gradation des réponses, allant du PAP au PPS, ce dernier rassemblant les prescriptions de la CDAPH comprend notamment les décisions d'orientation et d'accompagnement.

Une plaquette d'information recensant et expliquant toutes ces modalités d'accompagnement est diffusée sur eduscol.education.fr et sur tout le territoire à destination des familles et des professionnels.

► Une professionnalisation accrue des acteurs

Cette professionnalisation concerne à la fois le personnel en charge d'accompagner les élèves en situation de handicap et le personnel enseignant.

► Des mesures destinées au personnel d'accompagnement.

Afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement des enfants handicapés scolarisés, jusqu'ici assuré par des personnes embauchées sous contrats précaires et dépourvues de formation spécifique (69 000 auxiliaires de vie scolaire), le Gouvernement a pris plusieurs mesures en 2013, dans la suite des recommandations du **rapport de**

Madame Pénélope Komitès sur la professionnalisation des auxiliaires de vie scolaire⁵⁶ :

- ✓ La création, par l'article 124 de la loi de finances initiale pour 2014 (article L. 917-1 du code de l'éducation), d'un nouveau statut, celui **d'accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH)**. Sur la durée du quinquennat, les 28 000 assistants d'éducation exerçant les fonctions d'auxiliaire de vie scolaire pourront bénéficier de ce nouveau statut lors du renouvellement de leur contrat.
- ✓ Afin de sécuriser ces emplois d'AESH, qui sont au départ des contrats d'une durée maximale de trois ans renouvelables dans la limite d'une durée totale de six ans maximum, il sera possible, au bout de six ans de contrat, de prétendre à un **CDI**. De fait, près de 5 000 personnes seront ainsi recrutés en CDI à la fin de l'année scolaire 2014-2015. Les autres le seront d'ici six ans. Le statut d'AESH offre ainsi aux personnels chargés de l'aide humaine une véritable reconnaissance de leurs compétences et des garanties professionnelles sur le long terme.
- ✓ Quel que soit leur statut (contrat aidé ou AESH), tous les personnels nouvellement recrutés reçoivent désormais une **formation d'adaptation à l'emploi** dès leur prise de fonction sur la base de référentiels d'activité et de compétences rénovés (60 heures, mise en œuvre par les équipes de circonscription, inspecteurs des premier et second degrés ; avec des ressources sous la forme de 20 modules de 3 heures correspondant aux compétences attendues mises en place en 2014). S'y ajoutent 60 heures de formation pour l'insertion professionnelle des contrats aidés, soit une durée totale de formation de 120 heures pour les contrats aidés.
- ✓ Une filière professionnelle est identifiée, structurée autour de l'élaboration d'un futur « **diplôme unique de l'accompagnement** ». L'objectif est de répondre au mieux aux besoins des personnes accompagnées en proposant d'une part, un accompagnement global évitant ainsi les ruptures de prise en charge et d'autre part, en répondant aux besoins des professionnels en termes de compétences et de mobilité professionnelle. Ce diplôme sera accessible à partir de l'année scolaire 2015-2016 en formation initiale ou par la voie de la validation des acquis de l'expérience. Cette structuration de la filière professionnelle se traduit également par la mise en place **d'un accompagnement particulier à destination des personnes en contrat aidé**, assurant une mission d'AVS, leur permettant de bénéficier d'une formation d'insertion professionnelle (cf. *supra*).

➤ **Des mesures destinées aux enseignants :**

- ✓ La **formation initiale** des enseignants dans les écoles supérieures du professorat et de l'éducation (qui ont été créées à la rentrée 2013 par la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République pour former tous les futurs enseignants, de la maternelle au lycée) **comprend, dans le tronc commun, un module spécifique portant sur la scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers.**
- ✓ Une **formation professionnelle spécialisée** est organisée pour les enseignants chaque année dans le cadre de la formation continue sur les besoins éducatifs particuliers liés à une situation de handicap, une maladie grave ou des difficultés scolaires. Elle comprend deux volets :

⁵⁶ *Professionnaliser les accompagnants pour la réussite des enfants et adolescents en situation de handicap*, rapport de Pénélope Komitès remis en juin 2013 aux ministres déléguées chargées de la réussite éducative et des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion.

-
- une formation de base conduisant à un certificat ;
 - des modules de formation d'initiative nationale organisés au niveau inter-académique permettant aux enseignants spécialisés du premier degré en poste d'approfondir leurs compétences ou de se préparer à l'exercice de nouvelles fonctions. Des modules similaires sont ouverts pour le second degré.

Près de 50 000 enseignants ont pu bénéficier d'une formation en 2014.

- ✓ **Des ressources en ligne** sur le site educsol.education.fr proposent aux enseignants non spécialisés une connaissance rapide des troubles et des aménagements ou des adaptations à mettre en œuvre.

➤ **Une collaboration renforcée entre l'éducation nationale et les établissements médico-sociaux et l'ouverture de 30 unités d'enseignement (UE) autisme en maternelle**

- ✓ Afin de diffuser une culture commune dans les équipes pédagogiques et médico-sociales, un **plan de formation conjointe** a été élaboré en 2014.

Il est financé conjointement par l'UNIFAF (organisme paritaire collecteur de la branche professionnelle sanitaire), le CNFPT (centre national de la fonction publique territoriale), le MENESR et la CNSA.

Il s'agit de proposer des formations conjointes avec un plan à deux niveaux, l'un pour l'encadrement des structures ad hoc, l'autre pour les professionnels de l'intervention et de l'accompagnement au quotidien des élèves concernés.

Le premier acte de ces actions de formation s'est déroulé les 25 et 26 septembre 2014 et a rassemblé les directeurs de MDPH, des personnels des ARS, les conseillers techniques ASH, les IEN ASH, des médecins, des conseillers techniques et des recteurs. Un cahier des charges a été élaboré et publié pour appel d'offre. Le déploiement de ces formations à destination des personnels sur le territoire se fera progressivement au cours de l'année 2015.

- ✓ Par ailleurs, en vue de déterminer les évolutions nécessaires des unités d'enseignement, **une mission des inspections générales (IGF, IGAS, IGEN, IGAENR) a été réalisée sur le fonctionnement des unités d'enseignement**, leur articulation avec les différentes prises en charge de l'enfant, l'impact de leur externalisation pour le parcours des élèves et sur le fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux porteurs. En outre, une enquête a été conduite par la CNSA, la DGCS et la DGESCO sur les UE actuellement externalisées en 2014.
- ✓ Enfin, jusqu'ici, il n'existait aucune unité d'enseignement en maternelle pour les enfants autistes de 3 à 6 ans. Conformément au **troisième plan autisme 2013-2017, 30 UE autisme ont été ouvertes à la rentrée scolaire 2014-2015**, soit une par académie, scolarisant chacune 7 enfants présentant des troubles autistiques sévères et n'ayant pas développé de communication verbale, soit 203 élèves bénéficiant du dispositif à ce jour. L'ouverture de 70 nouvelles UE est programmée et budgétée pour les rentrées 2015 et 2016 et à terme 100 unités d'enseignement autisme seront créées. C'est un premier pas important dans l'amélioration de l'accompagnement des élèves autistes.

➤ **Une impulsion nationale a été donnée pour que les académies se mobilisent en faveur de l'insertion professionnelle des jeunes en situation de handicap.**

Dans le cadre de l'accord cadre entre la DGESCO et l'association « Différent et Compétent », un séminaire s'est tenu le vendredi 14 novembre 2014 autour de la question : « la loi du 5 mars 2014 : une opportunité pour développer la reconnaissance des acquis de l'expérience ? ».

Les académies ont mis en place de nombreuses actions à destination des élèves afin de faciliter la réalisation des stages de découverte par les élèves en situation de handicap et l'accompagnement vers la formation et l'insertion professionnelle. Deux exemples :

- Académie de Lyon : avec le CFA académique, elle dispose d'une UFA dispositif passerelle mis en place pour permettre l'accueil de jeunes en situation de handicap ; il existe également un partenariat avec la CI RA pour la mise en place des développeurs de l'apprentissage mission handicap au service des entreprises ressortissantes et des jeunes en situation de handicap ayant un projet de formation en apprentissage.
- L'académie de Reims avec l'action « pratique académique – élèves d'ULIS » permet aux élèves en situation de handicap d'effectuer entre 2 et 4 stages en entreprise de deux semaines. A l'issue du stage, les élèves sont invités à présenter oralement à l'ensemble de la classe le métier découvert et l'activité de l'entreprise. L'académie propose également un nouveau dispositif régional expérimental, « l'alternance pour tous », qui entend favoriser par des formes innovantes d'accompagnement, l'accès à la qualification et à l'emploi des publics en situation de handicap éloignés de l'emploi.

➤ **Le développement du numérique éducatif**

➤ **Pour les enseignants**

Depuis la rentrée 2012, des **modules de formation à distance et en ligne** sont accessibles afin que tout enseignant qui accueille dans sa classe un élève en situation de handicap, puisse rapidement prendre connaissance des grandes caractéristiques du handicap de l'élève, des besoins habituellement identifiés et des adaptations pédagogiques à mettre en œuvre. Outre la formation spécialisée, des modules organisés au niveau inter académique et dans le cadre de la formation continue des enseignants sont proposés. Plusieurs dispositifs sont développés :

- la plateforme m@gistère, formation continue tutorée et interactive conçue pour les enseignants, offre depuis 2014 un module général de formation consacré à la scolarisation des élèves handicapés ; deux modules vont compléter cette offre : scolariser les élèves atteints de troubles autistiques ou autres troubles envahissants du développement (TED) ; scolariser les élèves avec des troubles spécifiques du langage et des apprentissages ;
- l'expérimentation du « CLIS'tab » vise à déterminer l'intérêt et les limites des tablettes tactiles pour des élèves présentant des troubles des fonctions cognitives ou des TED ou des troubles autistiques.

➤ **Pour les élèves**

Plusieurs actions facilitant l'utilisation de l'outil numérique par les élèves handicapés ont été réalisées au cours de l'année 2014 :

-
- le référencement et la visibilité des ressources pédagogiques adaptées ont été améliorés sur les moteurs de recherche, en créant une nouvelle famille de descripteurs correspondant aux catégories de troubles : le profil scolom.fr a ainsi été réalisé.
 - Une enquête confiée à l'Observatoire des ressources numériques adaptées (ORNA) a été réalisée sur les usages numériques pédagogiques expérimentés dans les académies.
 - Des projets portant sur le développement de ressources numériques adaptées ont été soutenus par la Commission multimédia comme « Vis ma vue » (jeu sérieux de sensibilisation des élèves ordinaires aux problèmes rencontrés par leurs pairs présentant une déficience visuelle), « Educare » (outil de suivi des progrès en continu pour des élèves de maternelle présentant des troubles envahissants du développement ou autisme), « âge de lire » pour les porteurs de troubles dys, « lire ensemble » (LSF) pour les sourds.
 - Afin d'intégrer aux appels à projets des investissements d'avenir les innovations numériques pour une pédagogie adaptée aux élèves handicapés, les critères d'accessibilité et d'adaptation en direction des élèves handicapés, dans le cadre des appels à projets des investissements ont été définis.

➤ **Les actions du CNED et de l'ONISEP**

Le service public du numérique éducatif, inscrit dans **loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République**, doit aider l'école à accomplir ses missions fondamentales d'instruction, d'éducation et d'émancipation. C'est dans ce cadre qu'une **convention de partenariat** a été signée en **2013** entre le Fonds pour l'Insertion des Personnes handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) et le CNED, lui permettant de déployer un ambitieux programme en matière d'accessibilité numérique, étape indispensable pour la réussite des apprenants et le maintien dans l'emploi des enseignants en poste adapté.

Ainsi :

- un logiciel web d'adaptation a été réalisé ; il est actuellement en cours de beta-test auprès d'élèves handicapés ;
- 1400 enseignants du CNED ont été équipés d'un poste informatique adapté ou d'une messagerie électronique @cned.fr ;
- 100 ingénieurs pédagogiques, concepteurs éditoriaux et chefs de projets numériques du CNED ont été formés à l'accessibilité numérique des contenus ;
- « Canal Autisme » a été publié comprenant 6 modules de formation en ligne aux méthodes de prise en charge des personnes avec autisme, notamment en milieu scolaire ;
- le dispositif de gratuité des formations, pour les élèves de plus de 16 ans souhaitant poursuivre leur formation mais étant en situation d'empêchement de le faire, a été ouvert aux inscrits du CNED.

L'ONISEP (Office national d'information sur les enseignements et les professions) dispose d'une rubrique formation et handicap sur son site internet, consultée par 300 000 visiteurs annuels. Assurant l'accessibilité numérique, il délivre des informations sur l'orientation des élèves handicapés et répond aux questions par mail ou téléphone.

➤ **Des actions de soutien à la parentalité, et de promotion des pratiques ludiques, ont été développées :**

- **Pour les parents :**

- **Droit à l'assurance chômage des parents d'enfants en situation de handicap** : depuis la convention du 14 mai 2014 relative à l'indemnisation du chômage, le parent d'un enfant en situation de handicap contraint de quitter sa région ou son

emploi pour suivre son enfant, a le droit de démissionner et de bénéficier des allocations chômage.

○ **Amélioration du soutien à la parentalité de parents d'enfants handicapés : dans ce but, la CNAF mobilise plusieurs outils dans le cadre de sa COG 2013-2017 :**

- inclusion du handicap dans les schémas territoriaux des services aux familles ;
- rénovation du site monenfant.fr, qui permet de trouver une solution de garde d'enfant : les moteurs de recherche permettent aux parents d'accéder, à partir d'un site unique, à une information personnalisée pour trouver un mode d'accueil adapté en fonction de leur lieu de résidence ou de travail ; la rubrique « initiatives locales » recense pour chaque département les actions innovantes, les spécificités mises en place par les Caf et/ou leurs partenaires en matière d'enfance, de jeunesse et de parentalité à l'échelle de chaque département, avec un recensement spécifique concernant le handicap.
- Le doublement des moyens du FNAS (100 millions d'euros en 2017) consacrés aux dispositifs de soutien à la parentalité décidé dans le cadre de la COG a permis d'expérimenter avec des CAF volontaires des actions spécifiques menées auprès des parents d'enfants handicapés. Une expérimentation est ainsi en cours dans cinq centres de vacances pour mieux identifier les réponses à apporter aux besoins spécifiques des familles souhaitant partir en vacances avec leur enfant en situation de handicap.

- **Pour favoriser les pratiques ludiques, sportives et culturelles des jeunes, conformément aux engagements pris lors du CIH du 25 septembre 2013, plusieurs avancées méritent d'être soulignées :**

- Une réforme relative à l'habilitation des organismes de formation des personnes encadrant les jeunes dans les centres de loisirs est en cours, afin de renforcer la formation des directeurs d'accueils collectifs de mineurs à l'accueil des enfants et adolescents en situation de handicap. En effet, l'accès aux activités proposées des jeunes porteurs de handicaps est prévu dans le cadre d'un accueil collectif de mineurs (articles R 227-23 et R 227-25 du code de l'action sociale et des familles). Mais il convient de renforcer la sensibilisation des encadrants aux spécificités de l'accueil de jeunes en situation de handicap.
- Les appels à projets lancés en 2014 dans le cadre du comité interministériel de la jeunesse ont intégré l'accès des jeunes handicapés dans leurs critères de sélection.
- Par ailleurs, la CNAF, dans le cadre du fonds « publics et territoires », finance des actions ayant pour objectif de renforcer l'accueil des enfants porteurs de handicap dans les établissements d'accueil du jeune enfant (Eaje) et les accueils de loisirs sans hébergement (Alsh) afin de continuer à développer leur prise en charge effective dans les structures de droit commun (cf. lettre du DG de la CNAF aux directeurs de CAF en date du 16 avril 2014 dans le cadre de la COG 2013-2017).

-
- Enfin, les avancées en matière d'accessibilité des équipements sportifs (cf. infra partie relative à l'accessibilité aux sports) profiteront également aux jeunes en situation de handicap.

1.4.2 L'université, l'enseignement supérieur et la recherche : un renforcement des objectifs d'accueil, d'accessibilité et d'insertion professionnelle et un développement de la formation et de la recherche sur le handicap.

Depuis 2012, le Gouvernement a renforcé les deux grands axes développés depuis 2005 en matière d'enseignement supérieur : améliorer et accroître l'accueil des étudiants handicapés d'une part et développer la recherche sur le handicap d'autre part.

1.4.2.1 La loi de 2005 a conduit les établissements d'enseignement supérieur à s'adapter aux étudiants handicapés.

L'article 20 de la loi du 11 février 2005, codifié à l'article L. 123-4-1 du code de l'éducation, dispose : « *Les établissements d'enseignement supérieur inscrivent les étudiants handicapés ou présentant un trouble de santé invalidant, dans le cadre des dispositions réglementant leur accès au même titre que les autres étudiants, et assurent leur formation en mettant en œuvre les aménagements nécessaires à leur situation dans l'organisation, le déroulement et l'accompagnement de leurs études* ».

Afin de définir les grands axes de la politique du handicap à développer dans l'enseignement supérieur, une Charte Université-Handicap a été adoptée le 5 septembre 2007 et renouvelée le 4 mai 2012. De même, une charte grandes écoles – handicap a été adoptée le 23 mai 2008.

La charte Université-Handicap de 2012 invite les établissements à faire du handicap un thème transversal intégré dans leur stratégie en renforçant et en articulant étroitement les axes suivants : l'accueil et l'accompagnement vers la réussite universitaire et l'insertion professionnelle ; les politiques de ressources humaines à l'égard des personnes handicapées ; l'accessibilité de tous les services offerts par les établissements ; la cohérence et de la lisibilité de l'offre de formation et des recherches dans le domaine du handicap.

➤ **Un accueil et un accompagnement de qualité pour faciliter le déroulement des études des personnes en situation de handicap.**

En 2007, a été diffusé un guide de l'accueil de l'étudiant handicapé à l'université et en 2012 un guide de l'accompagnement de l'étudiant handicapé, outils d'aide méthodologique et d'information destinés à l'ensemble de la communauté universitaire. Chaque année, les chargés d'accompagnement des structures d'accueil sont réunis par le ministère chargé de l'enseignement supérieur pour échanger des informations, notamment sur les bonnes pratiques. Une animation du réseau des chargés d'accompagnement se poursuit en ligne tout au long de l'année. Certains établissements proposent en outre pour les étudiants ou personnels des séquences de sensibilisation qui peuvent s'inscrire dans le cadre de programmes nationaux ou locaux de sensibilisation ou semaine de l'emploi des personnes handicapées, par exemple. Ces actions sont assurées par des financements divers : ressources propres de l'établissement, aides spécifiques du ministère, du FIPHFP, des entreprises ou des régions.

Toutes les universités disposent désormais d'une mission handicap, un guichet unique pour informer et accompagner les étudiants handicapés.

Chaque année depuis 2007, 7,5 M€ sont inscrits en loi de finances (programme 231) afin de développer des dispositifs destinés à accompagner les étudiants handicapés au cours de leur formation (aides techniques, humaines : interprètes, codeurs, preneurs de notes, tutorat, traductions en braille).

Plus de 70% des étudiants handicapés bénéficient d'un **plan d'accompagnement de l'étudiant handicapé (PAEH)** pour le suivi des études qui peut comporter des mesures d'aides humaines, techniques ou des aménagements de cursus et plus de 75% bénéficient de mesures d'aménagement pour les épreuves d'examen. Pour les étudiants sourds en particulier, le PAEH comporte notamment les moyens de communication nécessaires à l'accès aux savoirs (interprètes ou codeurs). Dans tous les cas, le PAEH est défini par les experts mobilisés par la structure handicap de l'établissement avec l'étudiant, et en fonction de ses spécificités, du contexte de l'établissement, des caractéristiques de la formation, tout en veillant à prendre en compte son projet professionnel et à le mener vers la plus grande autonomie possible.

Afin d'améliorer le niveau de qualification des personnes handicapées et de répondre à la nécessité de constituer un vivier de jeunes diplômés susceptibles de candidater aux postes d'ingénieurs de recherche et de chercheurs, **le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) a ouvert une quotité de contrats doctoraux et post-doctoraux pour étudiants handicapés**. Sur la période 2007 à 2014, sur 468 personnes handicapées recrutées dans le cadre d'une formation doctorale ou postdoctorale ou d'un recrutement sur un poste de chercheur, un quart d'entre eux étaient de jeunes scientifiques. En complément, le ministère a reconduit et amplifié la campagne nationale initiée en 2011 d'attribution de contrats doctoraux réservés à des étudiants bénéficiaires de l'obligation d'emploi. 9 contrats doctoraux ont été attribués en 2011, 25 en 2012, 24 en 2013, 25 en 2014.

➤ **Une formation destinée à l'ensemble de la communauté éducative dans l'enseignement supérieur**

Depuis 2010, des **formations nationales** sont proposées à tous les personnels responsables d'accueil, les médecins, les responsables de scolarité, les enseignants des établissements d'enseignement supérieur qui sont amenés à intervenir régulièrement auprès des étudiants handicapés. Ces actions de formation, en complément du séminaire annuel dédié aux responsables des structures d'accueil et d'accompagnement des étudiants handicapés contribuent à harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire. De plus, les établissements ont, dans le cadre de leur autonomie, développé des formations pour renforcer les compétences des professionnels impliqués dans cette mission et mener des actions de sensibilisation de l'ensemble de la communauté universitaire.

Afin de diffuser le plus largement possible les informations relatives aux conditions d'accueil et d'accompagnement mises en place dans les établissements, le **site HANDI U** a été entièrement refondu en 2007-2008 et va être sujet à de nouvelles adaptations pour accompagner les établissements, notamment dans l'évaluation des besoins de l'étudiant et la mise en accessibilité des ressources numériques.

➤ **Rendre les locaux d'enseignement et leur environnement accessibles.**

Sur la période 2007/2008 à 2013, 202 M€ auront été consacrés pour la mise en accessibilité des bâtiments universitaires et ceux du réseau des œuvres universitaires et scolaires. En effet, conscient de la nécessité d'accompagner financièrement les établissements pour rendre accessibles les bâtiments universitaires aux personnes handicapées, quel que soit le handicap, le ministère a mobilisé, sur la période de 2008 à 2013, presque 82 M€ de crédits budgétaires. Cet effort est complété par les investissements financés par le ministère dans le cadre des contrats de plan Etat-Région 2007-2013 à hauteur d'environ 120 M€ sur la période pour les travaux correspondant à la mise en accessibilité.

Le réseau des œuvres universitaires et scolaires, engagé depuis 2008 dans la mise en accessibilité de l'intégralité de ses structures a en outre créé à Grenoble, Toulouse, Nancy, Versailles et Créteil des résidences permettant de loger des étudiants lourdement handicapés.

Par ailleurs, le décret et l'arrêté relatifs à l'accessibilité des résidences pour étudiants ont été publiés (**décret n° 2014-337 et arrêté du 14 mars 2014 relatif à l'accessibilité des logements destinés à l'occupation temporaire ou saisonnière**). Ils précisent que ces logements sont assujettis à des dispositions spécifiques portant sur des caractéristiques d'accessibilité communes à tous les logements et obligeant à l'existence de 5% de logements accessibles dans les ensembles résidentiels composés de plus de cinq logements. De plus, des services et des prestations propres à assurer la qualité de séjour des personnes handicapées, tels que des équipements, des matériels, un accueil ou un service personnalisé devront être disponibles dans le bâtiment.

En tout état de cause, l'accessibilité du cadre bâti reste une question, notamment sur les campus éclatés, ainsi que le coût des équipements spécialisés. Néanmoins, l'enjeu dépasse le cadre universitaire : le logement, le transport, la vie culturelle et sportive, les loisirs sont aussi concernés. Tous les acteurs doivent se concerter pour offrir aux personnes handicapées une vie sociale comparable à celle de tous les étudiants. La mise en place des schémas directeurs handicap des établissements devrait y contribuer grâce à la prise en compte du handicap dans tous ses domaines.

➤ **Un développement de la formation sur le handicap**

Pour répondre au besoin national de disposer d'un plus grand nombre de professionnels pour l'accompagnement des personnes handicapées ou pour la mise en accessibilité de la société, les établissements d'enseignement supérieur proposent différentes formations dans le cadre de leur mission de formation adossée à la recherche. Par exemple, la formation d'interprètes en LSF et de codeur LPC est proposée dans respectivement quatre formations de master et deux formations de licence professionnelle. La création d'une plateforme d'enseignement à distance de la LSF est également développée par l'université de Clermont.

1.4.2.2 La mise en œuvre progressive de la loi de 2005 a permis un doublement en 10 ans du nombre d'étudiants handicapés, même si les étudiants handicapés restent encore peu nombreux (à peine 1% du total des étudiants).

Le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (MENESR) recensait à la rentrée 2014-2015 **18 200 étudiants en situation de handicap dans les établissements d'enseignement supérieur** (dont 16 600 dans les universités)⁵⁷ soit plus qu'un doublement en dix ans (7 557 étudiants handicapés recensés à la rentrée 2004-2005) et une progression moyenne de 15% par an⁵⁸. Parmi eux, 12 000 bénéficient d'un accompagnement spécifique.

Toutefois, **les étudiants en situation de handicap restent encore peu nombreux** même si ce nombre est en croissance et sans doute sous-estimé en raison, d'une part, des réticences que peuvent éprouver certains étudiants pour se faire connaître en tant qu'étudiant handicapé et, d'autre part, du fait que des étudiants handicapés considèrent ne pas avoir besoin d'accompagnement pendant les études. Selon la Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de l'Insertion Professionnelle (DGESIP), **ils représentent à peine 1% des étudiants dans les établissements publics d'enseignement supérieur sous tutelle du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche**. La question de l'accessibilité demeure, à la fois à l'intérieur du campus étudiant et au-delà du cadre universitaire (notamment logement et transport).

En outre, une enquête réalisée par la DGESIP sur l'année universitaire 2012-2013 met en évidence une durée de formation universitaire des étudiants handicapés moins fluide que pour la population estudiantine générale : sur-représentation en licence (76,3% contre 62,2%) et sous-représentation en master (22,4 contre 31,5%) et doctorat (1,3% contre 6,3%), même si pour le doctorat les chiffres sont sans doute sous-estimés compte tenu de l'imperfection de la collecte des données pour les doctorants. (cf résumé de l'enquête en annexe 5).

1.4.2.3 Depuis 2012, l'action du Gouvernement s'inscrit dans la continuité des objectifs d'accueil et d'accompagnement, d'accessibilité et d'insertion professionnelle.

Afin de renforcer l'implication de l'enseignement supérieur dans la politique du handicap, le Gouvernement a mobilisé les établissements pour mettre en œuvre la stratégie relative au handicap définie dans le cadre de la **loi du 22 juillet 2013 relative à la recherche et à l'enseignement supérieur**. Il a également renforcé les actions en faveur de l'accueil et de l'accompagnement, de l'accessibilité, ainsi que de l'insertion professionnelle. Un comité de pilotage interministériel de l'accès des étudiants handicapés à l'enseignement supérieur a en outre été mis en place le 14 novembre 2013. Il est animé par le secrétariat général du CIH. Enfin, des actions sont également menées pour développer la formation à la problématique du handicap (accessibilité, surdité, autisme).

► Mobilisation des universités dans la mise en œuvre de leur schéma directeur handicap

L'article 47 de la loi du 22 juillet 2013, codifié à l'article L. 712-3 du code de l'éducation, prévoit la mise en place dans chaque établissement d'enseignement supérieur d'un **schéma directeur pluriannuel en matière de politique du handicap**. Ce dernier doit être adopté par les conseils d'administration des universités et implique une présentation annuelle d'un rapport d'exécution. Chaque établissement peut développer sa politique handicap en s'appuyant sur ses points forts, sa culture, ses spécificités et son contexte local.

⁵⁷ On dénombreait en 2004-2005 7 557 étudiants handicapés

⁵⁸ Statistiques du MENESR

L'objectif est de consolider les dispositifs d'accueil et d'accompagnement vers la réussite et l'insertion professionnelle, d'augmenter la cohérence et la lisibilité des formations et des recherches dans le domaine du handicap et de développer l'accessibilité des services offerts par les établissements.

Le ministère a incité les établissements, par le biais de diverses **actions de sensibilisation et d'information**, à la mise en œuvre du schéma directeur handicap. On compte parmi ces dernières un séminaire de réflexion organisé, en octobre 2013, sur l'élaboration d'un schéma directeur handicap, des journées nationales des missions handicap étudiant à l'Université de Poitiers en avril 2014 et le séminaire du 18 juin 2014 réunissant 200 participants, dédié aux présidents des universités, aux chargés de mission handicap et à leurs partenaires, sur le thème « la politique du handicap, une mission sociétale à inscrire dans la stratégie des établissements d'enseignement supérieur ».

Alors qu'en octobre 2013 très peu d'universités étaient engagées dans une réflexion à ce sujet, un an après, **77% d'entre elles sont engagées dans la démarche d'élaboration de ce schéma directeur et 10% ont adopté leur schéma directeur**. Les universités de Tours et de Mulhouse ont été exemplaires en la matière.

➤ **Elaboration et expérimentation d'un outil d'évaluation des besoins des étudiants handicapés (GEVAsup)**

Le « **GEVAsup** », guide d'aide à l'évaluation des besoins de l'étudiant en situation de handicap, élaboré en collaboration avec la CNSA, le ministère de la culture et de la communication, le ministère de l'agriculture, la conférence des présidents d'université et des chargés de mission handicap des universités et des associations, est destiné à être utilisé par la personne en charge de l'accueil et de l'accompagnement des étudiants en situation de handicap dans les établissements.

Il doit permettre de dresser un profil détaillé et personnalisé des besoins de l'étudiant dans le cadre de la formation suivie et d'établir une **proposition de plan d'accompagnement** la plus adaptée à la situation particulière de l'étudiant concerné.

Il est **testé depuis 2014 par sept établissements** en vue d'une future diffusion à l'ensemble des établissements, une évaluation préalable étant prévue au cours de l'année universitaire 2015-2016.

➤ **Renforcer l'accessibilité de l'enseignement supérieur à la fois de manière générale et en particulier sur certains types de handicap**

➤ *De manière générale :*

Un **comité de pilotage** interministériel sur l'accessibilité à l'enseignement supérieur a été installé en mars 2014 et s'est réuni à deux reprises pour favoriser l'accompagnement des étudiants handicapés dans les établissements et les grandes écoles. Ces réunions ont permis d'échanger et de mutualiser les outils existants pour accompagner les étudiants handicapés au sein des établissements et d'évoquer la situation des grandes écoles.

Le **portail d'admission post bac APB** consacre une page d'information aux candidats en situation de handicap afin de les aider à faire leur choix. Sur la base d'un cahier des charges élaboré par la DGESIP, la mise en accessibilité de ce portail a été réalisée fin 2014.

Afin de faciliter la participation des étudiants handicapés à la vie citoyenne de l'établissement, **le guide relatif aux élections a été complété en vue d'accompagner les établissements dans la mise en accessibilité des processus électoraux** ; diffusé en 2015, il permettra une meilleure accessibilité pour les prochaines élections des représentants étudiants aux conseils des établissements qui auront lieu en 2016.

Concernant le **développement du numérique**, l'accessibilité des services offerts aux étudiants ainsi que celle des contenus pédagogiques sont renforcées. Les établissements sont sensibilisés à la prise en compte du handicap dans l'utilisation des services numériques offerts aux étudiants (séminaire, comité d'experts). Le ministère a soutenu des projets pilotés par les établissements en contribuant à la mise en accessibilité des supports pédagogiques comme le projet de prise de notes collaborative (université de Paris 8) ou le projet CAPA pour la production de lignes éditoriales accessibles (université de Compiègne).

Enfin, une charte a été signée sous l'égide du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel pour le développement de l'accueil des étudiants handicapés dans les écoles de journalisme et de l'audiovisuel.

➤ **Actions plus ciblées sur certains handicaps spécifiques**

Afin de renforcer l'accompagnement des jeunes autistes, un poste a été attribué à l'université Blaise Pascal de Clermont-Ferrand pour mettre en place un projet de plateforme universitaire pour la formation à distance, qui permettra aux professionnels de l'accompagnement des jeunes d'acquérir les compétences spécifiques relatives à la prise en charge de jeunes autistes.

Afin de renforcer l'accompagnement des jeunes sourds, un poste a été attribué dans cette même université, au titre du développement d'une plateforme universitaire pour la formation à distance pour la poursuite des études des étudiants sourds (consortium universitaire L'@CCES : université de Clermont, Grenoble 3, Paris Sorbonne, Poitiers, Savoie et Strasbourg). Cette plateforme numérique de ressources permet l'apprentissage de la LSF en proposant des modules de LSF depuis l'initiation jusqu'au perfectionnement. Elle intègre notamment la possibilité de préparer le CAPES LSF.

➤ **Accompagner vers l'insertion professionnelle**

La campagne nationale d'attribution de **contrats doctoraux réservés à des étudiants bénéficiaires de l'obligation d'emploi**, initiée en 2011, a été reconduite. En 2014, 25 contrats ont été attribués après 7 en 2011, 10 en 2012 et 15 en 2013.

Un séminaire a réuni les présidents d'université le 18 juin 2014, dans l'objectif de les sensibiliser aux **partenariats locaux à mettre en place** pour assurer une meilleure continuité dans le parcours entre le secondaire, l'enseignement supérieur et l'emploi.

Dans les établissements, les structures handicap collaborent avec les services de droit commun en charge de la mission d'insertion professionnelle, les bureaux d'aide à l'insertion professionnelle (BAIP). Ces derniers et les services universitaires d'information et d'orientation (SUIO) informent les étudiants, proposent des formations pour préparer l'insertion professionnelle, organisent des manifestations sur les métiers ou des rencontres avec les entreprises.

Les universités mettent aussi en place des conventions de collaboration dédiées à l'insertion professionnelle des étudiants handicapés avec les acteurs socio-économiques locaux qui s'engagent à participer à l'accompagnement des étudiants, notamment en favorisant l'accès aux stages nécessaires dans le cadre des formations ou en proposant des offres d'emploi.

En outre, le ministère a veillé à la **prise en compte du handicap dans tous les accords de branche lors de nouvelles signatures ou de renouvellements**. Ce volet handicap a pour objectif de faire bénéficier les étudiants en situation de handicap de toutes les actions prévues pour les étudiants en faveur de leur insertion professionnelle, tout en tenant compte de leurs besoins spécifiques. Ainsi, les représentants des professions suivantes se sont engagés, dans le protocole de leur accord de branche, à réaliser des actions corrigeant toutes les formes de discriminations dans la représentation sociale des cursus de formation et des métiers, qu'elles soient liées au sexe, à l'origine des jeunes ou à des situations de handicap : CGI, FCD, DCF, GIFAS, UIC, FP, ANFA, AFT IFTIM, SYNTEC, ANIA, FBF/CFPB, LEEM.

Pour autant, trop peu de jeunes adultes handicapés acquièrent une qualification ou un diplôme, facteur essentiel pour l'accès à un emploi. Face à ce constat, le Gouvernement se mobilise tant au travers des conférences sociales réunissant les partenaires sociaux qu'avec la feuille de route du CIH afin que l'emploi des personnes handicapées et tout ce qui peut contribuer à améliorer l'accès au travail constitue une priorité pour tous les acteurs.

1.4.2.4 Le Gouvernement a également renforcé la formation universitaire et la recherche sur le handicap.

La recherche dans le domaine du handicap s'est significativement développée depuis plusieurs années, et en particulier depuis l'élargissement de sa définition juridique en 2005.

Cette recherche, soutenue par ministère de la recherche, est menée principalement par les grands organismes tels que le CNRS, l'INSERM, le CEA, l'Agence nationale de la recherche, et par de très nombreux laboratoires universitaires.

En outre, un organisme est spécifiquement dédié à la recherche sur le handicap : l'Institut fédératif de recherche sur le handicap, créé en 1994, a été labellisé à la fois par l'INSERM (groupement de recherche sur le handicap) et par le CNRS (fédération de recherche sur le handicap), qui en assurent la cotutelle. Accrédité en SFR (Structure fédérative de recherche) par l'AERES, il a été renouvelé pour la période 2011-2015. Il met en réseau une trentaine d'équipes de recherche relevant d'institutions et de champs disciplinaires différents autour de la thématique du handicap : santé publique, sciences humaines et sociales, recherche clinique et aspects fonctionnels.

Cette recherche se développe également dans le cadre de l'abondement « Carnot » (dispositif qui vise à constituer, au sein de la recherche publique, un réseau de « champions du partenariat industriel », avec en particulier le dispositif « Voir et entendre » focalisé sur la thématique du handicap) et des « Alliances », dont l'objectif est de décloisonner les relations entre laboratoires de recherche et l'Agence Nationale de la Recherche.

La recherche sur le handicap s'oriente aussi, en France et par le biais de partenariats européens, sur des thématiques spécifiques liées au handicap, qu'il s'agisse de la perte d'autonomie liée au vieillissement, ou dans le cadre des plans nationaux dédiés à des pathologies invalidantes (autisme, cancer, maladies neuro-dégénératives...).

Différents types d'actions de recherche à la fois en santé et en sciences humaines et sociales sont ainsi en cours, comme l'illustrent, sans vocation exhaustive, les développements qui suivent.

1°) Recherche en sciences humaines et sociales sur le handicap

Du côté des sciences humaines et sociales, le principal outil d'observation des personnes en situation de handicap est la grande enquête nationale menée périodiquement par l'INSEE, réalisée à la fois en population générale et dans les institutions, et interrogeant aussi bien les personnes handicapées que leur entourage.

Le premier grand recueil des données des enquêtes HID (Handicaps - Incapacités - Dépendance), réalisé par l'INSEE, s'est déroulé de 1998 à 2001, couvrant à la fois la population vivant à son domicile (enquête HID-Ménages 1999) et celle vivant en établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées (enfants et adultes), dans des services hospitaliers de long séjour et des services ou établissements psychiatriques (enquête HID-Institutions 1998). Les informations collectées ont concerné aussi bien la description des déficiences que les incapacités et leurs origines, l'environnement socio-familial et architectural ainsi que les différentes sphères de la participation sociale des personnes.

Compte tenu des évolutions en matière de recherche sur la santé, cette enquête a été renouvelée dans le cadre de l'enquête Handicap-Santé lancée en 2005, avec pour objectif de mesurer le nombre des personnes en situation de handicap, d'évaluer le « désavantage » vécu par elles, de relever la nature, la quantité et l'origine des aides existantes ainsi que les besoins non satisfaits, et de mieux connaître les aidants. Réalisée pour la première fois en 2009, l'enquête Handicap-santé - Volet Institutions (HSI) concerne 10 000 personnes en institutions et en France (métropole et départements d'outre-mer) et aborde les déficiences, les incapacités, la santé physique et mentale, les différentes aides reçues : techniques, humaines ou financières ainsi que des éléments de participation sociale (scolarité, emploi, loisirs, discriminations). Cette enquête mesure la prévalence des diverses situations de handicap et évalue les besoins d'aide et les désavantages sociaux subis par les personnes résidant en institutions spécialisées.

S'appuyant sur l'expérience acquise par sa contribution antérieure à la conception puis à l'animation des exploitations et aux analyses des enquêtes HID, l'IFRH a été chargé de la coordination des exploitations des enquêtes Handicap-Santé. Depuis 2011, il organise un séminaire mensuel qui réunit les différentes équipes utilisatrices de ces enquêtes ; en juin 2013, il a organisé avec la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) un colloque, « Handicap et autonomie : la diversité des apports des enquêtes Handicap-Santé » dont les actes ont été publiés (<http://www.drees.sante.gouv.fr/handicap-et-autonomie,11289.html>).

La mise à disposition de l'enquête Handicap Santé à des milieux de recherche, très divers et parfois initialement éloignés de la thématique du handicap, a joué un rôle structurant dont l'apport a été souligné⁵⁹.

Dans le cadre européen, Paris Dauphine et la CNSA soutiennent l'infrastructure de recherche européen SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), dont la France est partenaire, et qui propose de créer sur la base d'une enquête multidisciplinaire une base de données européenne comprenant des informations sur la santé, la situation socio-économique et les réseaux sociaux et familiaux de ces personnes. Cette enquête permet d'interroger non seulement des personnes confrontées à des situations de handicap-incapacité-dépendance, mais aussi des personnes qui apportent une aide informelle à des proches en situation de HID. Elle suppose des moyens financiers importants et le ministère a organisé en juin dernier une réunion en rassemblant tous les financeurs, le ministère ayant lui-même provisionné 500 000 € pour l'enquête 2014-2015.

Le ministère et l'Institut des sciences sociales du politique (CNRS) ont contribué à la création en 2014 du groupement de recherche « longévité et vieillissement », qui intègre les thématiques de la dépendance et du handicap chez les personnes âgées, avec comme principal objectif de fédérer les équipes françaises en vue de répondre aux appels à projets européens.

⁵⁹Notamment dans la plupart des rapports officiels parus depuis sur le handicap (Cour des comptes 2003, rapport de P. Blanc 2004, de M. Fardeau 2004, de B. Poletti 2008).

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) représente un acteur important dans le domaine des sciences humaines et sociales par son soutien significatif à la recherche dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Elle finance des appels à projets thématiques depuis 2007, en partenariat avec la DREES, l'ANR, l'IRESP, et la Fondation Maladies rares. Elle a ainsi consacré 23.1 M€ à ce soutien entre 2007 et 2014, dont 11.6M€ sur les trois dernières années. Environ la moitié de ces projets sont des projets de sciences humaines et sociales. En ce domaine, la Caisse maintient une double approche d'appels d'offres généralistes ouvert à tous les projets ayant trait au handicap et à la perte d'autonomie, et d'appels d'offres thématiques permettant de soutenir la recherche en lien avec les questions prioritaires du moment liés à l'émergence de questions nouvelles ou aux plans d'actions nationaux.

Parallèlement, elle a créé en 2011 trois chaires spécialisées, rassemblées au sein de la Maison des Sciences Sociales du Handicap (portée conjointement par l'EHESP et l'EHESS) : « Participation sociale et situation de handicap » équipe INSERM ; « Social care : lien social et santé » équipe CNRS et « Handicap psychique et décision pour autrui » équipe ENS.

2°) Recherche en santé sur le handicap

Dans le cadre des investissements d'avenir, depuis 2011-2012, différentes actions vont permettre une meilleure connaissance des facteurs de risque pour un montant total de plusieurs dizaines de millions d'euros, par exemple : le projet LIFESENSES Institut de la vision sur les handicaps visuel et auditif – 22 M€ ; le projet CEYLA sur le handicap auditif et la miniaturisation des prothèses à l'université de Lyon – 6 M€ ; le projet ELF sur les handicaps de la parole et dysphonies – 9 M€ ; des projets relatifs à la modélisation du cerveau humain pour diagnostiquer les pathologies cérébrales, ce qui aura des impacts significatifs sur la thématique du handicap ; le projet d'IHU HandiMedEx porté par l'université de Versailles - Saint Quentin, l'APHP et la fondation Garches qui a pour ambition de concevoir le premier centre européen de recherche et de soins pour les patients souffrant de handicap moteur et neurologique.

Au titre des équipements hautement compétitifs, en plus de l'IFRH (cf. supra), il convient de mentionner la communauté de recherche académique qualité de vie et vieillissement (Rhône Alpes), qui traite notamment des handicaps physiques et psychiques, ainsi que les laboratoires d'innovation ouverte (« living lab »), qui placent l'utilisateur au cœur du dispositif, tels que l'Autonom'lab Limousin sur l'autonomie ou l'e-care Lab (la Tronche) qui développe une approche intégrée (prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi notamment sur les maladies neurologiques et le handicap).

Au titre des équipements européens, le consortium Innolife, composé de 144 entreprises, universités et organismes de recherche dont l'INRIA, a pour objectif de développer l'accès au marché de produits innovants destinés à faciliter le bien vieillir et l'autonomie.

Les infrastructures en biologie santé permettent de doter la France d'outils performants pour la recherche.

Le financement de grandes cohortes peut apporter des contributions significatives dans la compréhension des pathologies handicapantes, notamment :

- la cohorte « Constances » (cohorte en population générale permettant l'étude des effets conjoints de facteurs liés aux modes de vie, aux déterminants professionnels, environnementaux et sociaux, ainsi qu'aux prédispositions génétiques et au vieillissement sur de nombreux problèmes de santé) ;

- et la plateforme RE-CON-NAI de recherche sur les cohortes d'enfants suivis depuis la naissance, qui s'appuie sur les cohortes Elfe (étude longitudinale française de l'enfance) et épipage 2 (épidémiologie des petits âges gestationnels), lancées en France en 2011 pour suivre plus de 20 000 enfants, et qui sera constituée par des données sociales, démographiques, de santé, biologiques et d'imagerie à partir d'enquêtes auprès des familles, des médecins, l'organisation de bilans de santé et de collections biologiques.

Dans le cadre des programmes de l'Agence nationale de la recherche, majoritairement en robotique et dispositifs de suppléance, il convient de mentionner les programmes TECSAN (depuis 2007, en partenariat avec la CNSA et la Direction générale de l'armement du 12 M € / an), l'initiative technologique européenne conjointe (AAL : Assisted Ambient Living pour 1 M € et la conduite de programmes de recherche sectoriels, par exemple le Programme national de recherche et d'innovation dans les transports terrestres (Predit) (quatrième version (2008-2013, 400 M € sur 5 ans) qui comportait un volet handicap.

Le CNRS et l'INSERM ont créé un groupement de recherche, le « STIC-Santé⁶⁰ », impliqué dans le domaine des développements technologiques et méthodologiques pour la médecine. Un des thèmes qu'il traite est dédié au handicap.

Le fonds de soutien à l'économie numérique propose une ligne « technologie de base du numérique » et une ligne spécifique « e-santé » comprenant un appel à projets de recherche et développement sur la santé et l'autonomie sur le lieu de vie grâce au numérique (capteurs pour la rééducation, sécurité et le suivi des paramètres physiologiques-solutions domotiques et d'objets communicants-dispositifs médicaux communicants). Un appel à manifestation d'intérêt pour le volet « investisseur avisé » concerne le traitement de l'imagerie médicale, les capteurs, la robotique d'assistance, les objets communicants pour la santé et le bien vivre.

Par ailleurs, afin de former des experts dans le domaine de l'accessibilité, une chaire accessibilité a été créée au CNAM. Elle doit assurer une meilleure lisibilité de la recherche et de la formation concernant l'accessibilité. La procédure de recrutement du titulaire va être relancée, après deux tentatives infructueuses.

1.5 Emploi : malgré des outils en développement, un taux de chômage qui reste deux fois plus élevé que la moyenne générale

Les outils créés dans le cadre de la loi de 2005 pour favoriser l'emploi des personnes handicapées (1) ont permis d'augmenter leur présence dans les entreprises dans un contexte économique difficile, mais leur taux de chômage reste deux fois plus élevé que la moyenne (2). Depuis 2012, le Gouvernement cherche à renforcer la formation professionnelle et de manière plus générale à mobiliser les acteurs sur l'emploi des travailleurs handicapés (3).

⁶⁰ <http://stic-sante.org/>

1.5.1 La loi du 11 février 2005 a renforcé un cadre juridique favorable à l'emploi des personnes handicapées

► Un cadre général marqué par l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés et la mobilisation de multiples acteurs

Depuis la **loi du 10 juillet 1987**, les établissements d'au moins 20 salariés ont l'**obligation d'employer des travailleurs reconnus par l'administration comme handicapés dans une proportion au minimum égale à 6% de leurs effectifs** (article L.5212-2 du code du travail). A défaut, les établissements se voient assujettis à une contribution à l'Association de gestion du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées (**AGEFIPH**), organisme paritaire créé par cette même loi.

La **loi du 11 février 2005** a confirmé cette obligation et confié aux **MDPH** la compétence d'évaluer l'employabilité des personnes handicapées et de les orienter, une fois leur projet professionnel élaboré, vers le marché du travail. Cette loi a renforcé les sanctions financières pour les établissements qui, durant les quatre dernières années, n'ont effectué aucune « action positive » en faveur de l'emploi de travailleurs handicapés.

En outre, la loi du 11 février 2005 a étendu cette obligation à la **fonction publique** et créé le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (**FIPHFP**), mis en place le 1er janvier 2006. Les employeurs publics ne respectant pas l'obligation d'emploi doivent verser une contribution au FIPHFP. La mise en place du FIPHFP avait pour objectif de dynamiser la politique du handicap menée par les employeurs publics en leur donnant la possibilité de mobiliser les ressources du fonds autour d'un projet global pluriannuel. En outre, un mode dérogatoire de recrutement s'est progressivement généralisé, permettant aux travailleurs handicapés d'être recrutés sans concours dans la fonction publique et la mise en place de plans pluriannuels chiffrés de recrutement de travailleurs handicapés dans les ministères, pour la période 2007-2013.

Concrètement, en 2011 (dernières données disponibles⁶¹), **2 millions de personnes handicapées (soit 200 000 de plus qu'en 2007⁶²) possédaient une reconnaissance administrative de handicap**, la principale (59%) étant la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, attribuée par les MDPH (les autres étant, pour l'essentiel, les allocations d'AAH, les pensions d'invalidité et les rentes ATMP).

Afin de favoriser l'emploi des travailleurs handicapés, les pouvoirs publics ont, au-delà de la création de cette obligation, agi sur divers fronts : **la formation, l'accompagnement, le maintien dans l'emploi, la prévention des inaptitudes, la sensibilisation des employeurs et, pour les travailleurs handicapés ne pouvant accéder à l'emploi ordinaire, l'emploi en milieu adapté ou protégé.**

Cette politique s'appuie sur de nombreux ministères, organismes sociaux, collectivités territoriales et acteurs associatifs, dont le rôle est particulièrement important.

Divers acteurs spécifiques jouent un rôle majeur : l'**AGEFIPH** dans le secteur privé, qui intervient en faveur de la formation, de l'insertion et du maintien dans l'emploi des personnes handicapées ; le **FIPHFP**, qui développe dans la fonction publique des aides financières pour l'aménagement des postes de travail, l'amélioration des conditions de vie, la facilitation de l'insertion professionnelle et l'apprentissage ; le réseau des **Cap emploi** (103 organismes de placement spécialisés au service des personnes handicapées et des employeurs pour l'adéquation entre emploi, compétences et handicap), cofinancé par l'AGEFIPH, le FIPHFP et Pôle emploi.

⁶¹ DARES Analyse n°66, L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2011, octobre 2013

⁶² DARES Premières synthèses, L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007, novembre 2008

Le rôle de pilotage de l'Etat a été réaffirmé depuis 2009 : les préfets de région, par le biais des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), mettent en œuvre les **plans régionaux d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (PRITH)**. Sont étroitement associés à cette démarche l'AGEFIPH, le FIPHFP, les conseils régionaux, Pôle emploi, les Cap emploi, les caisses d'assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), les caisses régionales de la Mutualité sociale agricole (MSA), les agences régionales de santé (ARS), les services du ministère de l'éducation nationale voire les partenaires sociaux, les Missions locales et les associations représentatives de personnes handicapées. D'après le rapport de la Direction Générale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DGEFP) sur la mise en œuvre des PRITH (août 2014), les plans d'action des PRITH étaient validés dans 22 régions sur 26 fin 2013.

➤ **Un effort financier global qui est passé de 3,5 Mds€ en 2008 à presque 4 Mds€ en 2012.**

Aucun document transversal ne synthétise l'ensemble des dépenses publiques en faveur de l'emploi des personnes handicapées. Il est cependant possible de se livrer à l'exercice en s'appuyant sur les budgets de l'AGEFIPH, du FIPHFP, sur les sommes consacrées par Pôle Emploi en faveur des Cap Emploi, sur les budgets des conseils régionaux relatifs à la formation professionnelle des personnes handicapées, et, en ce qui concerne l'Etat, sur plusieurs documents budgétaires annexés au projet de loi de finances : une partie de l'action n°2 du programme 102 (accès et retour à l'emploi) et l'action n°2 du programme 157 (handicap et dépendance).

Cette présentation, retracée ci-après par acteur, n'est cependant pas tout à fait exhaustive car elle ne fait pas état, faute de document fiable en la matière, des montants consacrés à l'emploi des personnes handicapées en contrats aidés.

Le tableau qui suit fait apparaître une augmentation de la dépense globale de 2% par an en moyenne de 2008 à 2013 en faveur de l'emploi des personnes handicapées.

On trouvera dans les développements suivants une présentation, non plus par acteur, mais par type d'actions.

Tableau 13 : Evolution de l'effort financier global en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés et répartition par acteurs en M€ de 2008 à 2013 (hors coût des contrats aidés)

	2008	2013	Evolution annuelle moyenne de 2008 à 2013
ETAT	2 612	3 019	3%
Programme 102 Accès et retour à l'emploi	269	333	4%
<i>Entreprises adaptées</i>	269	328	4%
<i>Aide au poste</i>	230	288	5%
<i>Subvention spécifique</i>	42	40	
<i>PRITH</i>		7	
Programme 157 Handicap et dépendance (hors AAH et ASI)	2 343	2 686	3%
<i>ESAT</i>	2343	2686	3%
<i>DGF</i>	1331	1438	2%
<i>GRTM (aide au poste)</i>	1012	1246	4%
<i>Aide à l'investissement</i>		2	
Formation professionnelle	213	160,3	-5%

AGEFIPH	584	446	-5%
FIPHFP	38	160	33%
Pôle Emploi (Cap emploi)	22	27	4%
Conseils régionaux (formation professionnelle)	47	136	24%
Total	3 516	3 951	2%

Pour l'année 2008, rapport de février 2012 et pour l'année 2013 DGEFP, rapports annuels de performance des programmes 102 et 157 et jaune budgétaire Formation professionnelle annexés au PLF 2015

➤ **Formation professionnelle : un effort de près de 400 M€, en hausse depuis 2005 et un effet plutôt positif sur l'emploi**

Le moindre niveau de diplôme, comparativement à l'ensemble de la population, est une caractéristique importante de la population en situation de handicap : 51% des personnes ayant un handicap reconnu n'ont aucun diplôme ou seulement le BEPC (contre 31% dans l'ensemble de la population) et seulement 7% ont un diplôme de l'enseignement supérieur (contre 27% en général)⁶³. En effet, d'une part, les personnes pas ou peu diplômées occupent plus souvent des emplois physiquement difficiles où les accidents du travail sont plus fréquents ; d'autre part, les personnes handicapées à la naissance ou dont les problèmes de santé sont apparus dans la jeunesse peuvent avoir eu une scolarité difficile les empêchant d'obtenir un niveau de diplôme plus élevé.

Afin d'offrir aux personnes handicapées des formations adaptées à leurs besoins et à ceux de leurs employeurs, la loi du 11 février 2005 oblige les acteurs concernés à conclure des politiques régionales concertées de formation (anciens articles L.5211-2 et -3 du code du travail modifiés par la loi du 5 mars 2014 sur la décentralisation de la formation professionnelle).

Entre 2005 et 2013, l'effort global de formation en direction des demandeurs d'emploi handicapés a considérablement augmenté :

- **le nombre annuel de bénéficiaires d'une action de formation est passé de 53 000 en 2005 à 89 806 en 2013 ;**
- **le budget total est passé de 364 M€ en 2006 à 397 M€ en 2013⁶⁴.** Les principaux financeurs sont l'Etat (160,3 M€ en 2013 notamment au titre des centres de rééducation professionnelle et du programme « Compétences Clefs »), les régions (136 M€), l'AGEFIPH et le FIPHFP (96,5 M€ pour ces deux acteurs). **Les pouvoirs publics peuvent notamment s'appuyer sur les 84 centres de rééducation professionnelle (CRP),** qui financés par la CNSA, proposent des formations variées, qualifiantes ou diplômantes, assorties d'un accompagnement médico-social et d'une rémunération à la charge de l'Etat (125 M€ en 2013) ou de la région (36 M€ en 2013). **14 000 places sont autorisées et financées en 2013.**

⁶³ Source : DARES Analyses n°66, octobre 2013. En 2007, toujours selon la DARES – Premières synthèses 2008, les mêmes statistiques étaient respectivement de 55% contre 34% et 9% contre 24%.

⁶⁴ Source : Rapport du Gouvernement au Parlement sur la politique du handicap de février 2012 et annexe Formation professionnelle au PLF pour 2015

La suppression en 2008 de la limite d'âge de 30 ans pour l'accès des personnes handicapées à l'apprentissage (décret n°2009-596 du 26 mai 2009) a permis de **développer le recours aux contrats en alternance (apprentissage et professionnalisation) pour les travailleurs handicapés** : le nombre de nouveaux contrats en alternance primés par l'AGEFIPH dans le secteur privé est passé de 3 962 en 2009 à 4 756 en 2013⁶⁵. Selon la DARES, en 2011, les bénéficiaires de l'OETH représentaient 1,9% des entrées en contrat de professionnalisation et 0,8% des entrées en contrat d'apprentissage (données DARES). Les données sont cependant sous-estimées, le repérage des bénéficiaires d'une reconnaissance administrative du handicap étant complexe.

Les diverses enquêtes réalisées par les acteurs et financeurs de la formation professionnelle font ressortir un **effet positif du développement de la formation des travailleurs handicapés sur l'emploi des personnes handicapés, puisque le taux d'emploi à six mois après la formation varie entre 26% et 54%**⁶⁶.

► **Accès à l'emploi : un effort accru en termes de recrutement et de contrats aidés**

En 2013, malgré une conjoncture économique difficile, **près de 115 000 personnes en situation de handicap ont été recrutées** (soit environ 1 000 personnes de plus qu'en 2010), grâce à l'intermédiation du service public de l'emploi assuré par Pôle Emploi (44 546 mises en relations positives d'offres et de demandes d'emploi en 2013), le réseau spécialisé des CAP emploi (70 449 placements soit +7% sur un an, hausse qui a surtout concerné les employeurs publics et les CDD de 12 mois et plus) et les missions locales (qui ont accompagné en 2013 16 159 jeunes bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap, représentant 2% de tous les jeunes en demande d'insertion accompagnés, et dont 2914 jeunes en CIVIS).

Les travailleurs handicapés peuvent également bénéficier des **contrats aidés dans le secteur marchand et non marchand** (notamment contrat unique d'insertion, emplois d'avenir et contrats de génération). Ils bénéficient d'un régime dérogatoire qui leur est favorable : possibilité de prolonger le CUI dans la limite de 5 ans (comme pour les plus de 50 ans et les allocataires d'un minimum social) au lieu de 2 ans dans le cas général, et depuis 2013 les bornes d'âge des emplois d'avenir et des contrats de générations sont plus souples pour les travailleurs handicapés : possibilité d'entrer en emploi d'avenir et en contrat de génération jusqu'à 30 ans au lieu de 25 ans dans le cas général et pour les seniors borne d'âge des contrats de génération abaissée de 57 ans à 55 ans. **En 2013, on dénombrait un peu plus de 49 000 bénéficiaires de l'OETH parmi ces contrats aidés (principalement des CUI dans le secteur non marchand) et les bénéficiaires de l'obligation d'emploi représentaient 6,9% du total des nouveaux contrats aidés, soit une hausse de 0,8 point par rapport à 2011**⁶⁷.

⁶⁵ Source : AGEFIPH, Chiffres clefs, juin 2014

⁶⁶ 54% pour les formations suivies en centres de rééducation professionnelle en 2011, selon le bilan annuel réalisé par la DGEFP et les Direccte ; 37% pour les formations AFPA en 2011 (stagiaires accueillis entre juin 2009 et mai 2012). Ce taux est de 42 % pour les stagiaires « publics spécifiques » du marché national Afpa (travailleurs handicapés, militaires en reconversion, ultramarins, détenus et français de l'étranger) et de 54 % pour l'ensemble des publics accueillis ; 34% pour les apprenants TH du programme Compétences-clés dont le suivi à 6 mois après la fin de la formation a été effectué en 2012 (soit 997 apprenants) ; Tous publics confondus, 54 % pour les formations financées par Pôle emploi. L'enquête ne permet pas d'identifier ce taux pour le public en situation de handicap ; 26% pour les formations financées par l'AGEFIPH selon l'enquête AGEFIPH/Sofres (sortis de formations de juillet à décembre 2010).

⁶⁷ DARES Analyse, décembre 2014, n°93 : les contrats d'aide à l'emploi en 2013

Afin d'inciter les bénéficiaires de l'AAH à l'emploi, depuis le 1er janvier 2009, toute demande d'AAH doit être couplée avec un examen de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), même si la personne n'en a pas formulé la demande (article L. 821-7-3 du code de la sécurité sociale, résultant de l'article 182 de loi de finances pour 2009). **En 2013**, 42% des demandes de RQTH formulées par des allocataires de l'AAH ont été accordées (soit un peu moins qu'en 2011), étant précisé que certains demandeurs d'AAH peuvent être déjà bénéficiaires de la RQTH ou que leur droit à la RQTH (entre 1 et 5 ans) court toujours au moment de la demande de renouvellement de l'AAH. Par ailleurs, **22,8% des allocataires de l'AAH percevaient une rémunération d'activité, soit une légère augmentation par rapport à 2009** (21,2%).

Tableau 14 : AAH et reprise du travail de 2011 à 2013

Part des allocataires de l'AAH...	Réalisé 2009	Réalisé 2011	Réalisé 2013	Cible 2015
... bénéficiant d'une décision positive de RQTH	NC	43,2%	42%	71,4%
... percevant une rémunération d'activité	21,2%	20,5%	22,8%	22,3%
<i>dont en milieu protégé</i>		12,5%	12,0%	11,6%
<i>dont en milieu ordinaire</i>		8%	10,8%	10,9%

Source : RAP Pg 157 annexés au PLR 2008 et au PLF 2015 (mai 2014)

► Prévention des inaptitudes et maintien dans l'emploi les personnes handicapées

Il s'agit d'un enjeu majeur de la sécurisation des parcours professionnels et de l'égalité des droits et des chances lors de l'apparition d'un handicap ou d'une incapacité dans le milieu professionnel. Le travail est en effet l'une des principales causes du handicap ou des problématiques de santé durables. Si 22% des personnes déclarent que leurs problèmes de santé ou leurs difficultés durables sont liées à la naissance, 50% estiment que ces problèmes trouvent leur origine ou sont aggravés par l'activité professionnelle actuelle ou passée, hors accident du travail ; des conditions de travail pénibles et le facteur de « stress » sont les deux grands motifs évoqués ; 19% des personnes déclarent que leurs limitations sont liées à un accident du travail⁶⁸.

Selon les données de Pôle Emploi, près de 65 000 personnes licenciées suite à inaptitude physique seraient rentrées dans le régime de l'assurance chômage en 2012⁶⁹.

Pour éviter la survenue des inaptitudes et favoriser le maintien dans l'emploi, plusieurs outils juridiques existent : obligation pour l'employeur de rechercher une solution (aménagement du poste de travail, reclassement sur un autre poste, formation, reprise d'activité à temps partiel...) ; possibilité pour l'assurance maladie, préalablement et pendant l'arrêt de maladie, de proposer un bilan de compétences approfondi permettant d'élaborer et de valider un nouveau projet professionnel pour limiter les licenciements pour inaptitude. A côté de ces outils juridiques, il faut également noter l'impact de la programmation stratégique portée par la Direction générale du travail (deuxième Plan santé au travail, couvrant la période 2010-2014) ainsi que par les branches maladie et AT-MP de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP pour 2014-2017 et COG Maladie pour 2010-2013, notamment). Elles ont été des outils de promotion d'actions coordonnées en faveur du maintien en emploi des travailleurs en risque d'inaptitude.

⁶⁸ Source : DARES Analyse octobre 2013 n°66

⁶⁹ Source : Pôle Emploi dans le cadre de la mission IGAS sur les liens entre handicap et pauvreté

Parmi les réalisations, l'on peut compter l'impulsion, à compter de 2010, d'une dynamique partenariale renforçant la mobilisation des services de santé au travail, notamment à l'occasion de la visite de pré-reprise, et des services locaux de la CNAMTS, au sein de cellules « prévention de la désinsertion professionnelle » (PDP) coordonnant, au niveau territorial, l'action de ces acteurs afin d'offrir aux travailleurs en risque de désinsertion une offre de service d'accompagnement, de remobilisation, de formation et de reclassement.

En outre, l'AGEFIPH propose un certain nombre d'aides et de services afin de compenser le handicap dans l'emploi : des aides financières aux employeurs ; le financement du réseau des 99 services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) qui aident, grâce à une palette de services, les entreprises et les salariés handicapés à assurer le maintien dans l'emploi ; des prestations réalisées par des experts qu'elle sélectionne et finance afin notamment d'apprécier les incidences du handicap sur l'emploi, les actions à mettre en œuvre pour le compenser et l'adaptation du poste de travail en fonction de ce handicap.

En 2013, le budget de l'AGEFIPH dans le domaine du maintien dans l'emploi a été de **92,2 M€** (+2% sur un an), soit 21% du total des dépenses d'intervention de l'AGEFIPH, et plus de 26 400 interventions. **L'activité du réseau des SAMETH a continué de progresser de 2010 à 2013, passant de 19,8 M€ à 21,8 M€ et de 16 144 à 17 167 maintiens dans l'emploi.** Le nombre de signalements et d'interventions est en forte hausse sur un an, suite à une campagne de communication réussie en direction des acteurs du maintien. Dans plus de la moitié des interventions, le fait générateur de la démarche de maintien est la maladie non professionnelle (51% des cas) puis l'aggravation du handicap (23% des cas)⁷⁰.

➤ Le rôle des partenaires sociaux

Le thème de l'emploi des travailleurs handicapés est inscrit dans la négociation annuelle obligatoire depuis la loi du 11 février 2005, qui a instauré une obligation de négocier sur ce thème, tous les ans dans les entreprises et tous les trois ans dans les branches professionnelles (article L.5212-8 du code du travail).

Cette négociation peut aboutir, ou non, à la conclusion d'un accord permettant de conduire une politique volontariste et adaptée aux besoins spécifiques au niveau de la branche, du groupe, de l'entreprise ou de l'établissement. L'accord conclu peut être de droit commun (pas d'obligation alors de contenu), ou faire l'objet d'un agrément par l'administration⁷¹, auquel cas il vaut exécution de l'obligation d'emploi et permet aux signataires une gestion directe de la contribution (cette dernière aurait sinon été versée à l'AGEFIPH).

D'après la DARES⁷², seulement **11 % des établissements assujettis** (soit 11 400 établissements : 19% des établissements de 200 à 499 salariés et 37% des établissements d'au moins 500 salariés) **étaient couverts par un accord relatif à l'emploi de travailleurs handicapés en 2012** et l'on comptait, en 2013, selon le ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social⁷³ :

- 5 accords de branche agréés, en cours en 2013 (Caisses régionales du Crédit Agricole, Caisse d'épargne, Banque Populaire, FEHAP-Croix-rouge-SNASEA-SOP, LEEM) ;
- 9 nouveaux accords de branche non agréés traitant totalement ou partiellement de l'obligation d'emploi et concernant 8 branches (notamment : sociétés d'assurances, laboratoires et prothésistes dentaires, commerces de gros, UIMM...) ;

⁷⁰ Source : DGEFP et rapport du Gouvernement de février 2012

⁷¹ Les accords de branches sont agréés par l'Etat au niveau de l'administration centrale, et les accords d'établissements, entreprises ou groupes sont agréés par le Préfet de département par le biais des unités territoriales des Direccte.

⁷² DARES Analyses, novembre 2014, n°66, L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2012. La négociation collective en 2013, bilans et rapports, ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social, juin 2014.

⁷³ La négociation collective en 2013, bilans et rapports, ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social, juin 2014.

-
- 257 accords agréés par les unités territoriales des DIRECCTE, en cours en 2013 (estimation).

Dans le rapport sur l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire, la députée Annie Le Houérou estime que « le bilan de l'année 2013 confirme l'atonie du dialogue social sur les questions du handicap : le nombre des accords signés est faible et les contenus sont décevants. Dans un grand nombre de cas, les accords ne font que coller à la législation sans y apporter de bonus significatifs »⁷⁴.

Toutefois, dans le premier bilan établi en 2014 sur les 131 accords agréés par l'Etat et échus en 2011 et 2012, le ministère du travail met en évidence **l'effet favorable des accords sur l'emploi** : « sur l'ensemble des accords étudiés, le taux moyen d'emploi de travailleurs handicapés en fin d'accord est de 3,88%. Ce taux a augmenté de 0,75 point entre l'année précédant l'accord et la dernière année d'application de l'accord [...] Plus de la moitié des recrutements sont des emplois durables c'est-à-dire des contrats de six mois et plus. ».

➤ **L'emploi des travailleurs handicapés dans la fonction publique**

Dans la fonction publique, la mise en place du FIPHFP a permis de dynamiser la politique du handicap menée par les employeurs publics en leur donnant la possibilité de mobiliser les ressources du fonds autour d'un projet global pluriannuel.

Pour favoriser l'accès des personnes handicapées aux métiers de la fonction publique, un mode dérogatoire de recrutement qui permet aux travailleurs handicapés d'être recrutés sans concours a été généralisé.

De plus, des plans pluriannuels chiffrés de recrutement de travailleurs handicapés ont été mis en place dans les ministères pour la période 2007-2013. En complément de ces plans, les services qui rencontrent des difficultés de recrutements de travailleurs handicapés dans des corps de fonctionnaires présentant des conditions d'aptitude physique particulières ont été invités à privilégier le recours aux prestations des entreprises adaptées et des ESAT.

➤ **L'emploi des travailleurs handicapés en milieu adapté ou protégé : un effort de 3 Mds€ en 2013, soit en moyenne +2,9% par an depuis 2008**

Si elles ne peuvent pas durablement ou temporairement exercer leur activité professionnelle dans une entreprise classique, du secteur privé ou public, les personnes handicapées peuvent être orientées vers des entreprises adaptées (EA) ou vers le milieu protégé au sein d'établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Le coût pour l'Etat de cette politique est passé de 2,6 Mds€ (dont 2,3 Mds€ pour les ESAT) en 2008 à 3 Mds€ (dont 2,6 Mds€ pour les ESAT) en 2013⁷⁵.

⁷⁴ Assemblée nationale, Annie Le Houérou, députée des Côtes d'Armor, *Dynamiser l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail – Aménager les postes et accompagner les personnes*, septembre 2014.

⁷⁵ Source : RAP du programme 102 pour les EA et du programme 157 pour les ESAT

Les entreprises adaptées sont des entreprises du milieu ordinaire de travail. Elles emploient au moins 80% de travailleurs handicapés orientés vers le marché du travail par la CDAPH. L'entreprise adaptée signe un contrat d'objectif triennal avec l'Etat retraçant ses engagements de l'entreprise adaptée au-delà de cette obligation. L'entreprise adaptée reçoit une aide au poste forfaitaire pour chaque travailleur handicapé ainsi qu'une subvention spécifique. Le nombre d'EA a augmenté depuis 2008, passant de 614 à 718 en 2014. En 2014, environ 50 000 personnes handicapées ont travaillé au sein des EA (en CDD ou en CDI, à temps plein ou à temps partiel). Le volume d'aides au poste a crû depuis 2011, passant de 19 536 ETP à 21 536 ETP en 2014. En 2015, ce seront 22 036 aides au poste qui seront financées au sein des EA. Ceci représente une dépense croissante pour l'Etat : 295 M€ en 2014 (contre 242 M€ en 2008), à laquelle s'ajoutent 40 M€ de subvention spécifique, destinés à aider au fonctionnement et au développement de la structure (42 M€ en 2008).

Une enquête du cabinet KPMG de 2012 portant sur un échantillon représentant un quart des EA sur l'année 2011 démontre la compétitivité des entreprises adaptées (hausse du chiffre d'affaires et de l'effectif employé) et une forte implication des dirigeants dans le développement de leur structure (montée en compétences, autonomie, rentabilité, solidarité). Une mutation importante semble s'opérer et se confirmer depuis la loi de 2005 avec l'abandon progressif du statut associatif au profit de formes commerciales. Les entreprises adaptées sont aujourd'hui davantage positionnées sur le tertiaire, voire sur des métiers complexes (hausse des attentes des employeurs par rapport au niveau de qualification requis) et leurs clients sont majoritairement des TPE/PME ou des très grandes entreprises du secteur privé. Cette mutation ne devra pas entraver la forte vocation sociale et solidaire des structures (3/4 des salariés sans qualification) dédiées avant tout à l'intégration et la formation des publics fragile. Enfin, **la sortie des salariés d'entreprises adaptées vers des entreprises « classiques » reste encore marginale** (sur les 3,3% de mobilité externe constatés dans l'enquête, seuls 20% intègrent une entreprise classique), de même que la mobilité externe des salariés entre EA.

Un pacte pour l'emploi des personnes handicapées dans les entreprises adaptées et les centres de distribution de travail à domicile, portant sur la période 2012-2014, a été conclu le 22 décembre 2011 entre l'Etat, l'Union nationale des entreprises adaptées (UNEA) et plusieurs associations et fédérations du secteur du handicap pour engager une nouvelle dynamique dans le secteur adapté avec 3 objectifs : la création de 3 000 nouvelles aides au poste échelonnées sur les 3 ans ; la professionnalisation des salariés en situation de handicap (mise en place de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, développement de la formation professionnelle) ; la modernisation du secteur.

En exécution de ce Pacte, 1000 aides au poste supplémentaires ont bien été votées dans le cadre des lois de finances pour 2012 et 2013. Toutefois, au regard de la sous-consommation des aides constatée en 2013, la poursuite de la mise en œuvre du Pacte a été lissée sur les années 2014 à 2016. Parallèlement, les échanges entre les services de l'Etat et les entreprises adaptées ont été accrus pour assurer une meilleure répartition et une utilisation optimale des aides.

Les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) ne sont pas des entreprises mais des structures médico-sociales qui poursuivent une double mission :

- offrir une insertion professionnelle et sociale adaptée à des personnes handicapées ayant une capacité de travail réduite. Les activités professionnelles proposées s'exercent soit sous la forme d'ateliers intra-muros installés dans les locaux de l'ESAT, soit au travers d'emplois exercés en milieu ordinaire de travail par des mises à disposition. Ces activités donnent lieu au versement d'une rémunération garantie qui leur assure également une couverture sociale. Ces travaux concernent principalement les secteurs de la sous-traitance et des services, mais portent de plus en plus aujourd'hui sur des productions propres ;

-
- assurer les soutiens nécessaires aux personnes handicapées pour acquérir la meilleure autonomie personnelle, sociale et professionnelle. Ces soutiens sont divers et couvrent aussi bien la formation professionnelle, des aides psychosociales qu'une ouverture vers la cité.

Le « travail protégé » compte 1 349 ESAT au 31 décembre 2013 (source ASP) accueillant près de 120 000 personnes à temps complet ou partiel (très exactement 119 211 places au 31 décembre 2013, contre 103 000 en 2006). Aucune place nouvelle n'a été créée en 2013, conformément au moratoire sur le plan de création de places commencé en 2012. Les efforts de rationalisation des coûts de fonctionnement ont été poursuivis dans le cadre de l'application des tarifs plafonds instaurés en 2009 permettant aux ARS d'opérer en 2013 des redéploiements de crédits destinés à améliorer l'équité territoriale. Le coût annuel moyen d'une place est de 12 067 €.

L'Etat a consacré en 2013 2,7 Md€ aux ESAT : 1,4 Md€ au titre de la dotation globale de fonctionnement et 1,3 Md€ au titre de l'aide au poste (garantie de rémunération des travailleurs handicapés). La rémunération versée par les ESAT sur ces ressources est en moyenne égale à 10,95% du SMIC soit très au-dessus du minimum obligatoire qui doit être d'un montant supérieur à 5%. En outre, 5,5 M€ ont été consacrés à la formation des travailleurs handicapés concernant 939 ESAT. Par ailleurs, il convient de mentionner que les travailleurs handicapés d'ESAT peuvent bénéficier le cas échéant d'une AAH différentielle.

La loi de finances pour 2011 du 29 décembre 2010 a permis la mise en place d'un **plan d'investissement en direction des ESAT** en vue de soutenir les nécessaires adaptations de ces établissements face aux exigences de l'accompagnement des travailleurs handicapés accueillis, en termes de sécurité, de qualité de vie, de personnalisation et d'intégration de ces derniers dans leur environnement. Une dotation de 2,5 M€ a ainsi pu être mobilisée en 2013. Ces crédits ont permis d'initier le financement de 12 projets orientés vers des travaux de mise aux normes de sécurité, de rénovation, de restructuration, de reconstruction, d'extension, d'équipement ou d'aménagement nécessaires aux ESAT.

Comme le note par ailleurs le rapport de Madame Le Houérou de novembre 2014 sur l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire, des **ESAT dit hors les murs**, c'est-à-dire sans unité de production intégrée, se sont développés. On en dénombre 28, disposant de 1113 places autorisées. Ils visent à aider une personne handicapée à occuper une activité professionnelle dans une entreprise en milieu ordinaire, mais sous statut médico-social ; le travailleur est mis à disposition de l'entreprise qui signe une convention avec l'établissement de référence de la personne handicapée.

Le rapport relève également que d'après une enquête de l'AGEFIPH de 2011, 1230 travailleurs handicapés relèvent d'un service d'accompagnement à la vie sociale, ce qui ne fait que « confirmer le peu de fluidité des parcours professionnels des travailleurs d'ESAT vers le milieu ordinaire ».

Enfin, le rapport note que si 75% des personnes en ESAT ont une déficience intellectuelle, elles ne reçoivent que 6% des primes AGEFIPH « sorties ESAT », environ 1% des primes AGEFIPH à l'embauche et ne représentent que 3,6% des insertions professionnelles réalisées par les CAP Emploi.

Comme les entreprises adaptées, les ESAT doivent favoriser la promotion des travailleurs handicapés, la valorisation de leurs compétences et, si possible, leur accès à des emplois en milieu ordinaire de travail. Les indicateurs sur ces deux points sont toutefois modestes :

Tableau 15 : Part des travailleurs handicapés en ESAT concernés par une formation ou par une mise en emploi en milieu ordinaire

Par des travailleurs handicapés en ESAT...	Réalisé 2011	Réalisé 2013	Cible 2015
... concernés par une formation dans le cadre des OPCA conventionnés	21,45%	20,31%	24%
... concernés par une mise en emploi en milieu ordinaire de travail	10%	8,4%	14%

Source : RAP programme 157 indicateur 2.1, mai 2014

Malgré les dispositions incitatives de la loi de 2005, **le taux de sortie des travailleurs d'ESAT ou d'EA vers le milieu ordinaire de travail (autre qu'adapté) reste très faible.** Toutefois, aucune donnée ne permet d'apprécier réellement la proportion de travailleurs handicapés d'ESAT ou d'EA susceptibles de rejoindre le milieu ordinaire. En outre, peu d'outils ont, jusqu'à présent, été mis à la disposition des ESAT pour favoriser ces passerelles vers le milieu ordinaire, alors même que le profil de public accueilli évolue (personnes handicapées psychiques), de même que les aspirations des personnes qui bénéficient de plus en plus d'une scolarisation en milieu ordinaire.

Le gouvernement a donc décidé, dans le cadre du CIH, de développer les modalités d'une plus grande coopération entre les entreprises, le secteur adapté et le secteur protégé pour permettre des parcours professionnels plus fluides et en cohérence avec les compétences et les capacités des travailleurs handicapés. Une des conditions pour permettre ce rapprochement entre les différents secteurs d'activité concerne la connaissance nécessaire voire indispensable de la diversité des offres existantes ainsi que des modalités d'intervention des acteurs concernés.

Dans ce cadre, une action est à noter, l'édition d'un guide pratique d'accès à la commande publique pour les ESAT et les EA afin de faciliter leur compréhension de l'achat public.

En effet, la réglementation incite les établissements publics à contracter avec des ESAT et des EA pour remplir leur obligation d'emploi de travailleurs handicapés. De plus, les clauses de progrès social, prévues par la réglementation relative à l'achat public, visent globalement l'insertion professionnelle de l'ensemble des personnes éloignées de l'emploi ; elles revêtent une importance toute particulière pour le secteur du handicap. En effet, plusieurs articles du code des marchés publics (CMP) permettent aux maîtres d'ouvrage de proposer une clause sociale dans le cahier des charges de leurs marchés et/ou de réserver certains marchés à une EA ou à un ESAT. Ces derniers, de leur côté, cherchent à accéder aux contrats et marchés proposés par les établissements publics, la commande publique constituant un levier important pour leur développement. Toutefois, les règles liées à l'achat public peuvent paraître complexes et ainsi freiner les ESAT ou EA à se positionner sur certains contrats ou marchés.

Devant ce constat, l'Etat s'est donc efforcé de promouvoir une démarche visant à favoriser la rencontre des intérêts des acheteurs et des structures d'accueil des personnes handicapées. Un important travail a ainsi été engagé au cours de l'année 2014 par l'observatoire économique des achats publics (OEAP) dans le cadre d'une réflexion plus large sur les aspects sociaux dans la commande publique. C'est à ce titre qu'un nouveau « guide sur l'ouverture des marchés publics au handicap » est paru en décembre 2014.

-
- Celui-ci est conçu comme un outil à la fois juridique et pratique, et vise à accompagner :
- les acheteurs publics, pour les encourager à faire appel aux secteurs adaptés et protégés ;
 - les ESAT et EA, pour les aider à mieux répondre à la commande publique.

Ce guide est désormais disponible en version dématérialisée sur le Portail de l'Economie et des Finances : <http://www.economie.gouv.fr/daj/observatoire-economique-lachat-public>

1.5.2 Si cette politique a permis d'accroître la présence des travailleurs handicapés dans le milieu du travail, ceux-ci pâtissent toujours d'un taux de chômage 2,3 fois supérieur à celui de la population générale.

➤ **Taux d'activité, taux d'emploi et taux de chômage des travailleurs handicapés : des résultats toujours aussi décevants en 2011 qu'en 2007**

Selon la dernière étude disponible de la DARES⁷⁶, en 2011, 2 millions de personnes en âge de travailler (15-64 ans) en France métropolitaine déclarent avoir une reconnaissance administrative d'un handicap leur permettant de bénéficier de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (contre 1,8 M en 2007⁷⁷)⁷⁸. **Les développements qui suivent sont, sauf précision contraire, tirés de cette étude.**

Cette population présente des caractéristiques structurelles propres qui n'ont guère varié depuis 2007 : **plus masculine** (51% d'hommes contre 49% dans la population totale ; 55% contre 49% en 2007), **plus âgée** (55% entre 50 et 64 ans contre 31% dans la population totale ; en 2007 : 50% contre 29%), **moins diplômée** (51% n'ont aucun diplôme ou seulement le BEPC contre 31% dans l'ensemble de la population et seulement 7% ont un BAC +2 ou un diplôme de l'enseignement supérieur contre 27% en général ; en 2007 respectivement : 55% contre 34% et 9% contre 24%). Dans plus de la moitié des cas, les problèmes de santé ou les difficultés des personnes handicapées trouvent leur origine ou sont aggravés par l'âge et dans des proportions proches ; ils sont liés ou aggravés par leur activité professionnelle actuelle ou passée (hors accidents du travail).

Bien que les personnes disposant d'une reconnaissance administrative de leur handicap puissent bénéficier de l'obligation d'emploi, **la population handicapée reste bien plus éloignée du marché du travail que l'ensemble de la population active**, comme le montre le tableau suivant :

⁷⁶ DARES Analyses octobre 2013 n°66 *L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2011*, se référant elle-même à enquête complémentaire à l'enquête Emploi 2011 de l'INSEE sur l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap. La prochaine publication de la DARES sur ce thème aura en principe lieu fin 2015

⁷⁷ DARES Premières synthèses, *L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007*, novembre 2008

⁷⁸ En ajoutant les personnes qui ont un problème de santé durable accompagné de restrictions dans la vie quotidienne ou dans l'exercice d'une activité professionnelle, la population handicapée définie au sens large comprend 9,7 M d'individus (9,6 M en 2007). Mais on se limite ici à la notion de handicap au sens administratif.

Tableau 16 : Taux d'activité, d'emploi, de chômage des travailleurs handicapés : évolution et comparaison avec la population générale

	2007	2011
Taux d'activité des travailleurs handicapés	44%	44%
<i>Taux d'activité général</i>	71%	71%
Taux d'emploi des travailleurs handicapés	35	35%
<i>Taux d'emploi général</i>	65%	64%
Taux de chômage travailleurs handicapés	19%	21%
<i>Taux de chômage général</i>	8%	9%
Ancienneté au chômage de moins d'un an		36% (60%)
Ancienneté au chômage de 2 ans et plus		41% (17%)

Taux d'activité = nombre d'actifs occupés et de chômeurs/population de 15 à 64 ans

Taux d'emploi = Nombre d'actifs occupés/ population de 15 à 64 ans

Taux de chômage au sens du BIT = nombre de chômeurs/ actifs occupés et chômeurs âgés de 15 à 64 Ans.

Source : DARES Premières synthèses, L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007, novembre 2008 ; DARES Analyse octobre 2013, n° 66 l'accès à l'emploi des personnes handicapés en 2011, France métropolitaine

Ainsi en 2011, comme en 2007, **56% des personnes de 15 à 64 ans reconnues handicapées sont considérées comme inactives** au sens du Bureau International du Travail (contre 29% pour l'ensemble de la population) et seules 35% d'entre elles sont en emploi, contre 64% pour l'ensemble de la population.

En 2011, comme en 2007, **le taux de chômage des personnes handicapées reste 2,3 fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population active et a augmenté comme celui du reste de la population depuis 2007** : il est passé de 19% (contre 8% pour l'ensemble de la population active) en 2007 à 21% en 2011 (contre 9% pour l'ensemble de la population active).

Ce chômage est aussi plus durable : 65% sont au chômage depuis au moins 1 an contre 40% et 28% contre 9% depuis au moins 3 ans.

Néanmoins les personnes disposant d'une reconnaissance du handicap qui exercent une activité déclarent **généralement occuper un emploi considéré comme ordinaire** (81%, tandis que 8% sont employés dans des ESAT – chiffre à prendre avec précaution car sous estimé compte tenu du champ de l'enquête complémentaire à l'enquête emploi car la majorité des personnes travaillant dans des ESAT sont hébergées dans des foyers spécialisés et n'entrent pas dans le champ des logements ordinaires qui est celui de l'enquête ; mêmes proportions en 2007). Elles ont rarement eu recours à des organismes spécialisés pour le trouver (8% déclarent avoir bénéficié de l'aide de Cap emploi et 8% de l'aide d'associations, dans le privé 4% de l'AGEFIPH, dans le public 1% du FIPHFP) ; toutefois 40% des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap et qui sont actuellement à la recherche d'un emploi déclarent bénéficier de l'aide d'un organisme spécifique pour personnes handicapées mais sont 13% à déclarer ne pas les connaître.

Par ailleurs, toujours selon la DARES en octobre 2013, les employés et ouvriers sont surreprésentés parmi les personnes handicapées en emploi (74% contre 50% pour l'ensemble de la population⁷⁹), et les cadres sous-représentés (6% contre 18%⁸⁰, tout particulièrement chez les femmes 1% contre 14%). En revanche, **les travailleurs handicapés sont comme l'ensemble de la population majoritairement en CDI – taux qui a d'ailleurs augmenté** : de 62% (contre 58%) en 2007 à 83% (contre 77%) en 2011. Seuls 4% sont non salariés contre 11% pour l'ensemble de la population⁸¹ (9% contre 11% en 2007). **Le travail à temps partiel est nettement plus fréquent chez les personnes reconnues handicapées** : 47% des femmes (contre 31%) et 16% des hommes contre 7% (à peu près comme en 2007).

Enfin, **le nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois bénéficiaires de l'OETH inscrits et recensés par Pôle emploi a fortement augmenté ces dernières années** : +86% d'inscrits entre les premiers trimestres 2008 et 2014⁸². Au total on dénombre 474 460 BOETH inscrits au 30 juin 2014. La part des bénéficiaires de l'obligation d'emploi augmente dans l'ensemble des DEFM : cette part est passée de 6% des inscrits en 2010 (6,7% en 2003 soit 257 000) à 8,3% en 2014. Le nombre des bénéficiaires inscrits augmente de 10,6% sur un an contre 5% pour l'ensemble DEFM. La hausse annuelle du nombre de bénéficiaires de l'obligation d'emploi inscrits est supérieure à celle de l'ensemble des demandeurs d'emploi depuis mars 2011.

Mais l'analyse des données est délicate en raison de plusieurs facteurs ayant impacté le suivi de l'évolution de la demande d'emploi des travailleurs handicapés. Il est actuellement impossible de distinguer les évolutions liées à la conjoncture économique, de celles liées à l'accroissement du nombre de RQTH accordées, ou encore des changements institutionnels et techniques en matière de suivi des public travailleurs handicapés, par exemple l'amélioration progressive du flux d'information des Maisons départementales des personnes handicapées vers Pôle emploi.

Les indicateurs du programme 102 témoignent en outre des moins bons résultats des travailleurs handicapés que l'ensemble de la population en termes de retour à l'emploi, de persistance au chômage, d'insertion dans l'emploi six mois après la sortie d'un contrat unique d'insertion.

Tableau 17 : Indicateurs d'insertion dans l'emploi des travailleurs handicapés : évolution depuis 2011 et comparaison avec la population active en général

	2011	2013
Taux de retour à l'emploi des travailleurs handicapés	2,1%	1.7%
<i>Taux de retour à l'emploi en général</i>	<i>4,6%</i>	<i>4.2%</i>
Par des demandeurs d'emploi encore inscrits sur les listes de Pôle Emploi douze mois après leur inscription	56%	57% (prévision)
<i>Taux d'emploi général</i>		

⁷⁹ En 2007 : 71% contre 58%

⁸⁰ En 2007 : 5% contre 15%

⁸¹ En 2007 : 9% contre 11%

⁸² Toutefois, Les chiffres sur les demandeurs d'emploi en fin de mois recensés par Pôle emploi sont à interpréter avec prudence : depuis la loi du 11 février 2005, plusieurs modifications ont affecté le suivi de ces statistiques et l'interprétation des évolutions s'avère délicate (la mise en place progressive de nouveaux systèmes et remontées d'informations peut partiellement expliquer la forte progression observée).

Taux d'insertion dans l'emploi durable six mois après la sortie d'un contrat unique d'insertion non marchand (CAE) ou marchand (CIE)		
Travailleurs handicapés	22,7% (CAE) et 50,9% (CIE)	24% (CAE) et 58% (CIE)
Population générale	26,6% (CAE) et 59% (CIE)	30% (CAE) et 65% (CIE)

Source : RAP Programme 102 annexé au PLF 2015

► **La part des travailleurs handicapés dans l'emploi total s'est accrue mais reste inférieure à ce qui est visé par la loi**

On constate, dans le secteur public comme dans le secteur privé, une hausse de la part des travailleurs handicapés dans l'emploi, tout en restant en-deçà du taux imposé par la loi.

Tableau 18 : Evolution de la part des travailleurs handicapés dans l'emploi total

	2009	2012	Taux imposé par la loi
Part des travailleurs handicapés dans le total des actifs occupés du secteur privé	2,7% (2,4% en 2006) (1,6% en 1987)	3,1%	6%
Part des travailleurs handicapés dans le total des actifs occupés de la fonction publique		4,64% au 1/1/2012 (contre 4,49% au 1/1/2011) et 4,9% au 1/1/2013	6%

Source : DARES Analyses, novembre 2014, n°083, L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2012 ; FIPHFP Rapport annuel national 2013

► **Dans le secteur privé**

Selon la DARES⁸³, en 2012, 361 700 travailleurs handicapés ont été employés dans les 100 300 établissements d'au moins 20 salariés assujettis à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés. Ces salariés représentent 3,1% des effectifs de l'ensemble des établissements assujettis, soit 276 400 équivalents temps plein sur l'année. Ce taux a augmenté puisqu'il était de 2,7% en 2009.

⁸³ L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2012, novembre 2014, DARES Analyses n°83

Après une nette hausse entre 2008 et 2009⁸⁴, la proportion d'établissements (avec ou sans accord spécifique) employant directement au moins un bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés diminue très légèrement en 2012, passant de 78% à 77%. Cette proportion croît avec la taille de l'établissement (68% dans les établissements de 20 à 49 salariés, 99% dans les établissements de 500 salariés et plus) et varie selon les secteurs d'activité (l'industrie arrivant en tête).

La part des établissements, qui se contentent de verser la contribution financière à l'AGEFIPH, sans employer aucun travailleur handicapé, a diminué, passant de 10% en 2009 à 8% en 2010, cette part étant restée stable depuis.

Tableau 19 : Répartition des établissements assujettis selon les modalités de réponse à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés

	2009	2012
1. Etablissements sans accord spécifique	90%	89%
<i>a) Avec emploi direct de travailleurs handicapés</i>	66%	67%
Emploi direct uniquement	27%	27%
Emploi direct + ST avec secteur protégé	10%	13%
Emploi direct + ST avec secteur protégé + contribution AGEFIPH	13%	14%
Emploi direct + contribution AGEFIPH	16%	13%
<i>b) Sans emploi direct de travailleurs handicapés</i>	24%	22%
Contribution AGEFIPH	10%	8%
Contribution AGEFIPH + ST secteur protégé	14%	14%
2. Etablissements sous accord spécifique	10%	11%
Avec emploi direct		10%
Sans emploi direct		1%
TOTAL	100%	100%

⁸⁴ Sur la forte hausse observée entre 2008 et 2009: la part des établissements employant directement un TH est passée de 59 % en 2008 à 66 % en 2009. Elle est de 69 % en 2010. Par ailleurs, cette forte hausse entre 2008 et les années suivantes est liée principalement au nouveau mode de décompte des bénéficiaires La loi du 1er décembre 2008 a en effet modifié le mode de décompte des bénéficiaires de l'OETH (suppression de la règle des 6 mois de présence minimum pour prise en compte des bénéficiaires en CDI ou CDD notamment) et élargira liste des stagiaires pouvant en bénéficier.

Dont établissements recourant en tout ou partie à l'emploi direct		77%
Etablissements contribuant à l'AGEFIPH		47%
Et établissements n'employant aucun travailleur handicapé	10%	8%

Source : DARES Analyses, novembre 2014, n°083, L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2012

La part des établissements couverts par un accord s'établit à 11% en 2012 (11 400 établissements) soit 1 point de plus qu'en 2009. Le taux augmente avec la taille (9% des établissements de 20 à 49 salariés, 20% des établissements de 200 à 499 salariés et 36% des établissements d'au moins 500 salariés). D'après l'AGEFIPH, 41% des établissements avaient un quota de travailleurs handicapés supérieur ou égal à 6% en 2011 et 47% contribuaient à l'AGEFIPH (chiffres clefs juin 2014 les personnes handicapées et l'emploi).

Au total, depuis la loi du 11 février 2005, l'évolution des comportements des employeurs est visible :

- l'emploi direct de bénéficiaires de l'obligation d'emploi est plus fréquent ;
- l'emploi indirect de ces bénéficiaires augmente de façon très nette (sous-traitance avec des établissements agréés des secteurs protégé ou adapté) ;
- la mise en œuvre d'un accord collectif dédié et agréé par l'administration reste encore peu utilisée, et principalement dans les grands établissements ; mais le 1er bilan des accords agréés effectué par la DGEFP en montre les effets positifs puisque les entreprises sous accord ont en moyenne un taux d'emploi des travailleurs handicapés supérieur à la moyenne nationale (cf. *supra*) ;
- en lien avec des sanctions financières alourdies, le versement d'une contribution financière à l'AGEFIPH est en net recul (passant de 574 M€ en 2009 à 441 M€ en 2013, le nombre d'établissements contribuant passant de 54 985 à 42 468) ;
- le recours à des stagiaires handicapés reste très peu utilisé dans les faits.

➤ **Dans la fonction publique**

Depuis la mise en place du FIPHFP, le taux d'emploi des travailleurs handicapés a évolué favorablement en passant de 3,74% au 1^{er} janvier 2005 à 4,64% au 1^{er} janvier 2012 et 4,90% au 1^{er} janvier 2013, ce qui représente 209 500 personnes handicapées employées dans les trois versants de la fonction publique.

Ce taux appelle deux observations :

- il est difficilement comparable à celui du secteur privé, d'une part parce que la déclaration 2013 dans le secteur public correspond aux effectifs du 1^{er} janvier 2012, alors que la déclaration dans le secteur privé correspond aux effectifs de l'année 2013 ; d'autre part parce que les méthodes de calcul du taux d'emploi sont définies de manière différente par la loi, équivalent à des résultats qui par construction sont en défaveur du secteur privé⁸⁵ ;

⁸⁵ Dans le secteur public, le taux d'emploi direct des travailleurs handicapés est défini comme le rapport du nombre de bénéficiaires (en personnes physiques) et de l'effectif total de l'ensemble des établissements assujettis de la fonction publique assujetti. Le taux d'emploi légal inclut à la fois l'emploi direct et l'emploi indirect qui correspond au nombre des équivalents bénéficiaires (calculé sur la base des dépenses déductibles). Dans le secteur privé, le calcul du taux d'emploi s'effectue en unités bénéficiaires au sens de la loi : il prend en compte le temps de travail et c'est le taux légal

-
- il est variable selon les fonctions publiques, plus élevé dans la fonction publique territoriale (5,66%) que dans la fonction publique hospitalière (5,2%), la fonction publique d'Etat arrivant en dernier (3,56%).

6% des employeurs publics ne paient que la contribution et 51% emploient des travailleurs handicapés et équivalents, sans payer la contribution.

Comme dans le secteur privé, la diminution du montant de la contribution depuis 2010 est à rapprocher de l'augmentation du taux d'emploi des travailleurs handicapés. Son montant est passé de 212 M€ en 2010 à 149 M€ en 2013, le nombre d'employeurs contribuant passant de 6247 à 5323.

1.5.3 Depuis 2012, le Gouvernement cherche à renforcer le pilotage de cette politique, à développer la formation professionnelle et, lorsque c'est nécessaire, à articuler les dispositifs spécifiques avec le droit commun

Le Gouvernement, lors du Comité Interministériel du Handicap du 25 septembre 2013, a montré qu'il souhaitait **rompre avec une approche catégorielle des politiques en faveur des personnes handicapées** pour amener la société à devenir plus inclusive.

Trois grands axes d'action ont été développés jusqu'ici : le renforcement du pilotage de la politique d'emploi des travailleurs handicapés, le développement de la formation professionnelle et de l'apprentissage, la poursuite de la mise en œuvre des dispositifs de droit commun en articulation, chaque fois que nécessaire, avec les dispositifs spécifiques.

➤ **Le renforcement du pilotage de la politique d'emploi des travailleurs handicapés**

Afin d'accroître la mobilisation des acteurs sur l'emploi des personnes handicapées, deux grands accords ont ainsi été signés :

- une convention multipartite visant à favoriser l'emploi des travailleurs handicapés conclue le 27 novembre 2013 pour trois ans par l'Etat, l'AGEFIPH, le FIPHFP, Pôle emploi, la CNSA, l'ARF, la CNAMTS et la MSA. Elle a pour objet de « mobiliser les politiques et dispositifs de droit commun en articulation avec les dispositifs spécifiques dédiés aux personnes handicapées, et d'accentuer la synergie entre les acteurs » pour améliorer l'insertion professionnelle, la formation professionnelle, la négociation collective, les actions de maintien en emploi, ainsi que les échanges d'informations et le pilotage territorial de cette politique. Elle sera déclinée au niveau régional dans le cadre des Plans régionaux pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) ;

qui doit être comparé au seuil des 6 %. Une personne compte pour une unité si son temps de travail est égal à au moins un mi-temps, si son temps de travail est égal à moins d'un mi-temps elle est comptée pour 0.5 unités. De plus, les taux affichés dans le DARES Analyse représentent les taux en équivalent temps plein donc prennent en compte en plus du temps du travail, la durée du travail (mois effectivement travaillés).

- un accord-cadre national de collaboration conclu le 10 février 2015 entre l'Etat représenté par la DGEFP, Pôle emploi, l'AGEFIPH et le FIPHFP pour une durée de trois ans (2015-2017) : l'objectif est de faire converger tous les acteurs du service public de l'emploi, et notamment les CAP Emploi et Pôle emploi, vers un même objectif, dans une logique de partenariat renforcé et de territorialisation, et dans la continuité du précédent accord (2010-2014). Cet accord répond aux objectifs fixés par la feuille de route du Comité Interministériel du Handicap du 25 septembre 2013 qui dans son article 5.1.2 précise que « les critères d'orientation des personnes vers les Cap emploi évolueront afin de s'assurer qu'ils prennent en charge les personnes handicapées éloignées de l'emploi ». Dans le prolongement des principes énoncés par la convention multipartite, il s'appuie sur la complémentarité d'expertises du réseau Cap emploi et de Pôle emploi afin de répondre efficacement aux besoins des demandeurs d'emploi handicapés et des employeurs.

► **Le renforcement de la formation professionnelle et l'apprentissage**

Plusieurs actions méritent ici d'être répertoriées.

La loi du 5 mars 2014 sur la formation professionnelle contient des dispositions qui bénéficieront tout particulièrement aux personnes handicapées.

Les personnes handicapées bénéficieront d'abord de toutes les **avancées prévues par ce texte** :

- **compte personnel de formation** ;
- **entretien professionnel** (qui sera systématique au retour d'un arrêt longue maladie et contribuera à **prévenir l'inaptitude** ou à accompagner la mobilité quand celle-ci est devenue indispensable pour raisons de santé) ;
- **conseil en évolution professionnelle** (CEP-conseil renforcé et un accompagnement pouvant conduire à la validation du parcours de formation ; les CAP Emploi sont retenus comme opérateurs du CEP) ;
- **périodes de mise en situation professionnelle** (particulièrement adaptées aux personnes handicapées en ce qu'elles représentent une opportunité de vérifier l'adéquation entre un métier et leurs capacités).

Mais elles bénéficieront en outre de dispositions spécifiques, notamment :

- possibilité de prise en charge par les Organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) de tout ou partie des coûts pédagogiques ainsi que des frais de transports, de repas et d'hébergement pour les salariés en arrêt maladie désirant suivre une formation ;
- amélioration de la protection sociale des bénéficiaires handicapés de formations financées par l'AGEFIPH ou cofinancées par le FIPHFP (les fonds pourront prendre en charge les cotisations sociales des stagiaires de formation, rémunérés ou non) ;

- clarification de la répartition des compétences, les régions étant désormais chargées de l'accès à la formation et à la qualification professionnelle des personnes handicapées (le programme régional d'accès à la formation des personnes handicapées de la région sera établi après consultation du CREFOP, qui disposera de la vision globale de la stratégie du territoire⁸⁶. En outre, la loi intègre les CRP et ERP dans le service public régional de la formation professionnelle et donne une compétence exclusive aux régions pour assurer la rémunération des stagiaires en CRP et ERP ;
- renforcement de l'accessibilité des formations : l'AFPA a construit un dispositif de formation adaptée, reposant sur une pédagogie de l'alternance qui privilégie l'apprentissage par l'action, et qui est basé sur des activités concrètes, adaptables par les formateurs aux besoins des personnes et des entreprises ;
- programmes régionaux d'accès à la formation des personnes handicapées, qui pour la plupart comprennent des actions de sensibilisation des formateurs.

Au-delà de cette loi, plusieurs mesures ont été prises pour favoriser **l'emploi en alternance et l'apprentissage**, qui bénéficient directement aux personnes handicapées :

- dans le cadre du **plan de relance pour l'apprentissage présenté par le Président de la République le 23 septembre 2014**, le bénéfice de la prime de 1000 € pour l'embauche d'un premier apprenti a été étendu à tout apprenti supplémentaire ; initialement réservée aux entreprises de moins de 50 salariés. La prime s'applique également aux entreprises de moins de 250 salariés, également dans le champ de l'obligation d'emploi ;
- dans le secteur public, **le FIPHFP a revalorisé, par délibération du comité national du 11 décembre 2013, les aides qu'il distribue aux employeurs d'apprentis handicapés** : outre le versement d'une indemnité représentant 80% du coût salarial annuel chargé par année d'apprentissage, l'aide globale cumulée à l'accompagnement, l'insertion, la formation et la compensation peut atteindre au plus 8000€ sur la durée du contrat si certaines conditions sont remplies par l'employeur ;
- la ministre de l'Education nationale s'est engagée à **augmenter de 50% d'ici à 2017 le nombre d'apprentis dans les établissements publics** de son champ et à intégrer la découverte de l'apprentissage dans les modules d'information et d'orientation des collégiens ;
- **les centres de rééducation professionnelle peuvent à présent bénéficier de la taxe d'apprentissage** ;
- **plusieurs mesures ont en outre pour objectif de faciliter l'insertion professionnelle des étudiants handicapés (cf. partie enseignement supérieur⁸⁷)** ;
- des travaux pour l'élaboration d'une stratégie globale des centres de rééducation professionnelle (CRP) pour les personnes handicapées ont débuté, le premier comité de pilotage s'étant réuni le 8 janvier. Ces travaux s'articulent autour des trois thématiques suivantes :
 - Maillage géographique du réseau de la réadaptation professionnelle CRP, centres de réadaptation fonctionnelle (ERP), centre de pré-orientation (CPO) et capacité à répondre aux demandes des personnes handicapées et des prescripteurs :

⁸⁶ le CNEFOP, qui vient d'être installé, intègre des acteurs du monde du handicap, ce qui devra favoriser la prise en compte dans cette instance dont le rôle est majeur, des problématiques liées au handicap.

⁸⁷ L'adaptation des contenus pédagogiques des formations fait actuellement l'objet d'un marché interministériel pour élaborer des outils pédagogiques communs à destination des écoles de la fonction publique ; un guide de l'accessibilité pédagogique est en cours d'élaboration ; un séminaire a eu lieu le 18 juin 2014 sur les bonnes pratiques et les partenariats pour améliorer l'accès des jeunes handicapés aux études supérieures, à la formation en alternance et aux stages.

- Le maillage géographique actuel du réseau des CRP et des ERP est davantage la résultante de l'histoire et du dynamisme associatif que la réponse analysée à un besoin identifié des territoires. Les structures sont très inégalement réparties sur le territoire national (plusieurs régions de métropole n'ont aucun CRP ou ERP ou seulement un ; les Outre-mer n'ont qu'un seul CRP ouvert en Guadeloupe en 2012). Si certains établissements ont un « recrutement » interrégional, voire national compte tenu de leur spécialisation en particulier sur des métiers de niche, qui offrent des possibilités d'emploi, la majorité des personnes handicapées souhaitent pouvoir mettre en œuvre leur projet professionnel dans leur région d'origine. Seuls 50% des stagiaires sont dans cette situation aujourd'hui.
 - Un travail doit donc être engagé pour examiner les voies et moyens permettant de renforcer l'offre dans certains territoires de métropole et d'Outre-mer et contribuer ainsi à faciliter l'admission dans ces établissements.
 - Dans cette perspective, une brève enquête sera lancée début 2015 auprès de l'ensemble des ARS pour qu'elles fassent connaître les projets dont elles sont saisies concernant l'ensemble de la réadaptation professionnelle ainsi que leur avis sur la capacité du réseau à répondre aux besoins des personnes handicapées présentes sur leur territoire.
- Développement des partenariats des établissements de réadaptation professionnelle (CRP, ERP et CPO)
 - Le COPIL travaillera notamment sur « un nouveau modèle économique des CRP » qui aura vocation à consolider leur dimension médico-sociale en valorisant davantage leur cœur de métier : former et accompagner des personnes handicapées qui ont le plus besoin de telles prestations, le cas échéant sur une longue période, à temps plein ou à temps partiel si nécessaire, voire de manière séquentielle, pour mener à bien leur projet d'insertion ou de réinsertion professionnelle en milieu ordinaire de travail.
 - Dans cette même perspective, le COPIL examinera les voies et moyens pour mobiliser ces établissements en tant qu'experts auprès des organismes de formation généralistes, voire plus en amont auprès des services des régions, pour améliorer l'offre de formation en région et permettre une meilleure prise en compte des besoins et attentes des personnes handicapées (capacité et contenus pédagogiques, intensité des actions de formation, etc). Cette expertise pourrait s'exercer y compris sur la question du « minimum d'accompagnement nécessaire pour la réussite du projet de formation » ; volet rarement identifié actuellement dans les cahiers des charges d'achat de formation par les conseils régionaux.
 - Coordination des compétences des ARS et de celles des Conseils régionaux
 - Les travaux réalisés en 2013, dans le cadre du rapport DGCS-Mazars à partir de l'exploitation des réponses apportées par 35 CRP et ERP à un questionnaire sur les prestations et les coûts, ne portaient pas sur la rémunération des stagiaires. Ils ont bien montré toutefois (point développé lors d'entretiens entre le consultant et des directeurs de CRP particulièrement concernés) les effets induits très négatifs qui pouvaient résulter parfois de l'absence d'articulation entre les différents agrément (places donnant lieu à rémunération) et autorisation (places autorisées et financées pour leur fonctionnement) tant pour les budgets des établissements (un taux d'occupation dégradé a pour effet de réduire le

nombre de journées facturées) que pour les personnes handicapées elles-mêmes (et leur projet d'insertion) dont l'entrée en formation peut être différée, voire annulée en raison de l'insuffisance des crédits de rémunération.

- La nécessité d'une telle articulation est encore plus nécessaire avec la loi du 5 mars 2014 qui transfère aux régions non seulement le financement de la rémunération des stagiaires mais plus largement la compétence en matière de formation des personnes handicapées.

► **Conformément aux engagements du CIH de septembre 2013, d'autres actions ayant pour objet de renforcer l'insertion et le maintien des personnes handicapées en milieu ordinaire sont en cours de développement :**

- Pôle emploi a expérimenté en 2014 dans 10 territoires volontaires de nouveaux critères d'orientation des demandeurs d'emploi en situation de handicap vers les Cap emploi, dans le prolongement des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport de 2012 ;
- Afin de renforcer le contenu qualitatif des accords sur l'emploi des travailleurs handicapés, le **décret du 20 novembre 2014 rend obligatoires les plans de maintien dans l'emploi au sein des accords agréés au titre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés**. En outre, un bilan des accords paraîtra désormais à échéance annuelle afin de mesurer les progrès effectués dans le cadre de l'objectif fixé lors de la CNH du 11 décembre de triplement de ces accords d'ici à trois ans.
- une étude relative à l'orientation des demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi a été réalisée par le cabinet AMNYOS dans le cadre de la convention multipartite et devrait aboutir à la construction d'un référentiel sur l'accompagnement spécialisé ;
- le processus d'évaluation de l'employabilité (« Potentiel emploi ») est mis en œuvre dans 25 MDPH, correspondant à l'engagement pris pour 2014, suite à l'évaluation réalisée en juillet 2013 sur la base d'une première phase conduite par 10 MDPH (concernant près de 800 personnes dont 200 ont bénéficié du module de mise en situation professionnelle). L'intérêt de ce dispositif est multiple :
 - Pour les personnes handicapées, l'expérimentation permet, dans le cadre d'un accompagnement spécifique, de préciser leur projet professionnel, d'identifier leurs compétences et de définir les étapes nécessaires pour progresser vers l'emploi. Elle permet ainsi de dessiner un chemin d'insertion professionnelle.
 - Pour les MDPH, le dispositif permet d'offrir un outil essentiel d'appréciation de l'employabilité des personnes handicapées (notamment pour des cas complexes, dans des situations de handicap psychique en lien avec une maladie mentale) et donc une meilleure allocation des droits demandés (AAH, RQTH, ...) aux personnes déposant des dossiers en MDPH.
 - Le dispositif revêt également une dimension multi-partenariale très intéressante. L'évaluation de la personne handicapée est accompagnée par des prestataires de service de la MDPH. Les Cap Emploi et le réseau qui les structure au niveau national (CHEOPS) sont étroitement associés à la démarche.
 - Cette dimension multi-partenariale est matérialisée par le développement d'un outil novateur dédié de partage des informations. La CNSA a développé un système d'informations (SI) ad hoc, que toutes les MDPH participant à la première vague

de généralisation vont utiliser. Etant donné que le SI avait été jugé comme un point faible de la première phase de l'expérimentation, de gros efforts ont été consentis par la CNSA pour mettre en place un SI robuste, qui sera l'outil de recueil de tous les bilans d'employabilité.

- dans le prolongement de l'évaluation par l'IGAS du dispositif PASSMO, destiné à favoriser l'insertion des travailleurs handicapés, des travaux sont en cours en lien avec des ARS et des DIRRECTE pour fluidifier les parcours professionnels des travailleurs d'ESAT et d'EA et, pour ceux qui en ont la capacité, favoriser les transitions vers le milieu ordinaire. Dans ce cadre, un certain nombre d'initiatives repérées sur le terrain ont été répertoriées et seront mises à disposition des ARS et des fédérations afin d'essaimer les bonnes pratiques. La mise à disposition de ce guide sera accompagnée d'un renforcement du pilotage du secteur de l'emploi protégé par les ARS ;
- la formation de moniteur d'atelier en ESAT a été renforcée (cahier des charges validé par la commission paritaire de la branche en 2013 et modifié en avril 2014 ; en attente de certification).

Plus généralement, les conclusions du rapport de la mission parlementaire confiée à Madame Le Houérou aideront à dessiner les modalités d'un accompagnement plus durable des personnes handicapées. Ce rapport, remis le 4 novembre 2014 au Gouvernement, dresse plusieurs pistes pour favoriser cet accompagnement tout au long du parcours et ainsi l'insertion de la personne en milieu ordinaire. Plusieurs préconisations sont ainsi faites pour mieux intégrer la question de l'emploi des personnes handicapées dans l'entreprise, qu'il s'agisse de la négociation collective, de la notion d'adaptation raisonnable, de la précision des décisions d'orientation en matière de besoin d'évaluation et des modalités d'accompagnement.

Enfin, pour 2015, l'Etat continue à augmenter de l'ordre de 3% ses efforts en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

1.6 L'accessibilité de la ville (cadre bâti, voirie, transports) : des agendas d'accessibilité programmée pour combler le retard pris au regard de la loi de 2005

1.6.1 Le grand retard au regard de la loi de 2005

1.6.1.1 Le cadre posé par la loi de 2005

La loi du 11 février 2005 a constitué une avancée importante en matière d'accessibilité du cadre bâti, des voiries et des transports.

Elle impose, en son article 41, codifié aux articles L.111-7 et suivants du code de la construction et de l'habitation, à tous les locaux d'habitation⁸⁸, lieux de travail et établissements recevant du public (ERP) existants, de respecter au plus tard en 2015 des exigences permettant aux personnes handicapées d'y accéder et d'y circuler dans les parties ouvertes au public.

⁸⁸ S'agissant des logements, les obligations portent essentiellement sur les bâtiments d'habitation collectifs neufs et leurs abords, ainsi que sur les ascenseurs, sur les maisons individuelles neuves et, s'agissant des bâtiments collectifs existants, des travaux dont le coût dépasse 80% de la valeur du bâtiment.

En outre, les ERP, dont les permis de construire seraient déposés à partir de 2007, devaient être accessibles dès leur création. Un ERP est jugé accessible dès lors qu'une personne handicapée peut s'y mouvoir, se repérer, communiquer et utiliser les équipements avec la plus grande autonomie possible. Des dérogations ont été prévues dans certains cas limités.

Elle exige également que la chaîne du déplacement, donc au-delà des ERP, les voiries et les transports, soit organisée pour permettre l'accessibilité dans sa totalité. Elle concerne tous les handicaps. Elle ambitionne ainsi une accessibilité universelle.

L'objectif d'accessibilité de l'ensemble des établissements recevant du public et des services publics de transports collectifs a été échelonné sur une période de dix ans après la publication de la loi. Afin de favoriser et de faciliter l'engagement progressif des travaux sans attendre la date butoir de 2015, une obligation de diagnostic préalable a été prévue par la réglementation sur les seuls établissements de 1ère à 4ème catégorie.

Par ailleurs, la loi a prévu la création d'une commission pour l'accessibilité aux personnes handicapées (CAPH) dans chaque commune de plus de 5000 habitants et chaque établissement public de coopération intercommunale (EPCI) de plus de 5000 habitants qui exerce la compétence « transports » ou « aménagement du territoire ». Cette commission communale ou intercommunale assure au niveau local une concertation avec l'ensemble des partenaires concernés afin de dresser le constat d'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports, de recenser l'offre de logements accessibles, d'établir un rapport annuel et de faire toutes propositions utiles de nature à améliorer l'accessibilité de l'existant.

Toutefois, la loi du 11 février 2005 a fixé une échéance de mise en accessibilité de cadre bâti et des transports, respectivement au 1^{er} janvier 2015 et au 13 février 2015, qui n'a pu être tenue.

Comme le soulignait le rapport de la Madame la sénatrice, Claire-Lise Campion, « Réussir 2015 »⁸⁹, la loi de 2005 a permis d'impulser un nouvel état d'esprit, mais le coût des travaux n'a pas été évalué, les délais de réalisation des travaux ont été mal appréciés, l'accompagnement des propriétaires a été insuffisant et les règles trop complexes à respecter.

1.6.1.2 Quelques précautions préalables

L'Observatoire Interministériel de l'Accessibilité et de la conception universelle (OBIAçU) dès sa création et le rapport Réussir 2015 ont relevé l'absence d'outils de recensement statistique. Ils ont constaté qu'il n'était pas possible de procéder à une évaluation objective et exhaustive des travaux de mise en accessibilité réalisés depuis 2005.

Avant même de savoir quel est le taux d'accessibilité, il faudrait savoir combien il y a d'ERP. Or les appréciations varient de 650 000 (chiffres SDIS et sapeurs pompiers) à 1 million (750 000 établissements commerciaux, 36 000 mairies, 67 000 établissements scolaires, auxquels s'ajoutent les universités et ERP de l'Etat et les établissements de santé et locaux des professions libérales).

Tous les chiffres qui suivent sur l'accessibilité du bâti, des transports et des voiries, sont tirés de l'étude d'impact du projet de loi habilitant le Gouvernement à adopter des mesures législatives pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées (3 avril 2014) ou d'études plus récentes⁹⁰.

89 Rapport du Sénat sur l'accessibilité des personnes handicapées au logement, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces publics, établi par Claire-Lise Campion, sénatrice de l'Essonne, mars 2013.

90

« Le parc des véhicules du transport public urbain au 1^{er} janvier 2014 » de l'UTP et « L'utilisation et les équipements des autocars en 2013 » du Commissariat général au développement durable notamment

En tout état de cause, l'enjeu est important puisque, selon le ministère du développement durable, 6 millions de personnes seraient concernées par une limitation physique dont 594 000 utilisateurs de fauteuil roulant. En outre, l'accessibilité du bâti profitera également aux 2 millions de personnes circulant avec des poussettes⁹¹ et plus généralement à l'ensemble de la société.

Comme indiqué dans la partie relative aux dépenses consacrées au handicap, l'évaluation de l'effort financier réalisé depuis 2006 n'est pas connue. On dispose seulement de quelques exemples de coût de mise en accessibilité, mais pas de bilan global. Toutefois, le coût pour l'État est estimé à 3,6 Mds€ au minimum, à 16,8 Mds€ pour les collectivités territoriales et à 5 Mds€ pour 180 000 commerces d'Ile de France.

1.6.1.3 Taux d'accessibilité

Si les avancées sont réelles depuis 2005, elles sont aussi insuffisantes au regard de l'exigence posée pour 2015.

► Taux d'accessibilité des ERP

On ne dispose pas de données statistiques systématiques sur l'accessibilité des ERP. En l'absence de données fiables et vérifiables, il est impossible à ce stade de répartir les ERP entre ceux qui sont partiellement accessibles, ceux qui le sont totalement et ceux qui ne le sont pas du tout.

Selon l'Association des Paralysés de France, seuls 15% des ERP seraient aux normes d'accessibilité.

L'analyse de l'activité annuelle des commissions consultatives départementales de sécurité et d'accessibilité (CCDSA) permet d'identifier le nombre d'établissements recevant du public, neufs ou existants, faisant l'objet de travaux :

- 225 000 établissements recevant du public sont aux normes de 2015 (décompte arrêté au 31 décembre 2013) ;
- 255 000 autres établissements ont fait l'objet de travaux entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2013 ;
- par ailleurs, selon l'observatoire national de sécurité et d'accessibilité des établissements d'enseignement, 20% des lycées sont accessibles ;
- 70 % des pharmacies ont déjà installé un plan incliné et des portes automatiques ;
- 36% des bâtiments des préfectures sont accessibles (hors critères de stationnement) et 98% ne présentent pas d'impossibilité absolue d'accès ; des travaux d'accessibilité étaient programmés dans 29% des préfectures en 2014.

Ces résultats montrent que le chantier de l'accessibilité a bel et bien avancé, même s'il est imparfait.⁹²

⁹¹ Source : <http://www.e-lettre.developpement-durable.gouv.fr/dma--la-lettre-de-la-dma-/annee-2015/lettre-de-l-ad-ap-n--1-16-fevrier-2015/rubrique26438.html>

⁹² Les établissements recevant du public (ERP) sont classés en fonction du nombre de personnes ayant accès aux locaux : 1^{ère} catégorie : 1500 personnes et plus ; 2^{ème} catégorie : entre 701 et 1500 personnes ; 3^{ème} catégorie : entre 301 et 700 personnes ; 4^{ème} catégorie : moins de 300 personnes (article R.123-19 du Code de la construction et de l'habitation).

➤ Taux d'accessibilité des transports et des voiries

La mise en accessibilité des transports et de la voirie s'appuie sur les outils de planification et de programmation créés par la loi de 2005 :

- les autorités organisatrices des transports (AOT) doivent mettre en place un schéma directeur d'accessibilité des services (SDA) ;
- de plus, un plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics (PAVE), intégré au plan de déplacements urbains lorsqu'il existe, fixe les dispositions susceptibles de rendre accessibles aux personnes handicapées et à mobilité réduite les circulations piétonnes et aires automobiles.

Selon les chiffres de la délégation ministérielle à l'accessibilité repris dans le rapport 2012 de l'OBIACU, tous types d'autorités organisatrices de transport confondus, en juillet 2012 :

- 85 % des SDA étaient adoptés ou en cours dont 61 % étaient adoptés et 15 % non encore engagés ; toutes les régions avaient adopté leur SDA, ainsi que 75% des départements ;
- 53% des AOT urbaines, représentant 75% de la population, ont adopté leur SDA mais 20% n'ont rien engagé ; cela étant parmi celles-ci, figurent des petites communes et des agglomérations ayant décidé de privilégier le plan de déplacements urbains ;
- près de 64 % des PAVE étaient en cours d'élaboration ou adoptés, couvrant 85% de la population et 13 % étaient adoptés, couvrant 30 % de la population ; toutes les communes de plus de 50 000 habitants avaient lancé la procédure PAVE ;
- du côté du matériel urbain, des progrès sensibles sont à noter : 94% des autobus étaient à plancher bas en 2014 ; 84% des autobus étaient équipés d'une palette rétractable ; 75% disposaient d'un système d'annonce sonore des arrêts et 80% d'un système d'annonce visuelle (enquête UTP édition 2014) ;
- quant aux autocars interurbains, 79 % des véhicules de moins de cinq ans sont dotés d'un dispositif permettant l'accessibilité aux personnes handicapées, 50 % d'un dispositif visuel d'annonce des arrêts, 46 % d'un dispositif sonore d'annonce des arrêts et 47 % de places réservées (Chiffres et Statistiques du CGDD de novembre 2014) ;
- toutes les nouvelles lignes de transports en commun construites depuis 2005 sont accessibles ;
- dans le cadre du schéma directeur national d'accessibilité ferroviaire, 162 gares nationales devraient être accessibles, en ce qui concerne les bâtiments voyageurs, d'ici 2018.

- un diagnostic réalisé par la SNCF afin d'évaluer le niveau d'accessibilité des gares notamment TER pour accéder ou faire accéder au train a montré qu'environ 71 % des gares sont accessibles en autonomie ou avec de l'aide : le cheminement est accessible ou l'assistance disponible. L'accessibilité en autonomie est l'objectif visé à terme. Sur 400 gares en Île-de-France, 207 seront mises en accessibilité pour 2024 dans le cadre du schéma actuel et représentent plus de 90 % du trafic voyageurs. Une étude exhaustive de la SNCF sur le niveau d'accessibilité du matériel disponible a été engagée ; des rames parfaitement accessibles neuves sont progressivement mises en service sous l'autorité des régions, autorités organisatrices des TER.

Au 31 octobre 2013, sur les 883 gares régionales hors Ile de France, SNCF Réseau a réalisé la mise en accessibilité de 215 d'entre elles et beaucoup de chantiers sont en cours.

1.6.2 Depuis 2013, le Gouvernement a pris la mesure des enjeux en mettant notamment en place les agendas d'accessibilité programmée

1.6.2.1 Les agendas d'accessibilité programmée : une démarche concrète pour rendre les ERP accessibles

Devant le constat de l'écart entre l'objectif de la loi de 2005 et la réalité, le Gouvernement a souhaité, à la suite du CIH du 25 septembre 2013, qu'une concertation soit menée dès octobre 2013 pour compléter et améliorer le volet accessibilité de la loi de 2005 sous forme de deux chantiers, l'un relatif aux Ad'Ap, l'autre concernant l'ajustement de l'environnement normatif.

Après la concertation de 140 heures présidée par Claire-Lise Campion et pilotée par la déléguée ministérielle à l'accessibilité, conclue par le Premier ministre le 26 février 2014, les premiers textes permettant de mettre en œuvre les dispositions relatives à l'accessibilité des établissements recevant du public (ERP) et des transports publics prévues par la loi du 11 février 2005 ont été publiés : la loi n° 2014-789 du 10 juillet 2014 habilitant le Gouvernement à adopter des mesures législatives pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées ; l'ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées.

Ce choix de recourir à une ordonnance pour des mesures de nature législative était justifié par la volonté de permettre la mise en œuvre la plus diligente possible des préconisations issues des rapports de conclusion de ces deux chantiers de concertation et retenus par le Gouvernement.

Avec les décrets et arrêtés d'application parus en novembre et décembre 2014⁹³, ces textes organisent le cadre juridique permettant la réalisation des travaux d'accessibilité selon un calendrier précis (sur trois ans maximum sauf cas très particuliers) au-delà du 1er janvier 2015.

⁹³ Décret n° 2014-1327 du 5 novembre 2014 relatif à l'agenda d'accessibilité programmée pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public ; décret n° 2014-1326 du 5 novembre 2014 modifiant les dispositions du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public ; arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public ; arrêté du 15 décembre 2014 fixant les modèles des formulaires des demandes d'autorisation et d'approbation prévues aux articles L. 111-7-5, L. 111-8 et L. 122-1 du code de la construction et de l'habitation

Les acteurs publics et privés peuvent ainsi désormais s'engager sur un calendrier précis et chiffré de travaux d'accessibilité. Concrètement, le dossier d'Ad'AP doit obligatoirement être déposé avant le 27 septembre 2015 à la mairie (ou dans des cas particuliers auprès du préfet). Le projet d'Ad'AP doit être validé par le préfet. Cette validation permettra ainsi d'entériner l'échéancier pour la mise en accessibilité. Le dispositif comportera des points de contrôle réguliers et une validation à son terme. Seule la validation par l'État permettra de dépasser la date du 1er janvier 2015. Les travaux doivent être réalisés dans un délai courant jusqu'à 3 ans ; les propriétaires ou exploitants d'établissement recevant du public qui invoquent une contrainte technique ou financière ou un patrimoine particulièrement complexe peuvent bénéficier d'une durée d'agenda plus longue (6 ou 9 ans) dans des conditions très précises.

Un dispositif de sanctions administratives a été prévu en cas de non-respect des engagements pris dans le cadre des Ad AP, les produits financiers correspondants devant alimenter un fonds créé auprès de la CNSA qui permettra de soutenir des opérations d'accessibilité. L'agenda est obligatoire pour tous les propriétaires ou exploitants d'établissements recevant du public qui ne respecteraient pas leurs obligations d'accessibilité au 31 décembre 2014. Il est le seul moyen pour être en conformité avec la loi pour ceux qui n'ont pas satisfait aux obligations légales, après le 1^{er} janvier 2015.

Une campagne de communication a été lancée. Elle s'est matérialisée notamment par la création d'un outil d'autodiagnostic pour les établissements de 5^{ème} catégorie et d'un spot radio sur les grandes chaînes généralistes et régionales. En outre, toutes les informations nécessaires sont en ligne sur le site du ministère du développement durable : <http://www.developpement-durable.gouv.fr/Qu-est-ce-qu-un-agenda-d.html>.

Pour la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions, des prêts de la Caisse des Dépôts et Consignations sont prévus par une convention CDC-Etat du 26 juin 2014 et par la Banque Publique d'Investissement (BPI).

Les services instructeurs de l'État ont été formés et des réunions d'information ont été organisées (300 en mars 2015) avec l'appui des Chambres de Commerce et d'Industrie et des Chambres des métiers.

Les collectivités locales, des entreprises, notamment du secteur bancaire et de la grande distribution sont bien engagées dans la démarche.

Concernant le patrimoine de l'État, un recueil des améliorations simples et utiles pour les travaux courants a été mis à disposition. Il s'agit d'améliorations simples à coût modéré, à réaliser dans le cadre des travaux courants d'entretien et de maintenance des bâtiments, profitables à tous les usagers. Le CEREMA, centre d'études et d'expertise sur les réseaux, l'environnement, la mobilité et l'aménagement, établissement public sous la tutelle des ministères chargés de la construction, a été mandaté pour élaborer ce recueil des améliorations simples et utiles (RASU).

Ce dernier a donné lieu à une adaptation en un recueil à l'attention de l'ensemble des gestionnaires d'établissements recevant du public a été publié en mars 2015. Il propose des améliorations simples à coût modéré, à réaliser dans le cadre des travaux courants d'entretien et de maintenance des bâtiments, profitables à tous les usagers. Il comporte vingt fiches concernant chacune un besoin spécifique. Chaque fiche propose des solutions concrètes à mettre en œuvre, et dans la mesure du possible, une estimation des coûts correspondants.

Enfin, une version synthétique intitulée « L'essentiel pour entamer la mise en accessibilité de votre établissement de 5^{ème} catégorie » a également été préparée et mis à disposition lors du salon des maires de 2014.

Une banque de données a été créée et ouverte le 25 septembre 2014 (date à laquelle le Conseil des ministres a examiné l'ordonnance). [Prathic ERP référence des produits](#) répondant aux besoins **des personnes handicapées dans les Établissements Recevant du Public (ERP) existants**.

Ce site permet aux exploitants de tout type d'ERP et au grand public de :

- connaître, au travers de fiches descriptives et de photos, les produits et solutions répondant aux critères d'accessibilité ou à une mesure de dérogation.
- accéder à des informations approfondies sur les produits : notices techniques, guides d'utilisation ou de maintenance, certification et/ou marquage CE le cas échéant, ...
- identifier les réseaux de distribution, les centrales d'achats et les points de vente où les produits référencés sont disponibles ou en démonstration et disposer des informations de contact (lieux de vente, coordonnées téléphoniques, courriels, ...).

L'exemple du Fruity Café de Caen

Depuis 2012, The Fruity Café propose des jus de fruits et légumes frais, des smoothies, des cocktails, une restauration rapide et toutes les boissons traditionnellement servies dans un café.

La caractéristique première de cet établissement est que les clients valides ne remarquent pas l'accessibilité très prisée des usagers réguliers qui le fréquentent, notamment les personnes en fauteuil qui apprécient le plan incliné à l'entrée, le bar à niveau, les sanitaires de plain-pied et l'accueil du personnel sensibilisé au handicap. L'aménageur du lieu a travaillé les contrastes entre couleurs pour garantir un espace coloré pour tous, en lien avec l'activité de l'établissement, et accessible aux personnes malvoyantes et aux personnes déficientes mentales.

Il a reçu le label Tourisme et Handicap pour les quatre handicaps : moteur, visuel, mental et auditif.

Source : <http://www.e-lettre.developpement-durable.gouv.fr/dma--la-lettre-de-la-dma-/annee-2015/lettre-de-l-ad-ap-n--1-16-fevrier-2015/rubrique26438.html>

1.6.2.2 Transports : concrètement, beaucoup reste à faire

Si la circulaire du 25 septembre 2013 relative au volet mobilité multimodale des contrats de plan Etat-Région 2014-2020 a prévu l'intégration des enjeux de l'accessibilité des personnes handicapées aux transports dans la nouvelle génération de contrats de plans Etat-région (cf. précisions apportées par la circulaire du 15 novembre 2013), beaucoup reste à faire.

Il faut signaler toutefois plusieurs chantiers en cours :

- la SNCF prépare un Ad'AP au niveau national dans lequel elle s'engage à faire évoluer significativement son cadre bâti, et ce, d'ici 2018 ;
- le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement (PLASV) prévoit un service de conseil en mobilité dans les périmètres de transports urbains inclus dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants. Ce service sera mis en place par les autorités organisatrices de transports à l'intention des employeurs et des gestionnaires d'activités générant des flux de déplacements importants « ainsi qu'à l'intention de publics spécifiques, notamment les personnes handicapées et les personnes âgées » ;

Par ailleurs, l'ordonnance du 26 septembre 2014 améliore l'accessibilité des personnes titulaires de carte de priorité accompagnées de chiens guides d'aveugle aux lieux et transports publics.

1.6.2.3 Logements : des améliorations en vue

Le rapport annexé au Projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit l'adaptation de 80 000 logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap d'ici 2017.

Le rapport de Christian Nicol sur l'adaptation des logements pour les personnes handicapées (mai 2014) ouvre de nouvelles perspectives (cf. encadré).

<p style="text-align: center;">Rapport de Christian Nicol sur l'adaptation des logements pour les personnes en situation de handicap (mai 2014)</p> <p>Le constat : La combinaison des différents dispositifs d'aides (prestation de compensation du handicap, Agence nationale pour l'habitat, les fonds départementaux de compensation, les réductions d'impôts) aboutit à une bonne prise en charge des travaux d'adaptation pour les propriétaires occupants. En outre, avec les MDPH, les personnes en situation de handicap disposent d'un « guichet unique ». Mais les procédures sont trop complexes. En outre, pour les ménages modestes, les subventions arrivent bien souvent trop tard et posent les problèmes particuliers des locataires et des logements sociaux.</p> <p>Les principales propositions :</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>simplification</u> des procédures pour la PCH (simplifier le mode de calcul de l'aide ; permettre aux MDPH de s'appuyer plus largement sur les opérateurs pour instruire les dossiers d'adaptation du logement dans des délais normaux ; mettre en place des référentiels de coûts moyens, mettre en place des recommandations partagées CNSA / ANAH à l'usage des MDPH afin d'harmoniser l'instruction des dossiers) ;- généraliser le dispositif d'<u>avances pour la PCH et les aides du fonds de compensation</u> et de versement de la PCH sur facture finale non acquittée ;- permettre au <u>locataire</u> de réaliser certains travaux d'adaptation même en l'absence d'accord écrit du propriétaire ;- obliger tous les <u>bailleurs sociaux</u> à réaliser les travaux d'adaptation demandés par les locataires, ce qui ne leur coûte pas très cher compte tenu du dégrèvement de la TFPB et leur permet de développer un parc de logements accessibles ;- <u>ouverture d'Action logement</u>, sous réserve de l'accord des partenaires sociaux sous la forme d'une enveloppe de prêts dédiés à l'adaptation des logements ; mettre en place un mécanisme de microcrédit pour répondre aux besoins de financement complémentaires d'opérations d'amélioration de l'habitat ;- <u>mesures fiscales</u> : TVA à 5,5% pour le parc privé comme pour le parc social afin d'inciter aux travaux d'adaptation des logements ; harmoniser la liste des travaux éligibles au crédit d'impôt avec celle de l'ANAH.
--

1.6.2.4 Rénovation urbaine : intégrer les enjeux d'accessibilité dans les opérations de rénovation urbaine.

La loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine a lancé le Nouveau Programme National de Renouvellement Urbain (NPRU), dont le démarrage est prévu pour 2015, et sur une durée de dix ans.

Dans ce cadre, et plus particulièrement l'axe « Viser la très haute performance et l'innovation environnementale pour le renouvellement urbain » du programme des investissements d'avenir, l'ANRU pourra notamment porter une attention particulière aux enjeux d'accessibilité :

- en intégrant les besoins des personnes à mobilité réduite dans le cadre du volet déplacement du PRU ;
- en maintenant les accès « adaptés aux personnes handicapés » et en prévoyant l'accessibilité des aménagements provisoires liés aux phases de chantier dans le cadre du PRU ;
- en rendant les travaux d'accessibilité inscrits dans la réhabilitation d'ERP et de logements locatifs sociaux et dans l'aménagement d'espaces publics ou résidentiels éligibles aux subventions de l'ANRU dans le cadre de projets tenant compte de l'ensemble des besoins locaux,.

De façon à sensibiliser les acteurs du renouvellement urbain aux enjeux de l'accessibilité (agendas d'accessibilité programmée) dans la définition et la mise en œuvre de nouveaux projets de renouvellement urbain, l'ANRU intégrera des préconisations formulées en la matière notamment dans les documents méthodologiques qu'elle produit et diffuse à l'ensemble des acteurs du renouvellement urbain. De plus, ces orientations peuvent faire l'objet d'un accompagnement sur le terrain par les délégations territoriales de l'Agence et les chargés de mission territoriaux.

1.7 La vie sociale et quotidienne : accès à la culture, au sport, à la vie politique, aux médias, aux services publics et au numérique, une dynamique en cours

Le principe d'accessibilité généralisée, affirmé par la loi de 2005, se décline dans toute la diversité des dimensions et des modes d'expression. Le CIH de septembre 2013 a donné une nouvelle impulsion à l'accessibilité dans les domaines de la culture, du sport, du tourisme, des médias et de la vie publique. Il a aussi fixé comme objectif de développer l'accessibilité numérique. Les paragraphes qui suivent font le bilan des principales avancées apportées sur ces différents volets.

1.7.1 Culture et médias

La Commission nationale « Culture et Handicap », créée par le décret du 7 février 2001, permet une collaboration entre le ministère chargé de la culture et celui en charge des personnes handicapées, les principales associations les représentant, les personnes handicapées elles-mêmes et le milieu culturel et artistique pour proposer des mesures, dans tous les domaines concernés, notamment l'accès aux équipements, à la pratique artistique, à la formation et aux métiers de la culture.

➤ Vers un élargissement de l'exception au droit d'auteur pour faciliter l'accès aux œuvres écrites

La loi du 1^{er} août 2006 relative au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information (transposition d'une directive européenne de mai 2001) avait déjà prévu une exception au droit de reproduction et de représentation des auteurs et des titulaires de droits voisins au bénéfice des personnes handicapées afin de favoriser leur accès aux œuvres écrites.

Cette loi permet en effet sans autorisation préalable, ni rémunération des ayants droit, la reproduction et la représentation d'œuvres protégées sur des supports adaptés aux personnes handicapées, effectuées à des fins non lucratives par des personnes morales et par des établissements ouverts au public (les bibliothèques, les centres de documentation, les centres médicaux spécialisés, etc.). Cette disposition permet l'accès aux supports physiques comme numériques⁹⁴.

Toutefois, cette exception au droit d'auteur ne s'applique pour l'instant que sous réserve de la reconnaissance d'un certain niveau d'incapacité (trois catégories de personnes : taux d'incapacité égal ou supérieur à 80% ; titulaires d'une pension d'invalidité ; personnes reconnues par certificat médical délivré par un médecin ophtalmologiste comme empêchées de lire après correction).

Après concertation des ministères de la culture, de l'éducation nationale et des affaires sociales avec les représentants des ayants droits et des personnes handicapées, des modifications du code de la propriété intellectuelle permettant notamment d'élargir les bénéficiaires *in fine* du mécanisme de l'exception aux publics « DYS » (dyslexiques, dyspraxiques, etc) seront inscrites dans le projet de loi relatif à la liberté de la création, à l'architecture et au patrimoine.

➤ **Accès aux œuvres audiovisuelles – cinéma et télévision**

Dans le cadre de la Commission nationale « Culture-Handicap » en début 2012, ont été annoncées plusieurs mesures concernant l'accessibilité au cinéma et à l'audiovisuel pour les personnes handicapées.

S'agissant du cinéma, il convient de distinguer l'accessibilité des œuvres d'une part, et des équipements cinématographiques d'autre part.

Concernant l'accessibilité des œuvres cinématographiques, le Centre National du Cinéma et de l'image animée (CNC) a intensifié auprès des professionnels l'information sur l'aide au sous-titrage et à l'audio description qu'il peut apporter sur la base d'un décret du 22 novembre 2012 (1 M€ sur 3 ans) et a organisé le référencement des œuvres mises en accessibilité afin que les exploitants de salles puissent solliciter les distributeurs pour obtenir les versions accessibles des films. Un bilan réalisé en 2013 et 2014 montre la croissance de la proportion des films mis en accessibilité grâce à cette aide.

Pour les films de toute nationalité, la proportion des films accessibles est passée de 15 % fin 2013 à près de 30 % en 2014. En ce qui concerne les films français, la mise en accessibilité se poursuit à un rythme soutenu, avec en 2014, 40 % de films entièrement accessibles et 47 % pour les films sous-titrés.

Concernant l'accessibilité des équipements cinématographiques, l'état des lieux réalisé par le CNC a permis de relever qu'en début d'année 2014, 587 cinémas offrant 2 485 écrans étaient déjà totalement accessibles. Ils représentaient 73 % des entrées réalisées. Par ailleurs, 200 établissements offrant 711 écrans et représentant 18% des entrées étaient partiellement accessibles. Fort de ce constat, une évaluation du coût total des travaux d'accessibilité a pu être menée. Afin d'aider les exploitants de cinémas de taille petite ou moyenne à financer les travaux d'accessibilité de leur établissement et les investissements nécessaires à leur accessibilité sensorielle, le CNC souhaite mettre en place un nouveau dispositif de soutien. Ce dernier vise à accompagner la mise en accessibilité de l'ensemble du parc de salles français.

⁹⁴ La Bibliothèque nationale de France (BNF) joue le rôle de structure centralisatrice par l'intermédiaire de sa plate-forme sécurisée de dépôt et de transfert des fichiers numériques ayant servi à l'impression des œuvres (PLATON), inaugurée en mars 2010. Les personnes privées handicapées n'ont cependant pas accès directement à cette plateforme. Elles accèdent aux documents adaptés, par l'intermédiaire des organismes transcripateurs agréés. Ils peuvent reproduire des œuvres (faire lire par une personne, effectuer une carte en relief, etc.), sans avoir à obtenir l'autorisation des ayants droit, **demander aux éditeurs les fichiers numériques des œuvres dont la date de dépôt légal est inférieure à dix ans** et postérieure au 4 août 2006, en vue de réaliser et communiquer des éditions adaptées à leurs publics handicapés.

Rappelons qu'avec 2 025 établissements et 5 587 écrans actifs en 2013 sur le territoire métropolitain, la France possède l'un des parcs de salles le plus important et le plus diversifié au monde. Près de la moitié des Français (48,1 % en 2013) vivent dans une commune équipée d'au moins une salle de cinéma. Par ailleurs, un projet d'arrêté est en cours d'élaboration et de concertation pour permettre l'accessibilité du cinéma à la fois sous l'angle du cadre bâti et de l'accessibilité des films en salles pour les publics en situation de handicap sensoriel (déficience visuelle et auditive).

Suite à la concertation menée avec les associations représentatives des personnes handicapées, puis élargie avec le secteur du spectacle vivant, il a été convenu que le projet d'arrêté concernera les établissements délivrant des prestations visuelles ou sonores, soit pour le secteur du cinéma : les établissements de spectacles cinématographiques ainsi que les cinémathèques et le Forum des images, soit pour le secteur du spectacle vivant : les lieux de diffusion du spectacle vivant.

S'agissant de la télévision, les dispositions de la loi du 11 février 2005 d'une part et celles de la loi du 5 mars 2009 d'autre part visent à rendre accessibles les programmes de télévision respectivement aux personnes sourdes ou malentendantes et aux personnes aveugles ou malvoyantes.

Pour les personnes sourdes ou malentendantes, la loi impose l'adaptation de la totalité des programmes des principales chaînes de télévision (chaînes privées dont l'audience est supérieure à 2,5 % de l'audience totale des chaînes de télévision : TF1, M6, Canal +, D8, TMC, W9 d'une part et chaînes publiques indépendamment de leur audience d'autre part). Les autres chaînes sont tenues d'adapter une proportion substantielle de leurs programmes (chaînes diffusées par voie hertzienne terrestre dont l'audience est inférieure à 2,5%) ou simplement une proportion de leurs programmes (chaînes du câble, satellite, ADSL dont l'audience est inférieure à 2,5%). La loi a confié au Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) le soin de fixer ces proportions. C'est ainsi qu'il a fixé l'obligation à 40 % pour les premières et à 20 % pour les secondes. Le respect par les chaînes de ces dispositions est également placé sous le contrôle du CSA.

Si la loi ne précise pas la méthode qui doit être mise en œuvre pour l'adaptation des programmes, le sous-titrage constitue le moyen le plus simple et celui qui répond le mieux aux besoins des personnes sourdes ou malentendantes. A cet égard, une charte relative à la qualité du sous-titrage à destination des personnes sourdes ou malentendantes a été signée le 12 décembre 2011 entre le CSA, les ministères chargés de la cohésion sociale et de la culture et de la communication, les chaînes de télévisions, les laboratoires de sous-titrage et les représentants associatifs des personnes sourdes ou malentendantes. Elle fait l'objet d'un suivi par le CSA.

S'agissant de l'usage de la langue des signes française (LSF) dans les programmes télévisés, le service public de télévision propose des émissions régulières traduites en LSF. Pour les chaînes privées, le CSA a négocié avec certains services des engagements spécifiques de traduction en langue des signes. Des chaînes pour enfants se sont engagées à diffuser des émissions d'apprentissage de la langue des signes ainsi que des émissions traduites en langue des signes. Les trois chaînes d'information de la TNT (I Télé, BFM TV et LCI) diffusent des journaux quotidiens traduits en langue des signes. Pour favoriser un usage de qualité de la LSF dans les programmes, une charte a été signée le 15 janvier dernier entre le CSA, les chaînes de télévision, les associations représentant les personnes sourdes et les représentants des interprètes en LSF.

Le CIH a confié au CSA le pilotage d'un groupe de travail pour assurer sur la télévision connectée comme sur toute la chaîne de diffusion d'un film (cinéma, VAD, DVD) l'accès à l'audio-description et au sous-titrage.

De même, un groupe de travail a été mis en place au ministère de la culture et de la communication sur le développement de la LSF à la télévision.

Pour les personnes aveugles ou malvoyantes, la loi du 5 mars 2009 a confié au CSA le soin de fixer dans les conventions conclues avec les chaînes privées dont l'audience est supérieure à 2,5 % la proportion de programmes devant être rendus accessibles par l'audio-description. Pour le secteur audiovisuel public, un dispositif identique a été introduit. Les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre l'État et les chaînes publiques doivent comporter une obligation d'adapter une proportion des programmes de ces chaînes.

S'agissant de l'accessibilité des écoles nationales d'enseignement supérieur Culture, l'engagement du ministère en faveur de l'accès à la professionnalisation se décline en quatre axes :

- l'accessibilité aux contenus pédagogiques ;
- la prise en charge des frais de transports ;
- le suivi de la mise en conformité des écoles nationales d'enseignement supérieur « Culture » ;
- la modification en faveur du développement de l'accessibilité numérique concernant l'ensemble des temps du parcours de l'étudiant : diffusion de l'information, contenu des cours, inscriptions. Une réflexion est en cours sur la base des directives européennes d'accessibilité numérique.

Le ministère de la culture et de la communication assure un suivi du nombre d'étudiants en situation de handicap accueillis dans ses écoles nationales.

État de la mise en conformité des écoles nationales d'enseignement supérieur Culture :

Au 1^{er} janvier 2015 :

- 75 % des écoles nationales d'enseignement supérieur d'architecture accessibles ;
- 75 % des écoles nationales d'enseignement supérieur du patrimoine accessibles ;
- 25 % des écoles nationales d'enseignement supérieur d'art.

Au 1^{er} trimestre 2016 :

- 85 % des écoles nationales d'enseignement supérieur d'architecture accessibles ;
- 100 % des écoles nationales d'enseignement supérieur du patrimoine accessibles.

Pour développer l'accès des jeunes en situation de handicap à l'éducation artistique et culturelle, le ministère de la culture et de la communication mobilise les directions régionales des affaires culturelles (DRAC) en lien avec l'ensemble des partenaires concernés sur les territoires (services déconcentrés des ministères de l'éducation nationale, de la jeunesse, de l'agriculture, de la justice..., collectivités territoriales, acteurs éducatifs, socioculturels, structures culturelles et équipes artistiques, etc.). Il a décidé de renforcer les crédits d'interventions des DRAC. Ainsi, en 2013 et en 2014, près de 7,5 millions d'euros ont été déconcentrés pour accompagner cette dynamique, renforcer les partenariats existants avec les collectivités et les acteurs culturels ou socioculturels et développer de nouvelles actions. Vingt-six projets à destination des enfants et des jeunes en situation de handicap ont été soutenus en 2013 et quarante-quatre projets en 2014. Avec une montée en puissance du soutien à la mise en œuvre de la politique d'éducation artistique et culturelle sur les territoires, les crédits nouveaux pour la politique d'éducation artistique et culturelle s'élèveront, en 2015, à 10M€.

1.7.2 Sports

Afin d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixé en matière d'accès aux pratiques sportives pour les personnes handicapées, le ministère des sports s'est doté, depuis 2003, d'une nouvelle organisation qui repose sur un réseau de référents dans ses services déconcentrés comme dans les établissements et les fédérations sportives ainsi que d'un pôle ressources national sport et handicap (PRNSH) en tant qu'outil de ressources, de formation, d'animation de réseau et d'évaluation. L'action du réseau s'est concentrée sur le développement de l'offre au niveau local en soutenant financièrement les associations, en formant les acteurs et en accompagnant les projets et les manifestations mettant en valeur les personnes en situation de handicap. Il a notamment permis de recenser les associations et le matériel de pratique spécifique existant.

Les installations sportives font majoritairement partie du patrimoine des communes ou des intercommunalités et s'agissant d'équipements souvent vieillissants, la question de leur mise en accessibilité est sensible du fait du coût que cela implique. Les diagnostics réalisés au 1^{er} janvier 2011, conformément à la loi, permettent de mesurer les évolutions et les travaux restant à effectuer.

Par l'intermédiaire du Centre National pour le Développement du Sport (CNDS), le ministère des Sports a prévu des crédits régionalisés pour accompagner la mise en accessibilité des équipements et une enveloppe nationale pour les projets de grande envergure (16 équipements lourds pour 1,35 M €, 176 équipements de proximité pour 2,65 M €).

Au-delà de cette action, le CNDS a pour objet de favoriser la pratique du sport par le plus grand nombre et corriger les inégalités d'accès aux pratiques sportives sur tous les territoires. Dans cette perspective, il permet le financement du mouvement sportif, au plan territorial, pour la mise en œuvre d'actions structurantes et pérennes.

L'objectif principal de ces initiatives est de développer une offre d'accueil dans les clubs sportifs pour favoriser l'intégration sociale des personnes en situation de handicap. Les aides locales permettent de structurer des accueils en clubs en multipliant le financement de projets destinés à l'intégration de pratiques handicapés.

Le CNDS a consacré près de 20 millions d'euros en 2014 au développement de la pratique en faveur des personnes handicapées, dont 8.5 millions d'euros ont été destinés au soutien d'actions mises en œuvre localement.

Le ministère soucieux de mieux connaître l'offre de pratique sportive existante a mis en ligne une base de données, le Handiguide des sports, qui répertorie les clubs qui déclarent accueillir ou être en capacité d'accueillir des personnes handicapées. Aujourd'hui, le Handiguide compte 6 000 structures identifiées. Cet outil permet également de mieux mesurer l'évolution de l'offre de pratique.

Par ailleurs, il dispose d'un parc d'établissements (Centres de ressources, d'expertise et de performance sportives – CREPS- et établissements nationaux) dédiés à la performance sportive, à l'expertise, à la formation et à l'hébergement des acteurs du sport. Sur 21 établissements, 6 sont considérés comme accessibles en grande partie à tous les types de handicap car ils ont fait l'objet de rénovations lourdes ou ont été rendus accessibles dès leur conception. Pour 5 autres, les travaux de mise en accessibilité ont été engagés. 80 % de ces établissements accueillent d'ores et déjà des pôles ou des stages des fédérations handisport ou du sport adapté.

Conformément aux engagements pris dans le cadre du CIH, plusieurs actions ont été réalisées depuis 2013 :

- pour améliorer la pratique sportive, le **pôle ressources national Sport et Handicap** pilote différentes actions et a notamment élaboré deux guides pour l'accessibilité des équipements sportifs et des piscines (parution en décembre 2013) ;
- afin d'accompagner l'ensemble des fédérations sportives dans la mise en œuvre de programmes d'activités sportives à destination des personnes handicapées :
 - o un référentiel a été diffusé à l'ensemble des fédérations.
 - o 92 fédérations ont nommé un référent sport et handicap.
 - o 5 ou 6 fédérations seront très prochainement sélectionnées pour faire l'objet d'un accompagnement immédiat (plan d'actions pouvant comporter : formation, développement de matériel sportif ou de méthodes d'entraînement adapté...) ; d'autres fédérations seront ensuite accompagnées.
- un recueil national pour l'accessibilité des équipements sportifs aux personnes en situation de handicap a été élaboré ;
- afin de valoriser et partager entre acteurs les initiatives remarquables en matière d'accessibilité des installations sportives (comme la piscine Weppes à Lille ou l'aviron à Toulouse), le pôle ressources national sport et handicaps a réalisé un recueil des initiatives exemplaires en 2013 et 2014 ;
- la ligue de football professionnel a étendu à la Ligue 2 le dispositif d'information accessible jusque là limité à la Ligue 1 : guide et dispositif web entièrement adapté. Réalisés en association avec HandiCapZéro, les guides de la Ligue 1 et de la Ligue 2 en braille, audio et caractères agrandis comprennent le calendrier complet des journées, une présentation des clubs et des effectifs de la saison 2014-2015. Ils sont gratuits et peuvent être commandés sur handicapzero.org ou au 0800 39 39 51 (appel gratuit depuis un poste fixe). Les personnes aveugles et malvoyantes peuvent également consulter sur handicapzero.org les compositions d'équipes avant match, les résultats et les classements de Ligue 1 et Ligue 2 à un web service dédié en provenance directe du site de la LFP.

1.7.3 Tourisme et loisirs

La prise en compte de l'accessibilité dans le secteur du tourisme repose principalement sur le label « Tourisme et Handicap », qui vise à apporter une information objective et homogène sur l'accessibilité des sites et des équipements touristiques (ex : musées, hôtels, restaurants, offices de tourisme, pontons de pêche, parcours de promenade, etc.). Ce label est le fruit d'une collaboration entre plusieurs acteurs : le ministère chargé du tourisme, les professionnels du secteur, les collectivités territoriales et les associations représentant les personnes handicapées. Sa gestion au plan national est confiée à l'Association « Tourisme et Handicaps. »

Selon les derniers chiffres Tourisme et Handicap comptait près de 5 000 établissements et sites labellisés dont 72 % sont accessibles au handicap moteur et 25 % accessibles aux quatre familles de handicaps. La marque « Qualité tourisme », qui identifie à ce jour 6 000 établissements touristiques, prévoit la sensibilisation obligatoire des personnels des établissements à l'accueil des personnes en situation de handicap.

Fin 2009, les ministres chargés des personnes handicapées et du tourisme ont créé un nouveau label : « Destination pour tous ». Son objectif est de valoriser les territoires qui présentent une offre touristique globale et cohérente intégrant à la fois l'accessibilité des sites touristiques, mais aussi l'accessibilité des services de la vie quotidienne (commerces, services de soins) et facilitant l'ensemble des déplacements sur le territoire concerné, en toute autonomie. Ce label s'applique également aux villes depuis peu. Pour l'instant, seule la ville de Bordeaux est labellisée.

Par ailleurs, des travaux ont été engagés pour réformer le dispositif des « Vacances adaptées organisées » (VAO) accompagnée du déploiement d'un système d'information dédié (le SI-VAO)⁹⁵. L'objectif de ces travaux est de prévoir une réglementation souple, permettant d'encadrer ces activités sans pour autant instaurer des mesures contraignantes pour les organisateurs, qui sont, le plus souvent, des organismes associatifs, souvent de petite taille.

Depuis huit ans, les expériences sur le terrain montrent d'une part la nécessité de renforcer l'encadrement des activités VAO, et en particulier de préciser les compétences attendues de la part des organisateurs, et d'autre part de tenir compte de l'évolution des pratiques et des demandes des personnes handicapées, notamment pour ce qui concerne les vacances à l'étranger. En outre, les services instructeurs étaient fortement demandeurs de réglementation en la matière. Pour les usagers, les nouvelles exigences permettront de s'assurer des compétences de l'organisateur de séjours, qui devra en particulier justifier de sa motivation et de la qualité de la prestation de vacances construite autour d'un véritable projet de séjour. Elle renforcera la sécurité de l'utilisateur grâce au renforcement du dispositif d'alerte (obligation de signalement des événements indésirables graves ; définition des conditions d'évacuation ou de rapatriement des personnes accueillies, notamment à l'étranger). Elle permettra enfin une meilleure prise en compte du handicap, le demandeur devant fournir un véritable projet de séjour, adapté au type de handicap, respectueux des demandes des vacanciers pour le suivi de leurs médicaments, le suivi de leur budget personnel. Ceci inclut les modalités de réorientation si le séjour s'avérait inadapté. Le SI-VAO permettra enfin au grand public d'avoir accès en temps réel à la liste et aux sites des organismes agréés pour toute la France et de connaître les destinations de voyages en France ou à l'étranger et projets de séjours proposés.

De plus, dans les nouvelles résidences de tourisme, il est prévu de garantir aux personnes handicapées et à leur famille, un pourcentage significatif de logements entièrement adaptés, leur offrant par ailleurs une « visitabilité » de tous les logements et l'accès dans les parties collectives à des prestations complémentaires propres à assurer la qualité de leur séjour.

Enfin, l'Agence Nationale des Chèques Vacances consacre une part importante de son budget d'aide au départ en vacances aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants. L'Agence s'appuie sur un réseau d'une vingtaine de partenaires associatifs spécialisés dans l'accompagnement de personnes handicapées ou malades⁹⁶. En 2012, ce sont près de 5,5M€ qui ont été attribués par l'Agence à ces partenaires pour réaliser le départ en vacances de près de 13 000 bénéficiaires en situation de handicap. En 2013, le réseau s'est élargi à 21 partenaires, à qui l'agence a attribué près de 5,9 M€ pour 13 302 bénéficiaires en situation de handicap (données APV WEB). En 2014, selon des données prévisionnelles en attente de la réception de l'ensemble des bilans pour les données définitives, ce sont 25 partenaires associatifs qui ont accompagné des personnes handicapées ou malades ; l'agence leur a attribué près de 6,5 M€ pour 21 245 bénéficiaires en situation de handicap (estimation partenaires).

Des conventions relatives à l'accessibilité ont été conclues avec certains festivals ou événements : Eurockéennes de Belfort (2013), Rock en Seine (2014).

⁹⁵ Décret n° 2015-267 du 10 mars 2015

⁹⁶ On peut citer : AIDES, l'Association des Paralysés de France, la Fédération Française des Associations d'Infirmités Motrices Cérébrales, l'Union Nationale des Associations Laïques Gestionnaires d'établissements ou l'Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés

1.7.4 Participation à la vie politique et à la vie publique : la mission parlementaire de Mesdames Gourault et Orliac propose d'améliorer les conditions d'exercice de la citoyenneté

La loi de 2005 prévoit que les personnes handicapées doivent pouvoir voter de façon autonome, quel que soit leur handicap⁹⁷. Ainsi, le président du bureau de vote prend toute mesure utile afin de leur faciliter ce droit. 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. En outre, tout électeur atteint d'une infirmité certaine et le mettant dans l'impossibilité de voter matériellement, est autorisé à se faire assister par un électeur de son choix; lorsqu'un électeur se trouve dans l'impossibilité de signer, l'émargement est apposé par un électeur de son choix qui fait suivre sa signature de la mention suivante, « l'électeur ne peut signer lui-même » ; enfin, les personnes qui, en raison de leur handicap ne peuvent participer physiquement au scrutin, ont la possibilité de voter par procuration.

Par ailleurs, des guides ont été élaborés par le Ministère des affaires sociales avec le Ministère de l'intérieur en articulation avec le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) afin d'améliorer l'information des candidats, des maires ainsi que des citoyens handicapés. Une version actualisée a été diffusée l'an dernier avant les élections municipales et européennes.

Si des efforts ont été consacrés durant les dernières années à améliorer l'accessibilité des bureaux de vote, c'est l'ensemble de l'information politique qui doit être accessible aux personnes quelque soit leur handicap et beaucoup reste à faire en la matière. C'est la raison pour laquelle dans la feuille de route du CIH de 2013, le Gouvernement a confié à deux parlementaires une mission en vue d'analyser la situation et de faire des propositions.

Le rapport « Orliac-Gourault » sur l'accessibilité électorale permet d'ouvrir des perspectives concernant le processus électoral.

Rapport de la mission parlementaire de mesdames Orliac et Gourault de juillet 2014 sur l'accessibilité électorale : *L'accessibilité électorale, nécessaire à beaucoup, utile à tous*

La diversité des formes de handicap et des types d'élections fait qu'il ne peut y avoir une solution unique à la question de l'accessibilité électorale. Au-delà du souci légitime d'inclusion, d'autonomie et d'égalité des personnes en situation de handicap, tout progrès en matière d'accessibilité électorale profite à toute la société.

Le cadre juridique actuel (loi de 2005 modifiant les articles L 57-1, L 62-2 du code électoral pour prévoir l'accessibilité des bureaux et des techniques de vote -bulletins, urnes, machine à voter, locaux...- + convention internationale relative aux droits des personnes handicapées du 13/12/2006, signée par la France en 2010, art. 29) **est globalement satisfaisant, même s'il souffre de quelques imperfections** : il semble qu'il se n'applique pas aux élections sénatoriales, est limité s'agissant des élections professionnelles, inexistant pour les élections étudiantes. Il ne concerne pas les phases préalables au scrutin (campagne, tracts, réunions publiques, porte à porte, appels téléphoniques...).

En pratique, même s'il est difficile d'évaluer la situation en l'absence de données officielles, **cette dernière varie beaucoup** : avancées notables pour scrutins nationaux et européens ; situation variable pour élections locales et législatives selon les élus et organisateurs.

⁹⁷ L'ensemble des dispositions visées sont détaillées dans le code électoral.

Principales recommandations :

* **pour mieux connaître la situation** : créer un baromètre de l'accessibilité électorale renseigné par les communes en ligne chaque année de scrutin, ainsi qu'un service d'alerte et de signalement des carences ou difficultés en matière d'accessibilité électorale ;

* **pour améliorer la pratique** : élaborer des référentiels relatifs aux recommandations et obligations en matière d'accessibilité électorale à la fois pour les organisateurs du scrutin (accès aux locaux, cheminement interne, éclairage, isolement...) et pour les candidats (réunions publiques, sites web, tracts...) ; cela suppose de modifier le code électoral au niveau réglementaire ; à étaler entre 2017 (présidentielles) et 2026 (municipales) ; rendre obligatoire la photo du candidat sur les bulletins de vote ; demande au CSA la possibilité d'un replay web ;

* **inciter les organisateurs de scrutins et les candidats à respecter les référentiels** : pour les élections politiques, sanctionner le non respect des référentiels par une modulation à la baisse des frais de campagne pour les candidats ;

Par ailleurs, depuis octobre 2013, les spots de communication ministérielle font l'objet d'un sous-titrage et un séminaire des communicants ministériels a été organisé pour les sensibiliser à l'accessibilité de l'information publique.

1.7.5 Quelques avancées concernant les services publics

Un référentiel d'accessibilité des **services publics**, ayant pour objectif final l'accès non seulement au bâti, mais aussi à toutes les étapes des démarches pour l'obtention des prestations (accueil, téléphone, internet...) a été réalisé: un guide de l'accueil des personnes handicapées dans les services publics construit avec la contribution des associations représentant les personnes handicapées ainsi que des services publics (CNAF, Conseil général du Nord, la Poste, ...) a été diffusé le jour de la conférence nationale du handicap le 11 décembre 2014. Il est disponible sur le site du ministère de la santé, des affaires sociales et des droits des femmes⁹⁸. Il évoluera ensuite sous la forme d'un référentiel avec valeur réglementaire en 2015.

Mais s'agissant des impôts, malgré les travaux en cours, les améliorations prévues pour les personnes souffrant d'un handicap visuel n'ont pas été réalisées :

- la déclaration de revenus en ligne pour les personnes déficientes visuelles ne sera possible qu'au moment de la refonte des sites (2016 ou 2017). Une étude est programmée pour 2015 afin de prendre en compte l'évolution des outils technologiques, en particulier les progrès réalisés dans la reconnaissance vocale. Si l'étude est concluante, les évolutions du site de télé-déclaration pourront être réalisées à compter de 2016 ou 2017 selon la complexité et le coût des solutions techniques à déployer ;
- à ce stade, il n'est pas possible de répondre à la demande de contribuables de recevoir leur avis d'imposition en braille. Une étude a été engagée avec l'association Handicap Zéro ; les résultats des tests de faisabilité sont attendus pour courant 2015. S'ils sont concluants, la mise en œuvre sera réalisée au plus tôt sur l'avis d'imposition sur les revenus de 2015 émis en 2016.

⁹⁸ <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide-pour-mise-en-ligne.pdf>

Dans le domaine de la justice, quelques travaux en cours et des avancées sont à noter :

- En ce qui concerne les modalités appropriées à mettre en œuvre avant, pendant et à la sortie de détention des détenus handicapés, des travaux sont engagés depuis fin 2012 sur la perte d'autonomie des personnes détenues :
 - ✓ une meilleure identification des besoins attachés à la perte d'autonomie de la personne détenue (humains, matériels, protection juridique, etc.) ;
 - ✓ une vie en détention plus adaptée à leurs besoins : l'affectation dans des cellules aménagées (mise aux normes des bâtiments conformément à l'arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction), la garantie d'un accès aux activités en s'inspirant des expérimentations menées localement comme celle de l'ESAT au centre de détention du Val de Reuil. Ce projet permet à 10 personnes détenues souffrant d'un handicap psychique d'exercer une activité (reprographie et imprimerie) et de bénéficier d'un accompagnement professionnel, éducatif et médico-social. Les premiers retours de ce projet expérimental sont positifs. Les personnes ayant intégré l'ESAT sortent de leur isolement tant social que psychique ;
 - ✓ une convention relative au développement d'activités physiques et sportives a été signée le 9 septembre 2014 par les ministères de la justice et des sports ainsi que 5 fédérations sportives multisports ;
 - ✓ une sortie mieux préparée permettant de s'assurer de la continuité de prise en charge en dehors de la détention (droits sociaux, hébergement, etc.). Une notice de cadrage a été élaborée avec la Croix-Rouge française en vue de faciliter l'accueil de personnes bénéficiant d'un aménagement de peine ou d'une suspension de peine pour raison médicale dans les établissements d'hébergement de l'association pour personnes âgées dépendantes. Un travail similaire pourrait être mené pour l'accompagnement des personnes handicapées sortant de prison sans aménagement ni suspension de peine. S'agissant des sorties pour raison médicale, la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales permet désormais, si les autres conditions sont réunies, de la prononcer lorsque l'état de santé physique mais également l'état de santé mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention. Les personnels pénitentiaires et sanitaires intervenant en détention vont être informés de ce nouveau dispositif afin de le valoriser pour les personnes dont le handicap paraît remplir ces critères. S'agissant du dispositif des suspensions de peine pour raisons médicales, les directions interrégionales des services pénitentiaires ont été informées, par une note DAP du 26 novembre 2014, des nouvelles modalités issues de la loi du 15 août 2014 visée ci-dessus;
- La mise à jour du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice pour intégrer les besoins des personnes handicapées quel que soit le type de handicap est en cours dans le cadre d'un travail en collaboration avec le ministère de la santé dans l'objectif d'une publication courant 2015. Par ailleurs, un guide des droits sociaux accessibles aux personnes placées sous main de justice, élaboré en septembre 2014, comprend une partie consacrée aux personnes handicapées. Ce guide vise à renforcer l'information des personnels pénitentiaires afin de favoriser l'accès des personnes placées sous main de justice et notamment détenues, au droit commun en matière de droits sociaux.

1.7.6 Accessibilité numérique : le tournant à ne pas manquer

Comme le montre le rapport d'octobre 2013 du Conseil national du numérique, alors qu'« en moins de 20 ans, le numérique a activement participé à la transformation de la société française... », que notamment « l'emploi, la formation, la consommation et la production se reconfigurent, directement et indirectement, par le numérique », « l'accessibilité des sites web publics aux handicapés reste aujourd'hui très insuffisante. Selon une étude européenne, la France se place avant-dernière en matière d'accessibilité des sites web publics.»

Ce que propose le rapport du Conseil national du numérique sur l'inclusion numérique

Le rapport propose :

- de rendre contraignante l'application du Référentiel général d'accessibilité des administrations (RGAA), en l'assortissant de sanctions en cas de non application ;
- de mettre en avant des sites administratifs qui ont déjà fait l'effort de mise en conformité avec les normes du W3C (WCAG 2.0) et la création de référentiels de conception proches de ceux de l'administration britannique. Un concours, pourquoi pas ouvert à des sites privés de « services au public » pourrait donner un caractère positif à cette mobilisation en faveur de l'accessibilité.
- l'évolution du web étant constante, d'encourager les recherches permettant de faire évoluer au même rythme les référentiels d'accessibilité ;
- alors que l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI) vient d'adopter un traité permettant de desserrer les contraintes de propriété intellectuelle pesant sur l'accès aux œuvres pour les aveugles et les malvoyants, qu'un dispositif législatif vienne limiter la durée des brevets sur du matériel ayant fait l'objet d'un reconditionnement par un organisme agréé.

En effet, si la loi du 11 février 2005 a rendu obligatoire l'accessibilité des communications publiques en ligne, les pouvoirs publics ont pris beaucoup de retard sur ce sujet. Un décret d'application du 14 mai 2009 a bien créé un référentiel général d'accessibilité des administrations (RGAA) pour l'Etat, les collectivités territoriales et les établissements publics qui en dépendent définissant les obligations auxquelles sont soumis leurs sites internet. Elaboré en application des normes internationales d'accessibilité, il concerne les différents types de handicaps et les différentes technologies mises en œuvre par les services de communication publique en ligne. Le RGAA s'applique également aux applications informatiques internes aux administrations (par exemple un intranet ou une application métier) utilisés par les agents. Mais de nombreux sites internet publics ne respectent toujours pas le RGAA alors que le décret de 2009 a fixé l'échéance de leur mise en accessibilité en 2011.

Dans le secteur privé, le retard est également patent pour diverses raisons, d'ordre à la fois juridiques (pas de contrainte réglementaire claire), techniques et de formation. Plus généralement, la question de l'accessibilité numérique reste encore ignorée ou sous-estimée par un grand nombre d'entreprises qui ont encore du mal à percevoir l'intérêt d'inclure l'accessibilité dans leur stratégie commerciale.

Une des mesures du CIH était donc d'intégrer l'accessibilité dans la feuille de route numérique du Gouvernement, notamment dans le cadre des travaux du Conseil national du numérique sur l'e-inclusion.

Dans l'objectif de développer l'accessibilité des espaces publics numériques (EPN) via un plan de relance, l'Etat a signé deux conventions le 17 octobre 2014 :

- avec l'APF pour la prise en compte de la dimension handicap dans le réseau des espaces publics numériques. Cette convention a pour objet l'amélioration du développement des usages du numérique et des ressources d'apprentissage dans la perspective d'un meilleur accès au numérique des personnes en situation de

handicap. Dans le cadre de cette convention, l'APF et la Secrétaire d'État chargée du numérique s'engagent à mettre en place des ateliers d'initiation et de découverte du numérique, à développer la collecte, la rénovation et la redistribution d'équipements informatiques par l'APF et à diffuser les bonnes pratiques en matière de conception et d'accessibilité universelle.

- avec ACCEO (service de Transcription Instantanée de la Parole et de visio-interprétation en LSF (Langue des Signes Française) à distance et en temps réel) pour la mise à disposition de leurs services au sein des espaces publics numériques.

1.7.7 Communications téléphoniques : trois grandes actions depuis 2011

D'une part, afin de promouvoir l'accessibilité du téléphone aux personnes sourdes ou malentendantes, les opérateurs de téléphonie Bouygues Telecom, SFR et Orange France réunis au sein de la Fédération française des télécoms (FFT) et l'Association française des opérateurs de mobiles se sont engagés dans une charte signée en 2005 à produire une offre de terminaux mobiles et de services adaptés aux différents types de handicap, en s'appuyant sur l'expertise des associations de personnes handicapées. En 2011, cette charte a été élargie à l'accessibilité des services de communications électroniques et à la téléphonie fixe. Elle fait l'objet de bilans annuels associant l'Etat, les opérateurs, les associations et la FFT. Le dernier est paru dans un rapport du 24 novembre 2014.

D'autre part, le premier centre national de relais des appels d'urgence (CNRAU)⁹⁹ pour les personnes déficientes auditives, aphasiques et rencontrant des difficultés à parler a ouvert le 14 septembre 2011, en application de la loi du 11 février 2005 et du décret du 14 avril 2008 relatif à la réception et à l'orientation des appels d'urgence des personnes déficientes auditives. Ce centre, porté par le centre hospitalier universitaire de Grenoble, permet à ces personnes, à partir d'un numéro d'appel unique, le 114, regroupant les services d'urgence sanitaire, de police et de gendarmerie, d'adresser leurs appels d'urgence. Dans une première phase, les appels d'urgence sont acheminés par fax et par SMS. Dans une deuxième phase prévue en 2015-2016, le CNRAU pourra être accessible en conversation totale (vidéo, texte, voix, fixe, mobile)

Enfin, l'expérimentation d'un centre relais d'appels téléphoniques généralistes concernant les personnes sourdes, malentendantes ou aphasiques et utilisant les trois modes de communication (langue des signes française, langage parlé complété, écrit) a été lancée en 2014. Il s'agit d'évaluer les besoins et les usages des utilisateurs en fonction des différents modes de communication ainsi que le fonctionnement et l'activité du centre, l'objectif étant d'examiner les enjeux et conditions d'un développement de ce dispositif après son expérimentation.

L'expérimentation a débuté le 2 juin 2014 et les premiers résultats du comité de pilotage sont encourageants. Le rapport établi par la députée Corinne Erhel en juillet 2014 étudie les conditions de développement et de financement du centre relais téléphonique (cf. encadré).

⁹⁹ Guide pratique d'utilisation de ce centre consultable à l'adresse : <http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/guidederversion-2.pdf>

**Rapport de la députée Corinne Ehrel de juillet 2014
sur l'expérimentation d'un centre relais téléphonique pour les personnes sourdes ou
malentendantes**

Au moins 7 pays (Allemagne, Suisse, Suède, Etats Unis, Royaume Uni, Canada, Pays-Bas) ont développé des CRT (plateformes assurant en temps réel l'accessibilité des conversations téléphoniques entre les personnes sourdes et leurs interlocuteurs sourds, malentendants ou entendants, via un site internet, une webcam et des opérateurs maîtrisant les modes de communication qu'elles utilisent - LSF, LPC, TES -).

Concrètement : service de relais texte et vidéo et offre d'intermédiation en LSF, LPC et écrit avec la possibilité laissée à l'utilisateur de s'exprimer à l'oral.

En France, l'accès des personnes sourdes ou malentendantes à la communication, quel qu'en soit le cadre est un des droits posé par la loi. Sur 5 millions de personnes sourdes ou malentendantes, 500 000 seraient susceptibles de recourir à un CRT. Une expérimentation d'un an a été lancée le 2 juin 2014 auprès de 500 testeurs. Le rapport décrit cette expérimentation et envisage les conditions de son développement (recours croissant aux professionnels de la communication accessible, utilisation croissante des potentialités offertes par les technologies et financement adéquat pérenne).

Description. Le CRT est assuré par Websourd et l'évaluation par Orange consulting. Moyens de contact : téléphone fixe, ordinateur, téléphone mobile, tablette avec ou sans webcam. Un comité de pilotage suit l'expérimentation (SG-CIH, DGCS, DGE, associations représentant les personnes handicapées, Fédération Française de Télécommunications, Bouygues Télécom, SFR, Orange, ARCEP). L'expérimentation ne porte ni sur les numéros d'urgence, ni sur les appels professionnels, ni hors métropole. Elle porte sur des appels tels que la prise de rendez-vous, des commandes ou des réservations, des demandes d'informations (services clients), des demandes de dépannage, une recherche de logement, d'emploi, des démarches administratives ou des appels personnels. Du lundi au vendredi de 8h30 à 19h. Forfait d'1 heure par mois par panéliste.

Le coût est estimé sur 10 ans à 370 M€. Ces coûts ont trait à la mise en œuvre (installation de la plateforme technique, mise en place du service relais -formation des opérateurs, équipement et aménagement des cabines- et les coûts de fonctionnement : fonctionnement de la plateforme (abonnement internet, recherche et développement, exploitation et maintenance...), et au fonctionnement du service relais (salaires et frais administratifs et immobiliers).

Conditions de développement :

- Renforcer le pilotage interministériel et la participation et la consultation du régulateur, ARCEP, à toutes les étapes de l'évaluation et du suivi.
- Creuser davantage les aspects technologiques.
- Garantir la protection de la vie privée et des données personnelles en travaillant étroitement avec la CNIL.
- Bien définir le périmètre au regard des besoins et des ressources mobilisables (RH notamment : interprètes, codeurs, transcripateurs).
- Plan de formations métiers : interprètes en LSF (395) ; codeurs en LPC (240) ; transcripateurs (vélotypistes 16 diplômés / an, sténotypistes 3/an) ; médiateur ; importance de la qualification professionnelle des intervenants sur la plateforme, notamment vélotypistes.
- Pour le financement, 5 hypothèses : Etat ; PCH (forfait de 30h d'aide humaine par mois – 371 € en 2014) ; service universel ; obligation réglementaire applicable à l'ensemble des opérateurs télécoms ; possibilité d'un recours à un numéro surtaxé ; Taxe minime sur les forfaits téléphoniques ; (dans la plupart des pays, le financement est assuré par les opérateurs).
- Développer de bonnes pratiques : 1°) exemplarité de l'Etat et des services publics (cf article 47 de loi de 2005 - encore beaucoup de retard mais à noter : service client pour sourds ou malentendants mis en place par RATP et La Poste ; efforts de l'administration fiscale ; développement des relais services publics ; au ministère de l'intérieur IRAUDA (demande de secours par SMS) ; démarche

d'amélioration de l'accueil téléphonique notamment spécifique pour les sourds dans les centres d'appels (Pôle emploi, préfectures...); 2°) Responsabiliser les acteurs privés et valoriser leurs démarches; 3°) Sensibiliser les PME et TPE aux enjeux de l'accessibilité

- Recenser, accompagner, structurer et encourager les évolutions technologiques : E mails, SMS, mobiles, vidéo skype, tablettes... facilitent la communication sans intermédiaires, que ce soit pour l'écrit ou la LSF; Synthèse et reconnaissance vocale (cf projet de Roger Voice); Avatars signants sur internet (un personnage signe); Dispositif traduisant en direct la langue des signes en langue parlée et vice versa (Microsoft research asia système kinect)

1.7.8 Métiers de l'accessibilité

La liste des diplômes, titres et certifications concernés par l'obligation de formation à l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées a été déterminée par un arrêté du 26 mai 2008. Un état des lieux de cette obligation est en cours de réalisation auprès des différents ministères concernés.

Au titre du ministère de la culture, l'ensemble des écoles nationales supérieures d'architecture intègre désormais cette thématique. Cette obligation a été étendue aux professionnels participant à l'aménagement du cadre bâti notamment aux designers d'objet et aux créateurs industriels, aux designers d'espace ou encore de la communication (graphique, multimédia). Un premier état des lieux de la mise application de l'obligation de formation à l'accessibilité au sein des établissements nationaux d'enseignement supérieur culture concernés a été réalisé en septembre 2012 par le ministère de la culture et de la communication. Elle sera réactualisée en 2015.

Le ministère de la culture et de la communication a engagé depuis 2007, une collection de guides « Culture et Handicap », à destination de ses professionnels. Après, un guide de portée générale, et deux autres guides consacrés au spectacle vivant et à l'accueil des personnes en situation de handicap mental au sein des établissements culturels, trois nouveaux ouvrages seront publiés en 2015 : les expositions et parcours de visite accessibles, cinéma et accessibilité, bibliothèques accessibles.

Si le « plan métier » prévu dans le cadre des plans de santé publique relatif au handicap visuel (2008-2011) et au handicap auditif (2010-2012) n'a pas été élaboré, l'ONISEP a réalisé un recueil de tous les métiers relevant du handicap.

Le CIH de septembre 2013 a prévu l'organisation d'une table ronde consacrée aux métiers de la communication accessible sur la base d'un projet de « plan métiers ». Les travaux de préparation sont en cours avec les différents acteurs parties prenantes pour une tenue de cette table ronde au cours de l'année 2015.

Par ailleurs, un décret et un arrêté publiés le 20 mars 2014 ont donné un cadre réglementaire à la labellisation des écoles de chiens-guides d'aveugles et d'assistance¹⁰⁰ et ont permis de créer un certificat national d'identification des chiens guides d'aveugles ou d'assistance, délivré dès la phase de formation des chiens, afin d'améliorer l'exercice par les personnes handicapées concernées du principe de libre accès aux droits publics, qui leur est reconnu par la loi.

¹⁰⁰ Reconnu par la loi depuis 1987 (article 88 de la loi n°87 du 30 juillet 1987), le chien guide d'aveugle a accès gratuitement à la totalité des lieux publics et des transports en application de l'article 54 de la loi du 11 février 2005. **La loi du 30 juillet 1987** a autorisé l'accès des lieux ouverts au public aux chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité. Puis **la loi du 11 février 2005** avait étendu cette autorisation aux transports et aux lieux d'activité professionnelle, formatrice ou éducative et avait instauré la gratuité de cet accès. Mais en pratique, les chiens guides sont régulièrement refusés dans les faits.

2. PERSPECTIVES : LE PLAN D' ACTIONS TRIENNAL DU GOUVERNEMENT

A l'occasion de la conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014, le Président de la République a donné une nouvelle impulsion aux principes fondateurs posés par la loi de 2005.

La politique du handicap « appartient à la Nation tout entière. Elle rassemble parce qu'elle contribue à la réalisation d'une grande promesse de la République, qui est celle de l'égalité. L'égalité au sens économique, au sens culturel, au sens éducatif, mais aussi l'égalité citoyenne. »

Les principes demeurent, et leur mise en œuvre se précise pour que la société se montre plus ouverte et inclusive pour le bien - être de tous. La politique du handicap doit s'attacher à faire évoluer les représentations pour s'adresser aux douze millions de personnes qui vivent avec une incapacité ou un handicap.

Les objectifs découlant de ces principes s'appuient notamment sur la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) signée par la France le 30 mars 2007 et ratifiée le 18 février 2010 ainsi que sur le rapport du Conseil économique social et environnemental (CESE) remis en juin 2014, et intitulé « Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité ».

Les politiques publiques concernant le handicap doivent agir pour faire évoluer la société au bénéfice d'un très grand nombre en ménageant le cas échéant dans les dispositifs de droit commun les aménagements nécessaires, et également en faveur des personnes concernées et de leurs familles pour organiser des solutions ou un accompagnement adaptés lorsque c'est nécessaire.

Les perspectives gouvernementales s'articulent ainsi autour des objectifs suivants :

- construire une société inclusive plus ouverte aux personnes en situation de handicap;
- concevoir des réponses et des prises en charge adaptées à la situation de chacun;
- simplifier leur vie quotidienne.

Chacun de ces objectifs correspond à des engagements précis des pouvoirs publics, de court terme et sur la durée, détaillés dans le plan d'actions triennal présenté dans ce rapport.

Ces objectifs prolongent les engagements du Comité Interministériel du Handicap du 25 septembre 2013.

2.1 Construire une société inclusive plus ouverte aux personnes en situation de handicap

Une société inclusive, c'est une société qui accueille dès le plus jeune âge en accueil collectif, à l'école et à l'université avec des professionnels formés, puis dans l'emploi.

Pour que l'inclusion sociale soit la plus large possible, il importe que l'accessibilité physique et numérique s'améliorent, tout comme l'exercice de la citoyenneté et l'accès aux services publics.

En outre, l'accès aux sports, à la culture et aux loisirs, facteur de plaisir et d'émancipation, devra être facilité.

Enfin, parce que les parents sont les premiers promoteurs d'une vie inclusive, lorsque c'est nécessaire, il convient de les préparer et de les accompagner à l'accueil du handicap.

2.1.1 Ouvrir et adapter l'accueil collectif des jeunes enfants, l'école et l'université

Les textes français et internationaux sont très volontaristes en matière d'éducation. Pour la CIDPH, « Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à l'éducation. En vue d'assurer l'exercice de ce droit sans discrimination et sur la base de l'égalité des chances, les États Parties font en sorte que le système éducatif pourvoie à l'insertion scolaire à tous les niveaux et offre, tout au long de la vie, des possibilités d'éducation.»

La loi de 2005 a posé le principe de la scolarisation, et la **loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République** a précisé les modalités de mise en œuvre d'une école inclusive. S'agissant des universités, la loi relative à l'enseignement supérieur et la recherche leur donne une obligation d'élaborer un schéma directeur handicap.

L'enjeu d'une politique d'accueil dès la petite enfance puis à l'école et à l'université consiste à permettre à chacun de se développer pleinement dans une double perspective professionnelle et sociale. C'est pourquoi, l'ouverture des accueils collectifs, de l'école et de l'université (1) devra s'accompagner d'une formation des professionnels (2), et d'une préparation à l'insertion professionnelle (3). Le numérique constitue de ce point de vue une ressource précieuse (4).

2.1.1.1 Dès la petite enfance, des parcours scolaires, périscolaires et universitaires plus inclusifs

➤ L'accueil des jeunes enfants handicapés

L'accueil en structure collective offre un soutien professionnel aux parents et amorce la socialisation des enfants. C'est pourquoi, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAF, un fonds est spécifiquement dédié à prendre en compte la qualité des projets d'accueil des enfants handicapés au sein des structures ordinaires d'accueil collectif.

➤ A l'école, encourager la localisation d'unités d'enseignement en milieu ordinaire

Aujourd'hui, un trop grand nombre d'enfants scolarisés au sein d'IME pourraient tirer avantage de l'insertion des unités d'enseignement en milieu ordinaire :

- la mixité à l'école fait évoluer les représentations de tous ;
- des temps partagés permettent de progresser vers l'inclusion.

Dans le cadre du plan « autisme », l'Etat poursuivra la création, en milieu ordinaire, d'unités d'enseignement destinées à de jeunes enfants autistes. 30 unités sont désormais ouvertes. Conformément à l'engagement présidentiel, 30 nouvelles unités d'enseignement autisme seront créées à la rentrée 2015, et 30 supplémentaires à la rentrée 2016. Au total, d'ici la fin du quinquennat, ce seront **100 unités**, soit quasiment une par département, qui seront ouvertes.

En outre, cent unités d'enseignement actuellement installées dans des établissements médico-sociaux seront transférées vers des écoles « ordinaires » à la rentrée 2015. Puis, ce mouvement se poursuivra et s'amplifiera aux cours des années suivantes avec au moins **100 unités supplémentaires par an pendant 3 ans**.

Afin d'accompagner les équipes enseignantes et médico-sociales dans cette évolution et d'assurer les conditions de réussite pour tous les élèves, un travail sera mené au cours de l'année 2015 pour élaborer un cahier des charges qui prendra notamment en compte toutes les contraintes (restauration, transports...).

➤ **Inclure dans chaque projet d'école un volet sur l'accueil et les stratégies d'accompagnement des élèves à besoins éducatifs particuliers**

Pour susciter la réflexion collective sur l'accueil des jeunes handicapés à l'école, le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche souscrit à la recommandation du Conseil économique, social et environnemental (CESE) d'inclure dans chaque projet d'école un volet sur l'accueil et les stratégies d'accompagnement des élèves à besoins éducatifs particuliers en impliquant les différents partenaires (représentants de la collectivité, professeurs, directeur d'établissement, parents d'élèves).

Un guide méthodologique pour accompagner les écoles sera élaboré par la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO).

➤ **Généraliser les attestations de compétences au collège**

Le parcours au collège permet aux élèves de préparer le diplôme national du brevet ou, à défaut, le certificat de formation générale. Le parcours de formation en lycée professionnel vise la préparation des CAP et des baccalauréats professionnels.

Pour les élèves qui ne parviennent pas à acquérir l'ensemble des connaissances et compétences nécessaires à l'obtention de ces certifications ou diplômes, les attestations de compétences seront généralisées. Une circulaire « parcours de formation » est en cours d'écriture.

➤ **Accompagner les collectivités territoriales pour la mise en accessibilité des activités périscolaires**

L'éducation ne s'arrête pas aux portes de l'école : elle implique également d'autres partenaires, notamment les collectivités territoriales dans le cadre des activités périscolaires.

L'Etat, avec la Caisse Nationale d'Allocations Familiales, accompagnera financièrement et en termes de méthode les communes et intercommunalités, dans le cadre d'un projet éducatif territorial, afin qu'elles puissent mettre en accessibilité leurs activités périscolaires déclarées. La CNAF a dégagé à cet effet une enveloppe financière permettant notamment le renforcement des équipes.

➤ **Aller vers une université plus inclusive**

Les enfants handicapés qui ont fait une scolarité satisfaisante peinent encore trop souvent à passer le cap de l'université qui doit en conséquence évoluer sur l'ensemble des volets de l'autonomie.

- **Elaborer et adopter un schéma directeur « handicap » par toutes les universités.** Aujourd'hui, seules 10% des universités disposent d'un schéma directeur handicap qui constitue le bon levier pour aborder l'ensemble des volets de l'autonomie. D'ici 3 ans, l'ensemble des universités devront avoir élaboré leur schéma directeur « handicap » comprenant un plan d'actions pluriannuel prenant en compte l'ensemble des domaines déclinés dans la charte Université-Handicap de 2012 : consolidation des dispositifs d'accueil et développement des processus d'accompagnement des étudiants handicapés vers l'insertion professionnelle, développement des politiques de ressources humaines à l'égard des personnes handicapées, augmentation de la cohérence et de la lisibilité de l'offre de formation et des recherches dans le domaine du handicap, développement de l'accessibilité des services offerts par les établissements.
- Pour aider les jeunes étudiants à se repérer, **un label pour l'identification des formations accessibles aux personnes en situation de handicap sera créé** en concertation avec la Conférence des présidents d'université (CPU) et l'association des professionnels de l'accompagnement du handicap dans l'enseignement supérieur (APACHES).
- **Enfin, le principe de la charte handicap sera étendu aux écoles d'ingénieur** par la Conférence des Directeurs des Ecoles Françaises d'Ingénieurs (CDEFI).
- **Renforcer l'accueil des étudiants en situation de handicap au sein des écoles nationales d'enseignement supérieur de la culture**

Cet accueil constitue un des axes forts de la politique du handicap du ministère de la culture et de la communication. Ce chantier se décline en plusieurs axes :

- engagement d'un groupe de travail concernant les référentiels de formations artistiques au second semestre 2015 ;
- création et animation d'un groupe de travail spécifique sur les questions d'accueil des étudiants handicapés dès mars 2015;
- création d'une plateforme d'information concernant les modalités d'accueil et d'accès aux contenus pédagogiques des étudiants en situation de handicap à destination des personnels des écoles, au second semestre 2015.
- suivi annuel de la progression du nombre d'étudiants en situation de handicap au sein des écoles nationales d'enseignement supérieur de la culture.

2.1.1.2 La professionnalisation au service de la qualité de l'enseignement et de l'accompagnement

Pour garantir une bonne qualité de l'accueil, les professionnels devront être formés et accompagnés.

- **Engager une réflexion, dans le cadre du plan métiers de la petite enfance,** sur la sensibilisation et la formation initiale et continue des professionnels sur l'accueil d'enfants handicapés dans les structures collectives et au domicile des professionnels de l'accueil individuel.

Le plan devra permettre également une meilleure **interconnaissance des professionnels de la petite enfance et des secteurs médico-social et sanitaire** pour fluidifier le parcours et favoriser l'inclusion de l'enfant dans un parcours de droit commun dès son plus jeune âge.

- **Veiller à la formation de tous les nouveaux enseignants pour répondre aux besoins éducatifs particuliers des élèves, dont ceux qui sont en situation de handicap**

Le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche veille à ce qu'au sein des écoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE), les enseignants nouvellement recrutés soient formés à la scolarisation des élèves en situation de handicap.

A cette fin, un **module de formation-type** sera créé et mis à la disposition des intervenants dans les ESPE.

- **Améliorer la scolarisation des enfants sourds, notamment en garantissant une formation de qualité aux personnels enseignants intervenant en Pass**

Les Pôles d'accompagnement pour la scolarisation des élèves sourds (Pass) scolarisent les élèves ayant fait un choix linguistique : Langue des signes française (LSF)/français écrit ou langage parlé complété (LPC). Pour mettre en œuvre ces choix linguistiques, il est nécessaire que les élèves bénéficient d'une scolarisation dispensée par un personnel ayant les compétences nécessaires en LSF ou en LPC.

L'amélioration de la formation des enseignants intervenant au sein des Pass est la clé d'une scolarité de meilleure qualité pour les enfants sourds. Il s'agit de permettre aux enseignants de développer leurs compétences et d'atteindre pour la LSF le niveau C1 du Cadre européen commun de référence pour les langues (CECRL). Les enseignants utilisant le LPC verront également leurs compétences renforcées. L'objectif est de disposer de 4 enseignants en LSF et de 4 enseignants en LPC par Pass (1 par niveau : maternelle, élémentaire, collège, lycée). A cette fin, la circulaire n° 2010-068 du 28 mai 2010 relative aux Pass sera réécrite pour préciser ces nouvelles modalités.

Par ailleurs, la qualité de l'enseignement délivré aux élèves sourds nécessite de connaître le choix du projet linguistique exprimé par les familles et de disposer d'une évaluation précise de leurs besoins. Les jeunes sourds bénéficieront ainsi d'une **notification de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)** pour toute orientation en Pass – pour les élèves ayant fait un choix linguistique (bilinguisme LSF/français écrit ou LPC) – ou au sein d'un dispositif collectif de scolarisation (Clis/Ulis) – pour les élèves malentendants en situation de handicap auditif avec ou sans troubles associés, qui n'ont pas fait de choix linguistique spécifique, mais qui ont une difficulté d'accès à l'apprentissage.

- **Professionaliser les accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH)**

Un **diplôme d'accompagnant** sera créé pour la rentrée 2015 en rendant possible de la validation des acquis de l'expérience. Il permettra aux AESH de valoriser leurs compétences et de connaître des évolutions au sein du secteur médico-social.

En complément, le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche conventionnera avec le ministère de l'agriculture, de l'agro-alimentaire et de la forêt (MAAF) pour former les accompagnants intervenant dans ses établissements.

➤ **Améliorer l'expertise professionnelle des acteurs de l'accompagnement des étudiants**

- **Développer les formations continues** nationales pour les acteurs de l'accompagnement des étudiants dans les établissements, en collaboration avec l'INS HEA (Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés) et l'association APACHES ;
- **Elaborer des fiches métiers** afin de mieux identifier les métiers qui ont émergé dans les établissements depuis l'accompagnement des étudiants handicapés et de les inscrire dans le référentiel des emplois-types de la recherche et de l'enseignement supérieur (Referens) ;
- **Elaborer un corpus de questions/réponses relatifs aux aménagements de formation et de cursus des étudiants en situation de handicap** à destination des personnels des universités. Cet outil sera également disponible pour les familles et les jeunes, améliorant ainsi la diffusion de l'information sur les dispositifs mis en œuvre par les établissements. L'élaboration de cette foire aux questions sera réalisée en collaboration avec l'association APACHES et comportera deux volets : le premier relatif aux examens et aux concours sera mise en ligne sur le site Internet HandiU après sa restructuration ; le second concernant les aménagements des études et un recueil de bonnes pratiques sera mis en ligne sur le site de cette association professionnelle.

➤ **Mobiliser les ressources et les outils destinés à faciliter l'accompagnement des étudiants**

Le **guide d'évaluation des besoins de l'étudiant** (GEVA-sup) est en cours d'expérimentation en vue d'une future dissémination. La diffusion du guide sera accompagnée d'une formation à son utilisation pour les professionnels des structures handicap.

2.1.1.3 Une orientation professionnelle facilitée pour les jeunes en situation de handicap

➤ **Faciliter la réalisation des stages de découverte**

Afin de favoriser la découverte des métiers et des formations et d'aider les élèves en situation de handicap à choisir une orientation professionnelle qui réponde à leurs aspirations, un axe sur la prise en compte des besoins éducatifs particuliers sera intégré au parcours individuel d'information, d'orientation et de découverte du monde économique et professionnel (PiiodmepParcours Avenir).

➤ **Faciliter la réalisation des stages de découvertes par les élèves scolarisés dans les Ulis des lycées professionnels**

La **circulaire** sur les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) évoluera spécialement sur le champ professionnel en insistant sur les stages en entreprise et en visant plus clairement l'insertion professionnelle. Pour ce faire, elle mettra l'accent sur les partenariats à construire au niveau local.

➤ **Diffuser les bonnes pratiques en matière d'orientation et d'affectation**

L'outil Affélnet permet de traiter les affectations des élèves dans les lycées, notamment professionnels. Pour tenir compte des contraintes spécifiques aux élèves en situation de handicap et notamment aux inaptitudes à certaines formations professionnelles, des académies ont mis en place des procédures spécifiques pour les élèves en situation de handicap. Ces procédures seront diffusées et encouragées.

➤ **Poursuivre la conclusion d'accords entre le ministère chargé de l'enseignement supérieur et les branches professionnelles**

Le handicap sera pris en compte dans toutes les nouvelles **conventions signées entre le ministère et les branches professionnelles**, ou lors d'un renouvellement.

2.1.1.4 Le numérique au service des besoins éducatifs particuliers

➤ **Mobiliser l'Ecole numérique pour la scolarisation des élèves**

Le ministère de l'éducation nationale s'engage dans un **plan numérique** dont l'expérimentation débutera dès 2015 dans 300 collèges avec une généralisation prévue à partir de septembre 2016.

Dans le cadre de ce plan, le déploiement des nouveaux outils, type tablettes, offre un potentiel de renouveau pédagogique important. Les élèves à besoins éducatifs particuliers seront parmi les premiers à bénéficier de cet effort. Ce plan doit permettre de répondre plus massivement aux besoins éducatifs des élèves en situation de handicap. Le déploiement du numérique, et notamment les tablettes tactiles, apporte en effet des réponses efficaces aux problématiques d'accessibilité rencontrées par ces élèves, en offrant des solutions de personnalisation et d'adaptation diversifiées.

Par ailleurs, le ministère veille à ce que les nouveaux projets de ressources numériques qu'il soutient, intègrent les exigences d'accessibilité prévues pour les élèves en situation de handicap

➤ **Renforcer l'adaptation du numérique dans l'enseignement supérieur pour l'accessibilité des ressources pédagogiques - diffuser les outils numériques et les bonnes pratiques**

- Elaboration et dissémination, pour les acteurs des établissements et via le site Handi-U, de guides de bonnes pratiques techniques ou de formation sur l'accessibilité des ressources numériques.
- **Sensibilisation des établissements** à la prise en compte de l'accessibilité dans leur schéma directeur du numérique.

2.1.2 Vivre et travailler comme les autres, avec les autres

L'article 27 de la convention internationale des droits des personnes handicapées leur garantit « le droit au travail et notamment à la possibilité de gagner leur vie en exerçant le métier qu'elles ont librement choisi ou accepté ». Il en rappelle aussi les conditions « le marché du travail et le milieu de travail doivent être respectivement ouvert et accessible, de telle sorte de favoriser l'inclusion des personnes handicapées dans la société. »

Avec un taux de chômage deux fois plus élevé qu'en population générale, la politique en faveur de l'emploi des personnes handicapées doit se déployer sur un spectre extrêmement large.

La **convention nationale pluriannuelle d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés** rassemble l'ensemble des partenaires œuvrant pour l'emploi des personnes en situation de handicap. Elle a pour objet d'accentuer leur synergie entre les différents acteurs.

Pour embrasser l'ensemble des axes de la convention, des groupes de travail sont articulés autour des thématiques suivantes : parcours d'insertion, formation professionnelle, maintien dans l'emploi, coordination des études et des statistiques.

Les travaux menés dans ce cadre au cours de l'année 2014 ont permis de réelles avancées, notamment : un travail approfondi sur les critères et les modalités d'orientation des demandeurs d'emploi, la signature de l'accord cadre national portant sur le partenariat renforcé entre Pôle emploi et le réseau des Cap emploi.

Afin de partager et d'enrichir les travaux menés dans le cadre de la convention multipartite, le Gouvernement s'engage à présenter un bilan annuel devant le Conseil national consultatif des personnes handicapées. Ce bilan donnera une vision d'ensemble des actions réalisées et proposera également une vision prospective.

D'une part, le secteur public se doit d'être exemplaire (1), d'autre part, plusieurs des leviers des politiques de l'emploi et de la formation professionnelle doivent être déployés pour améliorer la situation : une politique de formation dynamisée ainsi que des dispositifs d'orientation et d'insertion diversifiés (2), et de façon plus spécifique, une politique d'accompagnement et de prévention des inaptitudes (3). Enfin, dans le secteur privé, l'appel aux partenaires sociaux doit se renforcer (4), et pour ceux qui le nécessitent, l'articulation avec le secteur adapté sera recherchée (5).

Dans ce cadre, il convient de préciser que s'ajoute aux différentes mesures détaillées dans cette partie l'engagement de publier **l'arrêté concernant l'aménagement des lieux de travail dans un bâtiment neuf ou dans la partie neuve d'un bâtiment existant**, après la publication de celui concernant l'accessibilité des ERP dans les bâtiments neufs.

2.1.2.1 Une fonction publique « exemplaire »

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a permis de dynamiser la politique du handicap dans les trois versants de la fonction publique et son taux d'emploi est en constante progression. La fonction publique doit continuer à donner l'exemple et répondre à la demande légitime des personnes en situation de handicap de trouver un emploi dans la fonction publique, de pouvoir le conserver et de pouvoir progresser dans cet emploi.

- **Ouvrir l'encadrement supérieur de la fonction publique aux personnes handicapées par aménagement de la sélection**

Trop peu de personnes en situation de handicap ont accès à la haute fonction publique. Or le **recrutement contractuel** donnant vocation à titularisation est un mode de recrutement souple qui peut être mis en œuvre à tout moment en fonction des besoins de recrutement des employeurs publics. Il est utilisé dans 90% des recrutements de travailleurs handicapés effectués dans la fonction publique de l'Etat, que ce soit en catégories A, B ou C.

Ce mode de recrutement est en **cours d'adaptation pour ouvrir les corps recrutés par la voie de l'ENA**, compte tenu de leur particularité statutaire, aux personnes en situation de handicap. Des échanges ont d'ores et déjà été engagés en 2015 avec les ministères pour concevoir un dispositif particulier d'intégration dans la haute fonction publique. Ce dispositif permettra aux personnes retenues de suivre un parcours de formation adaptée à l'ENA. Il sera traduit dans un décret en Conseil d'Etat.

➤ **Elargir le champ de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés dans la fonction publique**

Certaines catégories d'employeurs publics, parce qu'ils relèvent d'une réglementation particulière qui leur est propre, ne sont pas dans le champ de l'obligation générale d'emploi de la fonction publique.

Ce sont le Conseil d'Etat, la Cour des comptes, les autorités administratives indépendantes et les groupements d'intérêt publics, pour les personnels que ces derniers recrutent en propre.

La direction générale de l'administration et de la fonction publique expertisera les adaptations réglementaires nécessaires afin que d'ici fin 2016 ces employeurs publics participent à cet effort en pleine cohérence avec l'obligation générale d'emploi.

➤ **Négocier avec les organisations syndicales sur la politique du handicap dans la fonction publique**

Le handicap n'a jamais fait l'objet de négociation dans la fonction publique, à l'exception d'un protocole d'accord sur l'emploi des travailleurs handicapés dans le seul versant de l'Etat signé avec l'ensemble des organisations syndicales de fonctionnaires le 8 octobre 2001.

Par ailleurs, la politique du handicap s'est articulée ces dernières années dans la fonction publique essentiellement autour deux axes : l'insertion dans l'emploi et le maintien dans l'emploi. Il n'existe aucune donnée sur le parcours professionnel des agents handicapés, leur formation, leur promotion ou leur mobilité.

La **négociation sur la diversité dans la fonction publique**, qui sera engagée en 2015 par la ministre de la décentralisation et de la fonction publique, inclura un volet handicap permettant d'identifier les voies d'amélioration de la politique menée. Ce volet portera notamment sur les sujets du recrutement, des parcours de carrières et de la formation continue des agents handicapés mais aussi sur les possibilités de mettre en place un congé spécial pour formation à destination des parents découvrant le handicap de leur enfant.

Pour servir de socle de travail à la réflexion avec les organisations syndicales, une mission préalable a été confiée à l'IGAS et l'IGA pour procéder à un bilan de la politique menée et proposer de nouvelles orientations. Cette mission, en cours, a déjà rencontré de nombreux acteurs des trois versants de la fonction publique et rendra son rapport au 1^{er} semestre 2015.

2.1.2.2 Améliorer la qualification des personnes handicapées en renforçant l'accès à la formation professionnelle ainsi que les modalités d'orientation

Compte tenu des enjeux en termes d'accès à la formation professionnelle pour les personnes en situation de handicap (71% ont un niveau de diplôme égal ou inférieur au CAP-BEP contre 51% de la population totale), il est primordial qu'elles puissent bénéficier de l'avancée que constitue le Compte Personnel de Formation (CPF). Issu de la loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale, il s'agit d'un droit universel d'évolution professionnelle attaché à la personne tout au long de la vie active. Ce compte constitue une nouvelle modalité d'accès à la formation, qui a pour ambition d'accroître le niveau de qualification de chacun et de sécuriser le parcours professionnel.

La qualité de l'orientation constitue également un enjeu fort qui doit mobiliser l'ensemble des partenaires du service public de l'emploi ainsi que les employeurs.

➤ **Le compte personnel de formation, un outil de droit commun à mobiliser largement**

L'AGEFIPH abondera le CPF des demandeurs d'emploi, des salariés en situation de handicap, et vraisemblablement des travailleurs handicapés en ESAT (discussion en cours).

Pour ce faire, l'AGEFIPH priorisera et fléchera son intervention sur des formations débouchant sur des emplois porteurs d'insertion durable pour les personnes en situation de handicap. Les priorités seront déterminées selon deux modalités :

- au niveau national, un travail en proximité avec les branches et les fédérations professionnelles permettra d'explorer leurs besoins et les potentiels d'emploi ;
- au niveau régional, l'AGEFIPH travaillera avec les partenaires sociaux (Coparef) à l'élaboration de priorités régionales annuelles sur lesquelles l'AGEFIPH fera porter un abondement au titre du CPF. Ces priorités seront communiquées aux opérateurs, notamment à ceux délivrant le conseil en évolution professionnelle (CEP), de sorte à les rendre accessibles à l'ensemble des bénéficiaires.

Par ailleurs, et afin de faciliter l'accès à la formation, l'AGEFIPH ne limitera pas son abondement à un plafond ou à un nombre d'heures défini a priori.

Enfin, l'abondement de l'AGEFIPH interviendra **en complémentarité de celui des autres financeurs** et en dernier ressort, dans une logique de complément nécessaire à la mise œuvre du projet professionnel de la personne.

➤ **Orienter les personnes handicapées vers une palette de métiers plus diversifiée**

La recherche d'emploi des personnes en situation de handicap se concentre sur un nombre de métiers plus restreint que pour l'ensemble des demandeurs d'emploi. Le fait d'exclure certains secteurs d'activités de ses recherches limite les opportunités de trouver un emploi alors même que des aménagements de poste pourraient permettre aux travailleurs handicapés de trouver un emploi dans un secteur qui connaît des besoins de main d'œuvre.

Afin d'inciter les personnes handicapées à exercer le métier qu'elles souhaitent quel que soit leur handicap, l'AGEFIPH **déployera un plan de diversification des métiers traditionnellement proposés aux personnes handicapées** avec pour objectifs de :

- faire évoluer les représentations sur les métiers, pour les personnes en situation de handicap et les opérateurs qui les accompagnent ;

- poursuivre le travail de mise en visibilité des potentiels d'emploi avec les branches professionnelles, pour identifier leurs besoins et proposer des actions ciblées ;
- diversifier les emplois par l'ouverture des métiers traditionnellement non proposés aux personnes handicapées.

L'évolution des représentations sur les métiers s'adresse tout autant aux personnes elles-mêmes qu'aux opérateurs qui les accompagnent dans l'élaboration d'un projet professionnel, et jouent un rôle clé dans l'orientation vers un métier. En effet, les représentations du handicap et ses conséquences présumées sur les capacités des personnes à exercer certains métiers restreignent souvent les choix.

Aussi, saisissant l'opportunité de la mise en place du CPF, l'**AGEFIPH** veillera à renforcer son **partenariat avec les branches et fédérations**, de manière à explorer leurs besoins et conduire, sur cette base, des **expérimentations dans des secteurs d'activité ayant démontré qu'ils sont porteurs d'emploi durable pour les personnes handicapées**.

Ce renforcement du travail avec les branches professionnelles s'accompagnera d'une meilleure prise en compte de ces emplois, réputés a priori non accessibles aux personnes en situation de handicap, par les opérateurs de placement, au premier rang desquels figurent les Cap emploi.

➤ **Améliorer l'accompagnement vers l'emploi des personnes handicapées par la généralisation progressive du dispositif Potentiel Emploi ou d'un dispositif visant le même objectif de définition d'un objectif professionnel en relation avec les entreprises**

Cette expérimentation poursuit sa montée en charge avec un déploiement dans une trentaine de département. Une mission conjointe IGAS-IGA est prévue, au premier semestre 2015, pour proposer les modalités d'une généralisation qui nécessite la mobilisation d'une pluralité d'acteurs pour atteindre l'objectif visé d'une insertion professionnelle des personnes accompagnées.

2.1.2.3 Inciter les entreprises à développer des liens avec les personnes handicapées

➤ **Simplifier la reconnaissance de la lourdeur du handicap**

Dans une double logique économique et de compensation, la Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap (RLH) permet d'accompagner les employeurs dans le financement de la compensation du handicap même après aménagement du poste de travail (assistance par un tiers, perte de productivité du salarié...).

La RLH est un outil qui s'inscrit également dans une logique de sécurisation des parcours professionnels. Puissant vecteur d'aide à l'embauche, la RLH doit également être perçue par les entreprises comme un outil à mobiliser en termes de maintien dans l'emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle en cas de survenue ou d'aggravation du handicap.

12.000 personnes handicapées bénéficient de la RLH. Si le dispositif a démontré son intérêt pour favoriser le recrutement et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées, il n'en reste pas moins complexe à mettre en œuvre. C'est pourquoi le Gouvernement a pris l'engagement de simplifier ce dispositif.

Les évolutions à venir porteront sur :

- l'automatisme de l'attribution initiale de la RLH pour les personnes sortant d'ESAT et d'EA ;
- l'allongement de la durée de la RLH pour les personnes âgées de 50 ans et plus ;
- la simplification de la procédure de renouvellement (instauration d'une automatisme sous condition) ;
- la simplification des modalités de calcul.

L'ensemble de ces mesures permettra de simplifier la procédure, d'accélérer les délais de traitement, tout en assurant une plus grande équité du dispositif. L'automatisme de l'attribution de la RLH pour les personnes sortant d'ESAT et d'EA permettra d'encourager la mobilité et de fluidifier les parcours entre le milieu protégé, le secteur adapté et les autres entreprises. Les textes nécessaires à ces évolutions seront publiés en 2015 pour une application dès 2016.

➤ La loi n°2014-288 du 5 mars 2014 a créé un dispositif juridique unique et sécurisé de mise en situation en milieu professionnel ouvert à toute personne accompagnée quel que soit son statut, son âge ou le cadre juridique de l'accompagnement dont elle bénéficie. **Les périodes de mise en situation en milieu professionnel constituent un outil au service des parcours des personnes handicapées.** Elles permettent à un travailleur, privé ou non d'emploi, ou à un demandeur d'emploi, de se confronter à des situations réelles de travail pour découvrir un métier ou un secteur d'activité, confirmer un projet professionnel, faire émerger de nouvelles compétences ou initier une démarche de recrutement. Au même titre que les stages, le projet de loi pour la croissance et l'activité prévoit que **ces périodes puissent faire l'objet d'un acquittement partiel de l'obligation d'emploi** pour encourager les entreprises à accueillir des personnes handicapées dans ce cadre, qui peut être préalable à une embauche.

➤ **Les stages parcours de découverte des métiers des collégiens et des lycéens en situation de handicap deviendront également une modalité d'acquittement partiel de l'obligation d'emploi** pour les entreprises afin d'inciter à accueillir ces jeunes âgés de moins de 16 ans. L'objectif de cette mesure est de multiplier les occasions qui permettent aux entreprises et aux jeunes handicapés de se rencontrer. Les élèves en situation de handicap seront ainsi plus facilement accueillis en entreprise, ce qui leur permettra de construire leurs projets professionnels au travers d'expériences en milieu de travail.

L'intégration des contrats de sous-traitance passés avec les travailleurs indépendants handicapés dans les modalités d'acquittement partiel de l'obligation d'emploi prévue dans le projet de loi pour la croissance et l'activité est la concrétisation d'un engagement du Gouvernement pris lors du Comité Interministériel du Handicap du 25 septembre 2013. Cette mesure vise à soutenir l'activité indépendante des personnes handicapées qui créent leur emploi dans des conditions parfois difficiles. Les collaborations suscitées par les contrats de sous-traitance peuvent générer des recrutements. En 2008, 8% des bénéficiaires de l'obligation d'emploi sont travailleurs indépendants, soit environ 71 500 personnes.

➤ **Assurer un suivi régional de l'accès des travailleurs handicapés aux contrats aidés**

Les contrats aidés sont des outils adaptés pour favoriser l'insertion dans l'emploi des personnes handicapées, qui sont en plus grande difficulté dans leur recherche d'emploi, comme le montrent les chiffres présentés dans la première partie. La part des travailleurs handicapés dans l'ensemble des emplois aidés a été accrue en 2014 (9,79 %) par rapport à 2013 (9) traduisant une vigilance des prescripteurs.

Afin de s'assurer que le nombre des contrats aidés déployés au bénéfice des personnes handicapées continue à croître, **un suivi régional mensuel sera mis en place à compter de 2015**. Des objectifs de prescription sont donnés aux Cap emploi, afin de garantir l'accès des personnes handicapées au dispositif.

2.1.2.4 Accompagner les personnes handicapées et prévenir les inaptitudes et la désinsertion professionnelle

➤ Prévenir les inaptitudes

L'inaptitude au travail se traduit le plus souvent par le licenciement ou la désinsertion professionnelle. Ainsi, les salariés licenciés pour inaptitude représentent environ 63 700 personnes en France¹⁰¹. C'est la raison pour laquelle la prévention doit constituer une priorité pour éviter les ruptures du parcours professionnel et favoriser le maintien dans l'emploi. Pour les salariés, dont le licenciement pour inaptitude n'aura pas pu être évité, les accompagner constitue ainsi un enjeu essentiel pour favoriser le retour à l'emploi.

- Renforcer le rôle des services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)

L'accompagnement des entreprises, et plus particulièrement des PME-TPE, apparaît comme un facteur clé du maintien en emploi des personnes handicapées ou confrontées à des restrictions d'aptitude. L'établissement d'un diagnostic et l'élaboration de solutions permettant une adaptation du poste ou de l'environnement de travail, ou encore une évolution des compétences grâce à la formation, permettent à l'entreprise de préserver l'employabilité du travailleur et à prévenir les licenciements pour inaptitude.

Les 99 SAMETH ont pour mission d'aider les entreprises et les personnes handicapées à trouver une solution sur mesure de maintien dans l'emploi quand apparaît une inadéquation entre l'état de santé de la personne et son poste de travail entraînant un risque de perte d'emploi.

La hausse continue de situations accompagnées par les SAMETH confirme les besoins en la matière et la nécessité de consolider ce dispositif. Par ailleurs, il importe de lui donner davantage de lisibilité et de mieux l'articuler avec les autres acteurs du maintien dans l'emploi (médecins, services de santé au travail...).

Des voies de renforcement du rôle des SAMETH seront étudiées, en articulation avec les compétences des services santé au travail, afin d'**enrichir** et de **rendre plus efficace l'accès des entreprises et des travailleurs à une offre favorisant le maintien en emploi**, que ce soit grâce à un accompagnement pour l'aménagement des postes et de l'organisation du travail ou encore pour faciliter les transitions professionnelles. Réfléchir, en lien avec les partenaires sociaux, sur le développement de l'offre d'accompagnement et son élargissement à tout salarié confronté à des restrictions d'aptitude, figure ainsi au nombre des voies d'action identifiées par les partenaires sociaux réunis au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail dans les grandes orientations qu'ils ont formulées pour le troisième Plan santé au travail, qui couvrira la période 2015-2019.

¹⁰¹ Données Pôle Emploi - 2013

-
- Etendre l'obligation de reclassement de l'employeur au périmètre du groupe et instaurer une priorité de réembauche

La réglementation actuelle de l'obligation de reclassement des salariés déclarés inaptes limite la responsabilité de l'employeur au champ de son entreprise. Face aux enjeux liés au reclassement et au maintien dans l'emploi des salariés inaptes, il convient d'envisager une extension du périmètre du reclassement et également de transposer la priorité de réembauche qui existe pour les licenciés pour motif économique. L'objectif est d'encourager le maintien dans l'emploi des salariés déclarés inaptes, en favorisant leur reclassement au sein du groupe et en renforçant les dispositifs d'accompagnement, sur le modèle de la priorité de réembauche.

Seront proposées l'extension au groupe du périmètre de reclassement et l'instauration d'une priorité de réembauche, qui permettra aux salariés licenciés pour inaptitude d'être destinataires des offres d'emploi nouvellement créés ou disponibles dans l'entreprise ou le groupe.

- Expérimenter un accompagnement adapté des licenciés pour inaptitude à l'instar de ce qui existe pour les licenciés économiques

Le licenciement pour inaptitude peut concerner des travailleurs handicapés dont le handicap s'aggrave, des salariés qui sont susceptibles d'être reconnus travailleurs handicapés ou des salariés inaptes à un poste mais dont le handicap ne sera pas reconnu par la MDPH.

Le licenciement pour inaptitude présente une double difficulté pour la personne concernée : la perte de son emploi et un nouveau projet professionnel à construire, alors que son état de santé l'oblige à renoncer à son ancien métier. Changer d'orientation en cours de carrière ne va pas sans difficulté. En plus d'avoir à chercher une nouvelle entreprise, le demandeur d'emploi en reconversion doit accepter d'acquérir de nouveaux savoirs et savoir-faire.

Partant de ce constat, le Comité Interministériel du Handicap du 25 septembre 2013 a acté le principe d'une expérimentation sur les modalités d'accompagnement de ce public. L'Etat et Pôle emploi ont élaboré un **cadre d'expérimentation** qui vise à **accompagner des demandeurs d'emploi licenciés pour un motif d'inaptitude médicale sur trois territoires pendant 6 mois**.

L'enjeu de cette expérimentation est d'identifier les besoins d'accompagnement spécifiques pour ces publics et de capitaliser les bonnes pratiques partenariales d'accompagnement afin de faciliter le retour à l'emploi des personnes licenciées.

Le lancement de l'expérimentation aura lieu en avril 2015, avec un bilan intermédiaire en septembre 2015 et un bilan final pour décisions en novembre 2015.

- Intégrer dans le futur Plan santé au travail 2015-2019 un axe stratégique dédié au maintien dans l'emploi et à la prévention de la désinsertion professionnelle

Le Plan santé au travail définit les priorités de l'action gouvernementale et a vocation à coordonner l'action de l'ensemble des organismes de prévention et des acteurs dans le champ de la santé et de la sécurité au travail. Le troisième Plan santé au travail (PST 3), qui couvrira la période 2015-2019, sera rendu publique au cours de l'année 2015. La mise en œuvre opérationnelle et coordonnée du plan sera également assurée par les plans régionaux de santé au travail, en lien avec les plans régionaux d'insertion des travailleurs handicapés.

Le PST 3 a d'ores et déjà fait l'objet d'une concertation entre les partenaires sociaux sur ses grandes orientations. La prévention de la désinsertion professionnelle, grâce notamment au développement d'une offre coordonnée de services en direction des travailleurs et des entreprises confrontés à des restrictions d'aptitude, quelle qu'en soit la cause (handicap, vieillissement, maladie chronique évolutive, usure professionnelle), constitue un axe prioritaire de ces orientations.

Il s'agira en effet de développer l'action préventive, le plus en amont possible, pour améliorer les conditions de mobilisation des différents dispositifs permettant de sécuriser les parcours des personnes, en amplifiant les partenariats mis en œuvre notamment dans le cadre de la convention multipartite pour l'emploi des travailleurs handicapés et de l'action de prévention de la désinsertion professionnelle promue par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le développement, la mutualisation et la diffusion d'actions préventives des entreprises sur les conditions de travail et l'employabilité devront également être promus, notamment par les branches professionnelles. L'action du ministère, en cohérence avec le programme d'actions énoncé dans le cadre du troisième Plan cancer, veillera à renforcer l'accompagnement des entreprises grâce à la diffusion d'outils et en confiant à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail la mission de déployer dans plusieurs régions une action sur le maintien en emploi des salariés confrontés au risque d'inaptitude, dont les résultats seront largement diffusés.

2.1.2.5 S'appuyer sur la négociation pour progresser vers l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés de 6%

Le taux d'emploi des travailleurs handicapés dans les entreprises de plus de 20 salariés du secteur privé atteignait 3,1 % en 2011. Fin 2013, seuls 41 % des établissements atteignent le taux obligatoire de 6 % et 11% des entreprises sont couvertes par un accord agréé. La situation nécessite donc une mobilisation des partenaires sociaux et un développement des relations entre les entreprises et les personnes handicapées.

➤ **Tripler le nombre d'accords signés d'ici 3 ans**

L'analyse du premier bilan des accords agréés a permis de mettre en lumière les effets positifs de tels accords mais a également souligné le trop faible nombre d'entreprises concernées.

Le Gouvernement a fixé comme objectif le triplement du nombre d'accords signés d'ici à trois ans. Pour ce faire, l'Etat va s'attacher d'ici à fin 2015 à simplifier le cadre réglementaire et à le rendre plus incitatif pour les entreprises, pour une application dès 2016 aux nouveaux accords qui seront conclus.

Un groupe de travail réunissant l'ensemble des parties prenantes identifiera les freins à la conclusion d'accords, proposera des **pistes de simplification des procédures d'agrément et d'incitation des entreprises à conclure de tels accords**. Parmi ces pistes, la possibilité d'une incitation financière sera expertisée : il s'agirait de permettre à une entreprise de pouvoir affecter au budget de l'accord un montant inférieur à celui de la contribution théorique qui aurait dû être versée à l'AGEFIPH.

Le guide des accords sera réécrit pour tenir compte de ce cadre renouvelé. Il a vocation à être un véritable outil d'aide à la négociation en entreprise et à l'amélioration du contenu des accords (procédures, délais, contenu, bonnes pratiques ...).

2.1.2.6 Promouvoir les échanges entre secteur adapté, secteur protégé et les entreprises

Développer les passerelles et les échanges entre secteur adapté, secteur protégé et les entreprises permet de créer une dynamique pour un parcours professionnel valorisant les compétences des travailleurs handicapés et s'orientant vers le milieu ordinaire, pour ceux qui le souhaitent.

➤ **Développer le recours des acheteurs privés et publics aux ESAT et aux EA grâce à une base de données nationale référençant l'ensemble des structures**

L'achat de fournitures ou de prestations auprès des secteurs protégé et adapté permet aux employeurs publics et privés de s'acquitter partiellement de leur obligation d'emploi. Afin de développer leur collaboration avec les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et les entreprises adaptées (EA), les acheteurs privés et publics ont besoin de disposer d'une vision fiable, détaillée et exhaustive de l'offre proposée par ces établissements, qui ont développé une grande diversité d'activités, de métiers et de compétences. Les donneurs d'ordre connaissent en effet encore insuffisamment l'étendue de l'offre disponible.

Face à ce constat, les pouvoirs publics ont décidé de la création d'une base de données recensant les ESAT et EA à l'occasion du Comité Interministériel du Handicap du 25 septembre 2013, afin de **faciliter la recherche de fournisseurs grâce à une cartographie claire des ESAT/EA** selon leurs réelles capacités. Cette base proposera également une interface entre client et fournisseur structurée par métier et par secteur. L'objectif est d'**augmenter le volume des achats au secteur protégé/adapté et d'accroître l'emploi des personnes handicapées.**

Les différentes hypothèses quant aux modalités de création et d'actualisation de la base de données sont à l'étude. Sa mise en œuvre effective est prévue au second semestre 2015.

➤ **Créer 1 000 aides aux postes supplémentaires dans les entreprises adaptées d'ici 2 ans**

L'Etat s'est ainsi engagé à soutenir la diversification et le développement de l'activité des entreprises adaptées (EA) qui, comme toute entreprise, sont soumises à la concurrence. Dans ce cadre, l'Etat a accompagné la modernisation du secteur et a encouragé la professionnalisation des salariés et le développement des passerelles entre milieu protégé, adapté et ordinaire dans une logique de parcours professionnel des personnes handicapées.

Le Gouvernement entend poursuivre son soutien au développement du secteur en accordant 1.000 nouvelles aides au poste sur les deux prochaines années.

Parallèlement au soutien financier, des **travaux** ont été engagés **afin de promouvoir le secteur**, de lui apporter une **meilleure visibilité** et de **conforter son modèle économique**. L'ambition est de concilier au mieux les enjeux sociaux et économiques auxquels doivent répondre les entreprises adaptées.

➤ **Améliorer l'offre de formation spécialisée et développer l'accès à l'emploi dans le secteur protégé**

Les travaux relatifs au plan d'aide et de soutien au secteur protégé (ESAT/EA), toujours en cours et lancés dans la suite du CIH de septembre 2013, ont permis de dresser, avec les partenaires intéressés et notamment les associations gestionnaires des ESAT, l'inventaire des différentes initiatives, dispositifs et bonnes pratiques en la matière.

Ces travaux sont conduits avec les fédérations, pour identifier les dispositifs favorisant cette évolution, en vue de mettre en œuvre concrètement des parcours de vie débouchant, chaque fois que le travailleur handicapé le souhaite et dans la mesure de ses possibilités, sur le milieu ordinaire de travail. Ces derniers seront mis à disposition des ARS pour guider la rédaction des objectifs du CPOM et ajuster les moyens en conséquence, autant que faire se peut. Un bilan des actions qui auront ainsi pu être soutenues dans chaque région sera demandé aux ARS en fin d'année 2015.

En outre, des travaux complémentaires seront conduits, en lien avec la CNSA, sur l'orientation des personnes handicapées en ESAT.

2.1.3 Approfondir l'accessibilité du cadre de vie qui comprend depuis la loi de 2005 l'adaptation des établissements recevant du public, des transports et du logement, ainsi que l'accessibilité numérique

L'accessibilité du cadre de vie constitue une condition essentielle de la société inclusive voulue par le gouvernement. Depuis la loi de 2005, cette notion correspondant au périmètre de l'OBIACU recouvre « l'accessibilité et la convenance d'usage des bâtiments d'habitation, des établissements recevant du public, des lieux de travail, de la voirie, des espaces publics, des installations ouvertes au public, des moyens de transports et des nouvelles technologies ».

Le déploiement du dispositif des Ad'AP répond à cette priorité dans un contexte où les objectifs de la loi de 2005 n'étaient pas atteints (1). Les questions du logement (2) et de l'accessibilité numérique (3) présentes dans la loi de 2005 constituent aujourd'hui des priorités fortes.

2.1.3.1 Déployer le dispositif Ad'AP pour une mise en accessibilité des ERP et des transports

La loi habilitant le Gouvernement à adopter des mesures législatives pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées a permis de fournir dans de brefs délais aux gestionnaires publics et privés d'ERP non accessibles au 1^{er} janvier 2015 un cadre juridique les engageant à réaliser des travaux d'accessibilité selon un calendrier précis et resserré.

Les prochaines étapes permettront de :

- **compléter le dispositif** par la publication de décrets et arrêtés relatifs aux Ad'AP mais aussi aux ajustements normatifs. Sont ainsi concernés le secteur du logement et des ERP neufs. Cet ensemble de textes seront préparés et concertés dans l'esprit et le respect des rapports remis au Premier ministre pour ensuite être publiés.
- **faire connaître le dispositif** des Ad'AP par :
 - une animation au sein des territoires menée notamment par les services de l'État ;
 - une disponibilité vis-à-vis des grands acteurs institutionnels ;
 - une information auprès des réseaux nationaux ;
 - une participation aux colloques, assemblés générales, congrès... ;
 - la diffusion d'une information pratique, actualisée sur le site www.accessibilite.gouv.fr ;
 - la parution d'une lettre numérique d'information sur l'Ad'AP.
- **assurer un pilotage de ce nouveau dispositif** grâce à :
 - une mobilisation des services de l'État ;
 - la création d'un dispositif de soutien technique aux services de l'Etat pour l'analyse des situations particulières ;
 - des échanges réguliers avec les grands opérateurs et les organisations nationales ; représentatives du commerce, des professions libérales, du secteur bancaire... ;
 - des rencontres avec les professionnels de l'accessibilité ;
 - un suivi statistique fin.
- **former** les instructeurs et les agents en prise de postes à ce **nouveau dispositif** et aux évolutions de la réglementation.

Une circulaire du Premier Ministre sera publiée, mi 2015, pour préciser les modalités de mise en place des Ad'AP des ERP de l'Etat. Une circulaire signée par sept ministres relative à la mise en œuvre de l'ordonnance sera adressée aux Préfets, dans les mêmes délais.

L'Observatoire Interministériel de l'Accessibilité et de la conception Universelle assurera un suivi du déploiement des Ad'AP.

Par ailleurs, **un plan de formation « ADAP »** est mis en œuvre par le ministère de la culture et de la communication, depuis mars 2015, à destination des professionnels des établissements publics, des directions générales et des directions régionales des affaires culturelles. Pour le ministère de la ville, l'Agence Nationale pour le Renouvellement Urbain élaborera des **documents méthodologiques contenant des préconisations en matière d'accessibilité** en vue d'être diffusé à l'ensemble des acteurs du renouvellement urbain.

- **Concernant les services publics de transport** existant au 13 février 2015, le Gouvernement accompagne, dès à présent, les autorités organisatrices de transport dans la mise en accessibilité de leurs services respectifs. Celles-ci se sont emparées de cette opportunité pour actualiser leur schéma directeur d'accessibilité.

Quant aux services créés après le 13 février 2015, le gouvernement s'assurera qu'ils respectent – dès le début de leur exploitation- leurs obligations d'accessibilité.

2.1.3.2 Adapter les logements pour une accessibilité du cadre de vie

- **L'action des bailleurs en faveur du logement social s'affirme**

Dans la suite de l'Agenda HLM 2015 - 2018 conclu entre l'Union Sociale pour l'Habitat et le Gouvernement en septembre 2014, il est prévu l'élaboration **d'une charte de qualité de service**. Cette charte portera sur des engagements des bailleurs sociaux pour un service rendu aux locataires, et notamment l'accès au logement et son évolution dans le cadre des événements de la vie ou du vieillissement.

La charte intégrera les éléments relatifs à la **nécessaire connaissance par les bailleurs sociaux des logements adaptés de leur parc**. Leur identification permettra, à l'occasion de leurs vacances, de **favoriser les mutations des personnes handicapées** en attente d'un logement en adéquation avec leurs besoins, mais aussi de **proposer une vraie réponse à un demandeur primo-arrivant**.

L'évolution du parc de logements adaptés et les attributions de ces logements donneront lieu à un suivi statistique. Ces éléments seront **rendus publics** et **présentés au CNCPH et à l'OBIAçU**.

La charte abordera le volet très attendu par les personnes handicapées ou à mobilité réduite de **l'évolution du cadre de vie**. A ce titre, les **organismes d'HLM prendront en charge les travaux d'adaptation du logement**. Ceci concerne à la fois les travaux simples que ne peuvent réaliser les personnes handicapées, mais aussi des travaux plus importants, telle que l'adaptation des cabinets d'aisance.

Parallèlement, le **fascicule « personnes handicapées : accessibilité au logement »** donnera **lieu à une actualisation** pour une présentation des aides et des dispositifs existants. Celui-ci sera largement diffusé et consultable sur le site du ministère, notamment par les MDPH et les délégations de l'ANAH.

➤ **Par ailleurs, l'adaptation des logements privés sera facilitée grâce aux mesures suivantes :**

- conformément à ce que prévoit le rapport annexé au projet de loi relatif au vieillissement de la population :
 - l'article 73 de la loi de finances initiale n°2014-1654 du 29 décembre 2014, pour 2015 a prolongé le crédit d'impôt sur le revenu au titre des dépenses d'installation ou de remplacement d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées (1 de l'article 200 quater A du code général des impôts). En outre, la liste des aménagements du domicile ouvrant droit à ce **crédit d'impôt** sera mise à jour afin de mieux répondre aux enjeux actuels, notamment le recours à la domotique ;
- La proposition est faite au législateur, dans le cadre du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, d'autoriser les locataires du parc privé, pour une série précise de petits travaux, de **bénéficier de la règle « silence vaut accord »** en cas d'absence durable de réponse du propriétaire à une demande de travaux ;
- des référentiels de coûts pour simplifier les prises en charge seront réalisés par l'ANAH et la CNSA.

➤ **De nouvelles formes de logement respectant les choix de vie des personnes seront promues et « solvabilisées »**

Le besoin s'exprime de diversifier les modalités de logement en prenant en compte les projets de vie des personnes handicapées. L'objectif visé est donc de développer des solutions de logements souples conciliant autonomie et maîtrise des coûts. Les modalités d'utilisation de la prestation de compensation du handicap, versée par les conseils départementaux, pourront être ajustées pour permettre notamment sa mutualisation entre plusieurs personnes volontaires, souhaitant financer ensemble une aide à domicile dans un logement partagé autonome.

D'autres types de logement adapté existent. Un groupe de travail sera mis en place au deuxième trimestre 2015 pour examiner ces nouvelles formes de logement et formuler des propositions pour favoriser leur développement.

2.1.3.3 Mettre le numérique au service des personnes handicapées : ne laisser personne au bord de la route de la révolution numérique

Le numérique est un vecteur de transformation, qui bouleverse les modèles établis, qu'ils soient économique ou sociaux. A ce titre, le Gouvernement entend mobiliser l'outil numérique au service de l'inclusion des personnes en situation de handicap, ce qui recouvre plusieurs aspects :

- l'accessibilité numérique ;
- le soutien à l'innovation en matière de prise en charge du handicap ;
- et la médiation numérique pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

➤ **Renforcer l'accessibilité numérique dans le secteur public et le secteur privé**

L'accessibilité numérique désigne la faculté de tout citoyen à utiliser un service numérique, quelles que soient ses capacités physiques ou mentales (visuelles, auditives, motrices, cognitives...). Un site web est réputé « accessible » s'il est utilisable par tout citoyen, moyennant l'utilisation, le cas échéant, d'une technologie d'assistance adaptée (paire de lunettes de vue, logiciel lecteur d'écran, périphérique de saisie...).

Les Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) du World Wide Web Consortium (W3C) constituent la référence internationale en la matière et évaluent les sites internet à travers quatre principes (perception, utilisation, compréhension et robustesse).

Le Gouvernement tient à éviter de prendre en matière d'accessibilité numérique le même retard que nous tentons aujourd'hui de combler en matière d'accessibilité du bâti et des transports. C'est la raison pour laquelle il prévoit un programme impliquant tant le secteur public que le secteur privé.

➤ **Dans le secteur public**

Une nouvelle **norme d'accessibilité des sites web des administrations publiques** (référentiel général d'accessibilité pour les administrations- RG2A -v3) a été adoptée pour tenir compte des évolutions technologiques¹⁰². Elle fera l'objet d'un accompagnement pour une bonne diffusion et appropriation des différentes administrations (formation, suivi, ...). Il a vocation à se déployer dans un second temps dans le secteur privé.

Afin de favoriser le déploiement de cette norme, les sites web publics qui s'engagent dans une démarche de mise en accessibilité feront l'objet d'une **labellisation**. Ce label permettra ainsi de vérifier et de montrer aux utilisateurs qu'un service en ligne est conforme aux critères du référentiel RGAA.

Pour les services de l'**Etat**, une **programmation pluriannuelle de la mise en accessibilité de leurs sites** sera établie incitant ainsi les directions ministérielles à se mobiliser pour l'accessibilité numérique compte tenu de la mise à disposition de ces nouveaux outils.

Cette orientation doit se traduire au niveau réglementaire par une révision du décret du 14 mai 2009 créant le RG2A, ses dispositions n'étant plus adaptées.

En matière d'**achats des administrations publiques**, à très court terme, une circulaire du Premier ministre incitera à intégrer les exigences d'accessibilité des biens et services numériques dans les procédures de marchés. A moyen terme, les critères d'accessibilité seront pris en compte dans le cadre de la transposition de la directive européenne relative aux marchés publics en 2016.

➤ **Dans le secteur privé**

En complément de la mise en accessibilité des sites publics, le secrétariat d'Etat au numérique a souhaité engager des actions incitatives à destination des établissements de formation au numérique et des acteurs de la vente en ligne.

a) **Prendre en compte l'accessibilité numérique dès la formation des professionnels**

Le nombre de professionnels en capacité de maîtriser les référentiels et technologies liés à l'accessibilité demeure insuffisant pour répondre aux besoins d'information, de formation et de prestations. Cette pénurie de professionnels du web connaissant ces bonnes pratiques d'accessibilité pénalise grandement la mise en accessibilité des services numériques, au détriment des personnes en situation de handicap.

¹⁰² Arrêté du 29 avril 2015 relatif au référentiel général d'accessibilité pour les administrations

Afin de répondre à ce besoin, **une charte pour une meilleure prise en compte de l'accessibilité dans les formations numériques** a été élaborée avec une vingtaine d'établissements désireux de se mobiliser sur ce sujet. Cette charte, aujourd'hui finalisée, pourrait être signée dans le courant du premier semestre 2015. Elle a vocation à progressivement toucher un champ de plus en plus large d'établissements de formation.

Par ailleurs, la Grande Ecole du Numérique, annoncée par le Président de la République le 5 février 2015, permettra à des jeunes sortis du système scolaire de suivre une formation innovante et accélérée dans un secteur créateur d'emplois. Dès septembre 2015, une première vague de 50 labellisations sera effectuée. Les structures labellisées seront naturellement invitées à adhérer à la charte pour intégrer l'accessibilité dans leurs formations.

b) Mobiliser les acteurs du secteur privé pour une accessibilité numérique de leurs sites web

Le respect des normes d'accessibilité pour les sites internet du secteur privé, et tout particulièrement des **sites de vente en ligne**, est une question essentielle pour l'inclusion des personnes en situation de handicap. L'élargissement de cet accès à un public qui en est aujourd'hui éloigné constitue aussi une opportunité pour ces services privés.

Un travail a été entamé avec les acteurs représentatifs des sites de vente en ligne, notamment la Fédération de la vente à distance (FEVAD), pour les inciter à respecter sur leurs sites internet les normes d'accessibilité. **Une charte d'engagement**, introduisant notamment l'engagement d'introduire les fonctions d'accessibilité à l'occasion des refontes majeures de leurs sites, pourrait être signée au premier semestre 2015.

➤ **Soutenir l'innovation numérique**

Par son soutien apporté aux écosystèmes de l'innovation numérique (« La French Tech »), le secrétariat d'état au numérique a l'ambition de favoriser les croisements entre innovation sociale et numérique ainsi que de soutenir la naissance et le développement de projets qui apportent des réponses innovantes à l'inclusion des personnes en situation de handicap.

➤ **Soutenir les projets innovants**

Ce soutien s'effectue via l'Agence Nationale du Numérique dans le cadre de différents programmes (Proxima Mobile, Fonds de Solidarités Numériques), ainsi que des projets innovants facilitant l'inclusion des personnes en situation du handicap :

- Jaccede mobile : application sur mobile réalisée par l'association destinée à faciliter le quotidien des personnes à mobilité réduite en mettant à leur disposition un guide géolocalisé des bonnes adresses accessibles tant en France qu'en Europe ;
- Guidenville : outil vocal réalisé par les sociétés Easylife & LGE communication qui permet d'accompagner le citoyen lors de ses déplacements en transports urbains franciliens ;
- Justbip assistance : assistant urbain réalisé par la société Justbip améliorant l'accessibilité de la ville aux personnes à mobilité réduite (personne âgée, personne handicapée, femme enceinte...) ;
- Bibliothèque Numérique Francophone Accessible : lancement d'une bibliothèque d'ouvrages numérisés portée par Brailenet, le « Groupement des Intellectuels Aveugles ou Amblyopes (GIAA) » et l'Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants (ABA) ;

-
- Adapai : réalisation sur tablette tactile d'un support pédagogique adapté à l'attention des personnes handicapées mentales qu'elle prend en charge, dans une perspective d'accès à une qualification (CAP cuisine plus précisément);
 - Solhane (en cours de développement) : soutien à la réalisation d'un portail contributif, de type Web 2.0, qui vise à constituer le premier réseau social d'échanges de contenus pédagogiques adaptés aux publics atteints de troubles cognitifs, mémoriels, de la communication et de troubles du spectre autistique (TSA).

En 2015, la nouvelle ambition du Fonds des Solidarités Numériques, en lien avec la réforme du service universel des télécommunications, permettra de renforcer le soutien apporté aux projets innovants de médiation en matière d'accessibilité.

➤ **Faire connaître les projets existants grâce aux « jeudigital »**

Le secrétariat d'état au numérique a engagé, depuis septembre 2014, une initiative permettant de valoriser l'innovation dans de multiples domaines d'activités : une fois par mois, une sélection de start-ups est invitée à présenter ses innovations dans un ministère différent, devant une audience incluant investisseurs, grands groupes et acteurs publics et de la commande publique.

Une session avec le secrétariat d'état au handicap est en cours de préparation, et permettra de valoriser les start-ups de la French Tech qui offrent, par les innovations qu'elles proposent, de nouveaux moyens aux personnes en situation de handicap.

➤ **Rendre accessible le service téléphonique aux personnes sourdes et handicapées de la parole**

L'expérimentation d'un centre relais téléphonique, qui a débuté en juin 2014 pour une période d'un an, marque une avancée significative dans l'accès du service téléphonique des personnes sourdes, malentendantes et aphasiques ou sourdes-aveugles.

Cette expérimentation permet de tester l'utilisation d'un service téléphonique pour ces personnes. Elle est conduite sur un panel de 500 personnes qui bénéficient d'une heure de communication par mois, traduite en langue française de signes (LSF), en langage parlé-complété (LPC) et écrit. Une deuxième phase de l'expérimentation a débuté en décembre 2014 pour les personnes sourdes-aveugles et aphasiques (communiquant par pictogrammes), qui bénéficieront de deux heures de communication sur six mois.

Pilote de l'expérimentation, le secrétariat d'état chargé des personnes handicapées et de la lutte contre les exclusions, avec le secrétariat d'état au numérique et les autres ministères concernés, étudie les conditions d'extension de ce service, en cohérence avec le rapport parlementaire confié à Madame Corinne Erhel, députée des Côtes d'Armor et remis le 16 juillet 2014.

S'agissant du **numéro d'appel d'urgence, 114**, pour les personnes sourdes, malentendantes, aphasiques ou rencontrant des difficultés pour parler, son évolution vers la conversation totale fin 2015-2016 (son, vidéo, texte, fixe, mobile) fera l'objet d'un suivi et d'un accompagnement, l'objectif étant grâce à cette évolution d'étendre la couverture des besoins auprès du public cible.

► Favoriser la médiation numérique

► Des actions de sensibilisation à l'accessibilité numérique des sites internet dans les espaces de médiation numérique

Cette mission est principalement assurée dans le cadre du réseau des 5 000 « espaces publics numériques » répartis sur l'ensemble du territoire. Ces espaces de proximité, gérés le plus souvent par les collectivités territoriales, ont vocation à offrir un service d'accompagnement aux personnes peu familières du numérique, de formation aux outils et services essentiels (bureautique, internet).

La mise en œuvre effective de l'accessibilité numérique des sites internet, notamment publics, et leur conformité avec la nouvelle version du RGAA, nécessite des actions de sensibilisation et d'accompagnement.

La constitution, en avril 2015, du Réseau national de médiation numérique constitue une opportunité de mener des actions d'accompagnement aux enjeux de l'accessibilité numérique dans les espaces membres du réseau.

► Former les animateurs des espaces de médiation numérique pour améliorer l'accueil des personnes en situation de handicap

L'accessibilité des espaces publics numériques se développe, mais la formation des animateurs de ces lieux pour l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap est insuffisante.

Un accord de partenariat est en préparation avec le Centre d'Expertise de nouvelles Technologies et Communications de l'Association des Paralysés de France, de la société ERDF et de la Région du Nord Pas de Calais pour organiser des actions de formation des médiateurs numériques, définir et réaliser un kit pédagogique d'accompagnement au bénéfice des espaces publics numériques volontaires, et pour créer un portail Internet dédié à l'accompagnement de ces espaces en matière d'accueil des personnes en situation de handicap.

► Soutenir les projets de médiation innovants

Une **convention de coopération** est en cours de rédaction avec l'**association Brailletnet** pour organiser dans différentes villes, au sein du réseau des espaces publics numériques, des actions de sensibilisations aux enjeux de l'accessibilité numérique des sites internet. Cette sensibilisation se tiendra, dans le cadre d'un « **tour de France de l'accessibilité numérique** » organisé sous la forme d'événements d'une demi-journée ou d'une journée qui s'adresseront à tous les acteurs souhaitant favoriser l'accès au numérique des personnes handicapées (animateurs des EPN, bibliothécaires, webmestres, DSI, etc.).

2.1.4 Promouvoir la citoyenneté et l'accueil dans les services publics pour une participation effective à la vie publique

La participation effective à la vie publique suppose en premier lieu de pouvoir exercer son droit d'électeur (1), mais au-delà de s'engager (2). Pour les personnes en situation de handicap, l'amélioration de l'accueil au sein des services publics est perçue comme une prise en considération de leur citoyenneté (3). La qualité des services de la justice (4) et de la santé (5) est de ce point de vue particulièrement sensible.

2.1.4.1 Mieux appréhender la réalité de l'accessibilité électorale et améliorer le processus électoral pour toutes des élections politiques

La Convention internationale des droits des personnes handicapées prévoit, dans son article 29, la garantie pour les personnes handicapées de « *la pleine jouissance des droits politiques et la possibilité de les exercer sur la base de l'égalité avec les autres* ». Elles doivent donc pouvoir participer pleinement et effectivement à la vie politique et à la vie publique, notamment en ayant le droit et la possibilité de voter et d'être élus. Cet exercice du droit de vote suppose d'avoir accès non seulement au processus électoral mais également aux informations diffusées préalablement au vote comme aux débats entre les candidats afin de pouvoir être en mesure de faire un choix.

► **L'élection présidentielle de 2017**

Lors de la conférence nationale du handicap, le président de la République a annoncé pour **l'élection présidentielle de 2017** une accessibilité tant de la propagande électorale sur les sites internet des candidats que des débats de l'entre-deux tours, selon des modalités à définir avec les chaînes de télévision.

Dans le domaine de l'accès des personnes handicapées au processus électoral, le ministère de l'intérieur souhaite axer son action par des propositions concrètes, à la suite des recommandations du rapport de la mission parlementaire sur l'accessibilité électorale établi par la députée Dominique Orliac (Lot, RRDP) et la sénatrice Jacqueline Gourault (Loir-et-Cher, UDI-UC). Son programme pour le renforcement de l'accessibilité électorale s'articule autour de deux types de mesures, mieux soutenir l'accessibilité électorale et améliorer le processus électoral de toutes les élections politiques et celle devant donner lieu à une étude pour une application en 2019, à savoir la mise en ligne sur internet des informations concernant les candidats.

► **L'élaboration d'un référentiel en matière d'accessibilité**

Issue de la recommandation n° 5 du rapport qui prévoit de « *compléter les règles actuelles du code électoral en matière d'accessibilité électorale en édictant un véritable référentiel* » et de rendre ce référentiel « *applicable à toutes les élections politiques* » de manière progressive entre 2017 et 2026, cette proposition apparaît pertinente sur le principe, en distinguant le type d'élection et la taille de la commune pour les mesures obligatoires ou recommandées.

Cette proposition supposera la mise en place d'une gouvernance du référentiel associant l'ensemble des parties prenantes avec des comités de suivi réguliers pour étudier la mise en œuvre lors des prochains scrutins des différentes mesures adoptées.

Parmi les mesures qui pourraient figurer dans le référentiel, celles visant à rendre plus effective l'accessibilité des bureaux de vote aux personnes handicapées (adaptation de la taille des isolements aux fauteuils roulants, hauteur des tables de vote adaptée pour les personnes en fauteuil) peuvent recevoir un avis favorable.

Cette mesure pourrait être mise en œuvre dès 2017.

► **Expertiser la mise en ligne sur internet les informations relatives aux candidats conformément au RG2A**

Ce programme comprend également une action présentant un intérêt manifeste, mais dont la complexité nécessite une étude plus approfondie avant toute mise en œuvre : la mise en ligne sur internet d'informations relatives aux candidats conformément au référentiel général d'accessibilité pour les administrations (RGAA).

Cette proposition intégrée au référentiel permettrait aux électeurs handicapés de trouver en ligne sur internet les informations utiles sur les candidats à toute élection. Le ou les sites internet comportant ces informations seraient obligatoirement conformes au référentiel général d'accessibilité pour les administrations (RGAA).

Néanmoins, cette mesure serait à l'origine de coûts supplémentaires qu'il conviendra d'évaluer plus en détail, alors même que de nombreux candidats aux élections politiques n'utilisent pas de sites internet à l'heure actuelle.

Une mission serait confiée à l'inspection générale de l'administration pour en préciser les modalités et difficultés éventuelles de mise en œuvre pour 2019.

2.1.4.2 S'engager comme les autres : le service civique, une expérience d'engagement accessible au plus grand nombre

► Renforcer l'accès du service civique aux jeunes en situation de handicap

L'universalité du service civique repose sur son accessibilité. Aussi le service civique doit-il prendre en compte les situations diverses rencontrées par les jeunes.

Les missions de service civique doivent permettre aux jeunes en situation de handicap de s'engager. À cette fin, des mesures destinées à l'accompagnement des volontaires sont nécessaires pour créer un environnement de mission adapté au handicap. Des travaux ont été engagés afin de permettre le financement de l'adaptation des postes de mission, notamment par la mobilisation de fonds spécifiques, l'AGEFIPH et le FIPHFP. Ainsi, les employeurs publics recevant des jeunes volontaires accomplissant leur service civique peuvent depuis le 1^{er} janvier 2015 mobiliser les aides du FIPHFP.

Afin de développer et valoriser les solutions après-service civique pour les jeunes handicapés, plusieurs partenariats ont été élaborés visant l'insertion professionnelle des jeunes volontaires.

Susciter l'engagement des jeunes en situation de handicap suppose également de faire plus largement connaître les opportunités qui leur sont offertes dans le cadre de l'engagement de service civique et de sensibiliser les organismes agréés pour recevoir des jeunes en service civique. Comme c'est le cas depuis 2014, une campagne d'information dédiée sera mise en œuvre.

► Elargir le service civique à 30 ans pour les jeunes handicapés

Déjà accessible aux jeunes en situation de handicap, le service civique doit cependant s'ouvrir plus largement à eux en prenant mieux en compte les spécificités liées à leur démarche d'engagement. Il est ainsi prévu de leur permettre de s'engager jusqu'à l'âge de 30 ans (l'âge limite d'engagement est fixé à 25 ans par la loi –article L. 120-1 du code du service national). En effet, concrétiser une expérience d'engagement nécessite davantage de temps pour ces jeunes. Cette extension permettra aux jeunes âgés de 25 à 30 ans en situation de handicap de s'engager eux aussi dans le cadre d'une mission de service civique.

Le Conseil d'administration de l'Agence du Service Civique a d'ores et déjà appelé de ses vœux cette extension en adoptant une délibération en ce sens le 17 décembre 2014. Cette modification législative a été votée par le Parlement en juillet 2015 dans le cadre de l'adoption du projet de loi de ratification de l'ordonnance accessibilité du 26 septembre 2014.

2.1.4.3 Adapter les services publics

➤ **Améliorer le parcours des usagers en situation de handicap dans les services publics en relation avec les associations**

Dans la continuité de la déclinaison de la feuille de route du CIH, le dispositif d'accessibilité renforcé des services publics sera poursuivi.

Le guide d'accueil des personnes handicapées dans les services publics, diffusé à l'occasion de la conférence nationale du handicap, sera testé au sein de services publics volontaires afin d'en évaluer l'impact. Ce test permettra de nourrir la réflexion avec les associations représentant les personnes handicapées et les services publics pour passer à la seconde étape de ce chantier, à savoir **concevoir un référentiel d'accessibilité des services publics** à valeur réglementaire.

➤ **Améliorer l'achat des administrations publiques**

En matière **d'achats des administrations publiques**, à très court terme, une circulaire du Premier ministre incitera à intégrer les exigences d'accessibilité des biens et services numériques dans les procédures de marchés ; à moyen terme, les critères d'accessibilité seront pris en compte dans le cadre de la transposition de la directive européenne relative aux marchés publics.

2.1.4.4 Adapter l'accueil au sein des services publics du ministère de la justice

➤ **En détention, assurer une meilleure identification et prise en charge des personnes handicapées détenues en perte d'autonomie**

L'objectif est d'assurer une prise en charge appropriée en détention des personnes handicapées en traitant tous les enjeux subséquents : aménagement des locaux, accès aux soins, prise en charge médico-sociale, accès aux droits sociaux, préparation à la sortie.

Il vise les personnes détenues qui, du fait de l'avancée en âge et/ou du handicap, se retrouvent dans une situation de perte d'autonomie sans pouvoir relever d'une mesure de mise en liberté, suspension ou d'aménagement de peine pour raison médicale.

Ce travail, prévu sur 2015 et 2016, ne pourra s'effectuer que dans le cadre d'un partenariat avec les départements, représentés par l'Assemblée des Départements de France (ADF), la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), et le réseau des services d'aide et de soins à domicile.

➤ **Identifier les personnes détenues handicapées**

Il s'agit d'identifier les besoins humains, matériels et en termes de protection juridique des publics en perte d'autonomie en vue d'y répondre et ainsi d'améliorer les conditions de vie en détention. Pour structurer les réponses à apporter, il convient au préalable de pouvoir identifier la personne en perte d'autonomie.

Seront associés la direction générale de l'offre de soins du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et des médecins d'unité sanitaire, au travail mené sur la

définition des critères objectifs à retenir et l'élaboration d'outils à destination des établissements et des unités sanitaires visant à faciliter le repérage des personnes détenues en perte d'autonomie.

➤ **Prendre en compte la perte d'autonomie dans la gestion de la détention**

L'amélioration des conditions de vie des personnes en perte d'autonomie en détention passe par une affectation des cellules mieux étudiées et par la réalisation de travaux afin d'améliorer l'accessibilité des établissements pénitentiaires. L'arrêté relatif à l'adaptation des établissements pénitentiaires existants, rédigé par le ministère de la justice, est actuellement dans le circuit de consultation interministériel.

Plus largement, un meilleur accès aux activités en détention pour les personnes handicapées doit être mis à l'étude.

➤ **Préparer la sortie**

Les personnes détenues handicapées sont confrontées à leur sortie de prison à des difficultés d'accès aux dispositifs de droit commun (établissements sociaux et médico-sociaux, structures d'hébergement) avec une discrimination qui peut s'accroître selon leur profil pénal.

Il conviendra de définir les procédures et de mutualiser les expérimentations destinées à assurer la continuité de la prise en charge des personnes concernées sortant de détention et contribuer à la mise en œuvre des mesures de suspension et d'aménagement de peine pour raison médicale, en améliorant l'accès aux structures médico-sociales.

➤ **Garantir un accès effectif aux droits sociaux**

En fil rouge, il s'agit de pouvoir garantir aux personnes détenues en perte d'autonomie un accès effectif à leurs droits sociaux.

L'objectif est de lever les difficultés d'accès aux prestations sociales des personnes détenues en perte d'autonomie. Pour cela, des outils seront élaborés (fiches techniques sur la domiciliation et les prestations d'aide sociale en faveur des personnes en perte d'autonomie) et des modalités de coordination partenariales seront mises en place au niveau national (élaboration d'un protocole avec l'Association des départements de France) et partagées afin qu'elles puissent être déclinées localement (sous la forme de conventions entre établissements pénitentiaires et conseils départementaux).

➤ **Améliorer la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice**

Dans le cadre de la mise à jour du guide méthodologique actualisé en octobre 2012¹⁰³, il est prévu une refonte de la fiche relative à la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.

Certaines informations contenues dans d'autres fiches du guide et concernant spécifiquement les personnes en perte d'autonomie doivent être regroupées ou mieux identifiées au sein de la fiche dédiée :

- les procédures d'orientation des personnes ;

¹⁰³ Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 concernant l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

-
- les dispositions tenant aux droits spécifiques des personnes détenues en ce qui concerne l'aidant ;
 - les dispositions sur la mise sous protection juridique des majeurs.

En outre, la fiche dédiée doit être complétée sur un certain nombre de points, notamment en permettant :

- d'opérer un lien avec le guide relatif aux droits sociaux des personnes sous main de justice (publié en 2014 par la direction de l'administration pénitentiaire) ;
- de préciser les acteurs et les procédures dans la prescription et la fourniture des aides techniques (fauteuils roulants, cannes, lits médicalisés) ;
- de déterminer l'organisation des moyens et des modalités d'intervention des services d'aide à domicile, etc.

Le guide devra également être mis à jour concernant les personnes handicapées afin de tenir compte des nouvelles dispositions relatives à la suspension de peine pour raison médicale issue de la loi du 15 août 2014 et de la future loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

L'échéance de la mise à jour de ce guide est fixée en 2015.

➤ **Améliorer la situation des jeunes pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse**

Pour les jeunes relevant de la protection judiciaire de la jeunesse, un travail s'engage pour un meilleur repérage des situations de mineurs bénéficiant, en amont de leur suivi à la PJJ, d'une reconnaissance de handicap dans le cadre de leur parcours de vie, afin de décliner les adaptations nécessaires durant leur prise en charge (projet d'accueil individualisé : PAI) et ne pas induire de rupture de suivi et d'accompagnement.

Pour ce faire, la PJJ s'engage à diffuser auprès de ces équipes une fiche d'information sur les MDPH. Elle inclut des items spécifiques concernant la prise en compte des handicaps dans le traitement automatisé commun des mineurs et jeunes majeurs confiés aux opérateurs public et associatif habilité de protection judiciaire de la jeunesse dénommé « GAME ». Il permet une évaluation de la situation éducative du mineur en début et en fin de prise en charge au titre d'une décision judiciaire, d'un suivi en détention ou d'un partenariat en ce qui concerne son inscription dans une activité de jour dont il peut être bénéficiaire au titre de son insertion sociale et professionnelle.

La protection judiciaire de la jeunesse peut accompagner les parents au vu des observations réalisées en milieu ouvert ou en hébergement pour une reconnaissance par les MDPH des difficultés et incapacités rencontrées par certains mineurs. Elle s'engage à améliorer le suivi des situations initiées avec la PJJ avec les MDPH.

2.1.4.5 Améliorer l'accueil dans les parcours de soins et les prises en charge en milieu hospitalier

- L'accueil des personnes en situation de handicap doit également pouvoir être valorisé dans le cadre de **l'exercice regroupé des professionnels de santé**. Des négociations doivent être engagées en ce sens pour déployer via les agences régionales de santé des contractualisations

permettant une rémunération forfaitaire d'équipes pluridisciplinaires, notamment dans les maisons de santé.

- Pour les établissements de santé, la prise en charge des personnes en situation de handicap doit être intégrée aux pratiques professionnelles et à l'organisation des soins, y compris à la **procédure de certification des établissements**. La Haute autorité de santé (HAS) élaborera un guide pour intégrer cette dimension.
- Pour favoriser l'accès aux soins des personnes hébergées en établissements médico-sociaux, la télémédecine et l'intervention des services d'hospitalisation à domicile (HAD) seront développés. Des fédérations hospitalières se sont d'ores et déjà engagées **à contractualiser avec les ESMS** de leur territoire en matière d'HAD. Ces engagements concerneront également la psychiatrie pour les personnes handicapées psychiques.
- Pour intervenir auprès des personnes en situation de handicap et en échec de soins dans le système courant, **des dispositifs de consultations spécialisées** seront développés. Une fois les expériences existantes recensées et analysées, un cahier des charges sera élaboré pour développer ces initiatives. Des soins dentaires, de gynécologie et des consultations anti-douleur, pourront notamment y être proposés, en lien étroit avec les établissements et services médico-sociaux locaux.
- La signature de la **charte « Romain Jacob »** est une excellente initiative pour encourager ces pratiques d'attention portée à l'accueil des personnes en situation de handicap et à la coopération entre services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
- S'agissant des **personnes handicapées vieillissantes**, la question de leur parcours de santé fera l'objet d'une instruction auprès des ARS, sur la base notamment des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM (« L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes ») et du rapport de Patrick Gohet.
- Rendre possible le financement de « parcours » :
 - Le **fonds d'intervention régional** (FIR), destiné aux ARS, comporte désormais un objectif de promotion des parcours de santé. C'est une avancée importante qui a été introduite tout récemment par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.
 - En lien avec la DGESCO, la CNSA, et bénéficiant de l'accompagnement des IREPS dans le cadre du projet « PJJ promotrice de santé », la protection judiciaire de la jeunesse participe à plusieurs initiatives de **décloisonnement des pratiques avec les ITEP**, pour la mise en cohérence des projets éducatifs, des projets personnalisés de scolarisation et des projets personnalisés d'accompagnement.
- **Développer la prévention en santé**
 - Dans les établissements sanitaires et médico-sociaux (ESMS)

Pour améliorer l'accès aux soins et à la prévention des personnes handicapées au sein même des établissements médico-sociaux, des objectifs de prévention seront intégrés aux Contrats Pluri-annuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Les **ESMS déclineront en particulier les campagnes nationales ciblées** (évaluation et traitement de la douleur, prévention bucco-dentaire, et prévention du cancer du sein par exemple).

- Un effort continu en faveur de la compréhension des messages de prévention dans les établissements sanitaires et médico-sociaux (ESMS)

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), poursuivra sa démarche **de mise à disposition en « français facile à lire et comprendre »** de ses documents d'éducation pour la santé, en développant une logique d'accessibilité universelle.

➤ **Former les professionnels, encourager les recherches et les recommandations conjointes.**

- Des **formations des professionnels** seront mises en place sous l'égide des ARS, notamment par des formations dites « croisées », entre différents types de professionnels, qui constituent un levier pour améliorer ces coopérations et ces pratiques.
- Pour les **personnes en situation de handicap psychique**, seront développés des outils à destination des agences régionales de santé (ARS) pour leur permettre de procéder à des diagnostics territoriaux et inciter les coopérations nécessaires entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires permettant la prise en charge des personnes (mission confiée à Monsieur Michel Laforcade).
- Pour favoriser cette coordination, les **recommandations conjointes HAS/ANESM** seront développées, et les **recherches conjointes** sanitaires et médico-sociales encouragées.

2.1.4 Promouvoir une vision large de l'accessibilité universelle : faciliter les pratiques ludiques, touristiques et culturelles

Il s'agit de garantir l'accès à tout pour tous sans discrimination et pour tous les types de handicap. La personne en situation de handicap doit pouvoir mener sa vie comme elle le souhaite dans tous les aspects de la vie quotidienne, à égalité avec les autres, comme le prévoit la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées. C'est une évolution vers le concept encore flou « d'accessibilité universelle » qui concerne désormais les pratiques culturelles (1), sportives (2), touristiques (3), mais également les pratiques de consommateur (4).

2.1.4.1 Poursuivre les actions engagées pour garantir l'accès à la culture

La Commission nationale culture-handicap constitue un outil de concertation entre l'ensemble des acteurs concernés par l'accès de tous nos concitoyens à la culture. La prochaine réunion, prévue au second semestre 2015, permettra de faire un point d'étape sur les grands axes du programme Culture-Handicap :

- l'accessibilité aux produits des industries culturelles (livre, cinéma, télévision);
- l'accessibilité aux établissements publics Culture ;
- et l'accessibilité à la pratique culturelle et artistique.

Un bilan du plan d'éducation artistique et culturelle permettra d'identifier son impact auprès

des jeunes en situation de handicap. La question de la formation, initiale et continue, des professionnels de la culture sera également traitée.

➤ **Adopter les projets de textes législatifs et réglementaires puis les mettre en œuvre**

➤ **Élargir les bénéficiaires de l'exception handicap aux droits d'auteurs**

Le ministère de la culture et de la communication s'est engagé en faveur de l'élargissement de l'exception aux droits d'auteurs en faveur des personnes handicapées, afin d'assurer une meilleure adéquation de la définition du champ des bénéficiaires, notamment pour intégrer l'ensemble des situations de handicaps concernées.

Cette mesure est inscrite au projet de loi relatif à la liberté de création, l'architecture et le patrimoine, dont l'examen par le Parlement est prévu à l'automne 2015.

➤ **Développer l'offre de livres et de lecture**

Le ministère de la culture et de la communication s'est engagé en faveur du développement de l'offre disponible pour les associations en charge de l'adaptation sur la Plateforme de Transfert des Ouvrages Numériques (PLATON) et de l'amélioration des conditions de son adaptation.

Outre le développement de l'offre de livres et de lecture auprès des personnes handicapées, l'adaptation des modalités de fonctionnement de la Plateforme Platon permettra une amélioration de la productivité de l'activité d'adaptation réalisée dans le cadre de l'exception. Ces progrès seront réalisés grâce à des obligations plus contraignantes sur les formats de fichiers transmis par les éditeurs et à un partage plus systématique des documents adaptés entre organismes agréés.

L'adaptation des modalités de fonctionnement de la Plateforme Platon est également inscrite dans le projet de loi relatif à la liberté de création, l'architecture et le patrimoine.

➤ **Rendre accessible les établissements délivrant des prestations visuelles ou sonores**

Deux groupes de travail, réunissant professionnels du secteur, collectivités territoriales et associations représentatives des personnes handicapées, ont été créés, au sein du Centre national du cinéma et de l'image animée (CNC) et de la Direction générale à la création artistique, en vue d'élaborer un arrêté.

Cet arrêté qui porte sur deux axes d'amélioration fait actuellement l'objet d'une dernière phase de consultation auprès des associations représentatives des personnes handicapées. Ce texte vise à :

- d'une part favoriser la mise à disposition d'un matériel permettant un accès aux offres de prestations visuelles ou sonores pour les personnes en situation de handicaps sensoriels ;
- et d'autre part permettre l'adaptation pour ces établissements recevant du public (ERP) de certaines contraintes communes relevant des spécificités du spectacle cinématographique et du spectacle vivant.

Ce texte relatif à l'accessibilité des établissements délivrant des prestations visuelles ou sonores aura vocation à préciser les principes de l'arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555. Il concernera à la fois le secteur du cinéma (établissements de spectacles cinématographiques, cinémathèques et le Forum des images) et le secteur du spectacle vivant (lieux de diffusion du spectacle vivant).

Le projet d'arrêté pourra être finalisé au second semestre 2015, après publication des textes réglementaires concernant l'accessibilité des ERP neufs.

➤ **Elargir l'obligation de formation initiale à l'accessibilité**

A l'issue de l'état des lieux de 2012, concernant le respect de l'obligation de formation à l'accessibilité au sein des établissements nationaux d'enseignement supérieur culture, le ministère veut étendre cette obligation à d'autres établissements d'enseignement supérieur, en modifiant l'arrêté du 26 mai 2008 (décret n° 2007-436 du 25 mars 2007).

Les diplômes du patrimoine (École du Louvre et Institut du Patrimoine), des écoles supérieures d'arts plastiques (création d'objets participant à la chaîne du déplacement) et des établissements des métiers de l'image et du son, seront ainsi concernés par l'obligation.

Le ministère de la culture et de la communication publiera un arrêté répertoriant les diplômes et établissements concernés courant 2016.

➤ **Soutenir l'accessibilité des films français et des salles de cinéma**

Afin de mesurer l'impact des dispositions prises en faveur de **l'accessibilité des films français**, le CNC réalisera un bilan de l'aide destinée aux producteurs au second semestre 2015, à la suite du bilan réalisé sur l'accessibilité des films français en mars 2015 (chiffres ci-dessus dans la 1^{ère} partie).

De plus, le CNC adapte **l'aide sélective à la création et à la modernisation des salles de cinéma aux enjeux de l'accessibilité**. Il s'agit d'aider la petite ou moyenne exploitation à financer, d'une part, les travaux d'accessibilité, et d'autre part, les dispositifs ou équipements spécifiques permettant un accès aux films pour les personnes en situation de handicaps sensoriels.

Un bilan de l'aide sélective à la création et à la modernisation des salles de cinéma sera réalisé annuellement par le CNC.

➤ **Pour une télévision accessible aux personnes ayant un handicap sensoriel**

Pour **améliorer l'accessibilité des programmes télévisuels aux personnes sourdes**, le ministère de la culture et de la communication s'assurera que les diffuseurs ayant participé au groupe de travail sur l'interprétation en langue des signes française (LSF) des programmes audiovisuels engageront un travail commun, en concertation avec les associations concernées, afin :

- ✓ de développer une solution d'affichage à la demande de la traduction en LSF sur un second écran ;
- ✓ d'évaluer la faisabilité technique d'une solution universelle de traduction en LSF, capable de faire apparaître, à la demande du téléspectateur, et sur le même écran, une traduction en LSF de façon simultanée et synchronisée avec le programme de télévision, quels que soient l'écran et le système d'exploitation.

Ces travaux débiteront avant la fin de l'année 2015 et devront aboutir avant la fin de l'année 2018.

Par ailleurs, le ministère participera aux travaux que le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel propose d'organiser avec les différents acteurs du secteur, pour définir les modalités techniques permettant d'assurer la disponibilité du sous-titrage et de l'audiodescription sur la télévision connectée sur tous les écrans, en priorité sur la télévision de rattrapage et la vidéo à la demande, de

façon à ce que les personnes handicapées visuelles et auditives puissent accéder à la télévision comme tout autre téléspectateur.

➤ Mobiliser les acteurs de la culture

Le ministère reste engagé dans sa politique éditoriale consacrée au handicap afin de mobiliser les professionnels de la culture en faveur de l'accessibilité. La collection des **guides "Culture et Handicap"**, à destination des professionnels de la culture sera enrichie de trois nouveaux ouvrages :

- publication à l'automne 2015 du quatrième guide intitulé « Expositions et parcours de visite accessible »;
- publication fin 2015 du guide « Bibliothèques accessibles »;
- publication début 2016 du guide « Cinéma et accessibilité ».

2.1.4.2 Garantir l'accès à la pratique sportive pour les personnes handicapées

Deux objectifs principaux sont recherchés dans toutes les actions menées par le ministère chargé des sports :

- l'égal accès à la pratique sportive, comme s'y est engagé le Président de la République (proposition 40 : garantir « pour tous les jeunes, valides ou non, la possibilité de pratiquer un sport dans un club ou une association ») ;
- le renforcement de l'autonomie pour lutter contre la sédentarité et l'isolement social, redonner de la confiance et se réapproprier son corps.

Autant de raison pour favoriser l'accès des personnes handicapées à la pratique sportive de leur choix. Toutefois, leur taux de pratique reste encore très inférieur à celui du reste de la population.

➤ Mobiliser le réseau des référents au sein des fédérations sportives

Historiquement, la pratique sportive des personnes en situation de handicap s'est développée essentiellement au sein des grandes fédérations sportives dédiées, que sont la Fédération Française Handisport et la Fédération Française du Sport Adapté. Aujourd'hui, ce modèle français du domaine sport et handicaps est questionné par les aspirations sociales à l'inclusion portées notamment par la loi du 11 février 2005 avec une pratique sportive des personnes handicapées au sein des fédérations.

En complément du réseau de référents handicap au sein des établissements publics du ministère en charge des sports, le pôle ressources national « Sport et handicap » (PRNSH) favorisera **l'animation du réseau des référents au sein des fédérations sportives**.

Le PRNSH poursuivra l'animation et la diffusion des outils afin d'accompagner au mieux les acteurs qui œuvrent au développement et à la promotion des activités physiques et sportives pour les personnes handicapées. **Des outils et des formations seront créés**, à l'instar d'un kit pédagogique de sensibilisation ou encore de regroupement de ce réseau pour échanger et mutualiser les bonnes pratiques.

➤ Favoriser l'adhésion des personnes en situation de handicap aux clubs sportifs de leur choix

Le Handiguide des sports, base de données mise en ligne par le Centre National pour le Développement du Sport (CNDS), permet d'identifier les clubs qui déclarent accueillir ou être en capacité d'accueillir des personnes handicapées.

Afin de fiabiliser ces données, une procédure de vérification des informations saisies sera engagée, ainsi qu'une **campagne de communication** afin de promouvoir sa diffusion et d'inciter de nouveaux clubs à s'y inscrire. Cette information permettra de faire connaître l'offre d'accueil accessible pour les personnes en situation de handicap dans les clubs sportifs.

➤ **Favoriser l'accès aux grands événements sportifs et aux installations sportives**

L'envie de pratiquer une activité physique et sportive passe d'abord par une passion du sport. A ce titre, afin d'**assurer l'accessibilité universelle lors des grands événements sportifs**, une réflexion est menée conjointement avec le secrétariat d'état chargé des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, pour mieux prendre en compte l'ensemble des handicaps, tant dans l'accueil que dans l'accès plus global aux grands événements sportifs comme le prévoit le plan interministériel d'action pour l'Euro 2016 de football (fan zones, accès aux résultats, rencontres sportives mixtes).

Le CNDS est doté d'une **enveloppe nationale d'accessibilité de 2 millions d'euros par an destinée à rendre accessible aux personnes handicapées les équipements sportifs**. Cette enveloppe sera **maintenue pour la période 2013 à 2016**.

➤ **Favoriser la médiatisation**

Le développement de la pratique passe également par la médiatisation des compétitions sportives ayant lieu sur notre territoire. Le ministère, via le CNDS, a mis en place **un fonds de soutien à la production audiovisuelle destiné aux fédérations sportives pour la médiatisation d'événements sportifs peu relayés auprès du public**.

Ce fonds, créé en 2014 et doté d'un budget d'1 million par an, a contribué à soutenir trois projets « sport et handicap » dont, par exemple, la création d'un reportage de 52 minutes sur le sport adapté.

➤ **Favoriser l'excellence sportive**

Le ministère en charge des sports travaille à **la reconnaissance du statut du sportif de haut niveau**, dans le but notamment de les former en vue de préparer l'« après-carrière », de les protéger socialement et de sécuriser le statut des sportifs professionnels.

A ce titre, les sportifs de haut niveau, qui représentent la France lors des jeux paralympiques et qui sont susceptibles d'y remporter une médaille, sont inscrits dans le dispositif de suivi socioprofessionnel pour mieux les accompagner vers un emploi adapté à leur contrainte liée à l'entraînement de haut niveau.

L'excellence sportive se traduit également par la participation d'une délégation française aux jeux paralympiques. Les **Jeux de Rio 2016** marqueront un **tournant historique puisque cinq fédérations françaises composeront la délégation française** : aux deux traditionnelles que sont le FF Handisport et Sport Adapté, s'ajouteront les FF d'Aviron, de Canoë-Kayak et de Triathlon.

➤ **Poursuivre l'effort engagé en faveur de l'emploi dans les fédérations sportives spécialisées**

Aux deux millions d'euros que l'Etat consacre aux rémunérations des cadres techniques sportifs d'Etat exerçant auprès du CPSF et des deux fédérations françaises Handisport et Sport Adapté, s'ajoutent 1,8 millions d'euros mobilisés par le CNDS pour contribuer au financement des emplois sportifs qualifiés permettant aux associations sportives spécialisées de recruter du personnel d'encadrement formé pour accueillir les personnes en situation de handicap (21 emplois au niveau national et 128 au niveau des territoires). **Cette priorité est réaffirmée.**

➤ **Développer l'accueil des enfants et des jeunes dans les accueils collectifs pour mineurs (ACM)**

Afin de faciliter cet accueil, un guide méthodologique destiné en priorité aux organismes de formation et formateurs préparant au brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur et de directeur d'accueils collectifs de mineurs- (BAFA BAFD)- diplômés dont sont le plus généralement titulaires les encadrants de ces accueils, avait été réalisé en décembre 2003.

Intitulé « sensibilisation à l'accueil des enfants et des jeunes mineurs handicapés dans le cadre des formations au BAFA et au BAFD », ce guide venait aider les encadrants à mettre en œuvre la démarche d'inclusion voulue par les pouvoirs publics et les organisateurs d'ACM.

Ce guide sera réactualisé en associant les partenaires concernés, organisateurs d'ACM, organismes de formation au BAFA et BAFD, comité de rédaction et de suivi de la charte de déontologie pour l'accueil des personnes handicapées dans des structures de vacances et de loisirs non spécialisées, associations de parents d'enfants handicapés, CNAF et DGCS.

2.1.4.3 Développer l'accessibilité des sites touristiques

La Direction générale des entreprises et ses services en région que sont les DIRECCTE, favorisent la prise en compte de l'accessibilité dans le secteur du tourisme avec **la marque Tourisme & Handicap (T&H)**, qui est attribuée à un établissement ou à une prestation, et **Destination pour tous (DPT), qui est attribué à un territoire**. Ces deux dispositifs sont aussi des outils de promotion de tourisme tant au niveau national qu'au niveau international.

S'agissant de T&H, la DGE a engagé une démarche de simplification et de modernisation du processus d'attribution de la marque. Il s'agit de rapprocher « le demandeur du décideur » et de simplifier le processus. Depuis le 1^{er} janvier 2015, l'attribution déconcentrée est expérimentée dans six régions. L'objectif est de généraliser la déconcentration et d'engager la dématérialisation au 1^{er} janvier 2016.

S'agissant de DPT, la DGE a engagé plusieurs actions en direction des territoires sensibilisés au tourisme accessible, déjà ou potentiellement candidats : rencontre sur site et prise de contact. Dans ce cadre, la DGE prépare un guide méthodologique, dont la publication est prévue avant la fin du premier semestre 2015, destiné à aider les territoires, déjà engagés dans la démarche ou « primo demandeurs », qui souhaitent valoriser leur offre touristique accessible.

2.1.4.4 Faciliter la vie de client et d'utilisateur des personnes en situation de handicap

➤ **Inciter le secteur privé à rendre accessible ses produits et services**

Une convention avec l'**Institut National de la Consommation (INC)** sera signée. Elle vise à améliorer l'information des personnes handicapées sur les produits de consommation. D'ici janvier 2016, l'INC élaborera une liste de produits (électro-ménagers notamment) préalablement testés et référencés comme conformes aux règles d'accessibilité.

De plus, sera engagée la signature de **chartes d'engagements volontaires** avec les secteurs de la banque, de l'assurance, de l'immobilier, en y intégrant un volet accessibilité numérique.

2.1.4 Accompagner, informer et former les parents

La feuille de route du CIH du 25 septembre 2013 a prévu un accompagnement des enfants dès leur plus jeune âge ainsi que de leurs familles. Une continuité de ces actions doit être garantie afin de permettre aux parents de rester acteurs de leur projet éducatif, quels que soient le mode d'accompagnement retenu, leur situation professionnelle et leur niveau de revenus.

➤ **En relation avec les associations, mettre en place des formations pour les parents**

La CNSA, dans le cadre de ses missions relatives à la formation des aidants, mettra en place des **formations destinées aux parents** en développant le processus conventionnel sur les formations avec les associations représentatives de personnes handicapées et de leurs familles. Ces formations concerneront la gestion de la découverte du handicap ainsi que son accompagnement.

➤ **Approfondir la question du soutien au long cours aux parents**

Dans le cadre de la politique menée en faveur de la petite enfance, l'inclusion des enfants en situation de handicap est prise en compte à travers les actions suivantes :

- expérimenter des **actions spécifiques auprès de parents d'enfants handicapés avec des CAF volontaires** grâce au doublement des moyens du fonds national d'action sociale consacrés aux dispositifs de soutien à la parentalité ;
- évaluer les besoins spécifiques en matière de handicap dans les futurs **schémas territoriaux de services aux familles**.

2.2 Concevoir des réponses et des prises en charge adaptées à la situation de chacun

En dépit des évolutions attendues de l'environnement des personnes handicapées, pour certaines d'entre elles, un accompagnement indispensable reste indispensable le cas échéant en institution.

Pour les plus vulnérables, à la suite du rapport « Zéro sans solution » remis en juin 2014 par Monsieur Denis Piveteau, le projet d'« une réponse accompagnée pour tous » sera conduit par Madame Marie-Sophie Desaulle (1). L'évolution des accompagnements en matière d'autisme fait l'objet d'un plan particulier (2). Enfin, le soutien de l'aide à domicile (3) reste dans ce cadre indispensable, tout comme l'accent mis sur la promotion de la bientraitance (4).

2.2.1 L'accompagnement : mettre en œuvre « une réponse accompagnée pour tous »

Dans le cadre d'une **conduite de projet intégrée**, s'appuyant sur les lieux de concertation et de décision existants, et sur les chantiers de réforme déjà engagés, le projet « une réponse accompagnée pour tous » permettra d'offrir un accompagnement social, médico-social, éducatif ou sanitaire permanent pour les plus vulnérables et leurs familles.

2.2.1.1 Mettre en place un dispositif d'orientation permanente par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

Le principe d'un dispositif permanent d'orientation sera demandé aux MDPH. En parallèle seront réalisés : l'état des lieux des pratiques des MDPH en matière d'orientation (second trimestre 2015), l'adaptation des systèmes d'information permettant le recueil et le suivi de ces décisions (avec une priorité donnée aux enfants en 2015 sur la base des outils GEVA-Sco et des projets personnalisés de scolarisation), l'inscription de ces nouvelles pratiques dans les contrats de qualité et de service signés avec les MDPH.

Un déploiement par vagues est envisagé, commençant par un premier ensemble de **8 à 14 départements pilotes** volontaires (objectif d'un département par grande région et d'un département pour l'outre-mer) avec une priorité donnée aux jeunes en situation d'amendement Creton.

Si possible, seront créés des « **dispositifs passerelle de mise en situation** » pour trouver la meilleure réponse pour des personnes présentant des « comportements problèmes ».

2.2.1.2 Organiser une offre territorialisée permettant le déploiement de réponses accompagnées, et poursuivre les ouvertures de places et services

Sous l'impulsion des ARS, des « contrats partenariaux » seront proposés aux conseils départementaux, rectorats, et MDPH portant sur le partage des données, la construction des réponses, les investissements, la mobilisation des ressources humaines, l'accompagnement des professionnels concernés. La relation avec les DIRECTTE et l'AGEFIPH sera progressivement construite.

A l'instar des établissements de santé qui prévoient d'incorporer dans leur CPOM des objectifs portant sur l'organisation de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, **les CPOM à conclure avec les ESMS, prévoient une évolution des pratiques**, qu'il s'agisse d'information à transmettre aux MDPH, de formation des personnels et de supervision des pratiques, de participation aux groupes opérationnels de synthèse ou encore d'adaptation des projets d'établissement.

Des **procédures de coordination** doivent être formalisées, pour les adultes (dans le cadre de la loi relatif à la modernisation du système de santé et en lien avec les travaux sur la santé mentale et les soins de premier recours) comme pour les enfants (à partir des groupes techniques départementaux).

La formalisation **d'engagements de partage** (validé par l'utilisateur) **d'informations** entre acteurs sera centrale ; à cet égard la relance du DMP contribuera fortement aux progrès attendus.

Les **plateformes d'appui de coordination** prévues dans la loi relatif à la modernisation du système de santé, de même que les équipes relais créées par le plan « handicaps rares », sont parties prenantes de cette coordination.

L'évolution et le développement de l'offre des établissements et services médico-sociaux existants est un complément indispensable. A cet effet,

- D'une part, au cours des prochaines années, ce sont **4 à 5 000 places ou services** qui seront **créés notamment pour l'accompagnement des personnes adultes**.
- Les **moyens innovants et souples** (habitat partagé, passerelles, équipes mobiles, etc...) seront **privilegiés**.
- Le développement des centres ressources se poursuivra.
- La **réforme de la tarification des ESMS** favorisera ces évolutions, en premier lieu prévues pour les ITEP.

2.2.1.3 Associer les pairs (personnes en situation de handicap et leurs familles) à la dynamique de changement

De plus, un **accompagnement par les pairs sera proposé soit au sein des établissements**, soit en lien avec la MDPH. Les premiers retours d'expérience se traduiront par l'élaboration d'une charte de bonnes pratiques.

Les personnes en situation de handicap et des parents contribueront aux programmes de formation afin de **transmettre leur expertise aux professionnels**.

Dans le même esprit, il est souhaitable que le **cadre d'innovations** prévu pour les maladies chroniques soit élargi aux personnes en situation de handicap.

2.2.1.4 Accompagner le changement des pratiques

En premier lieu, **l'accompagnement au changement des maisons départementales des personnes handicapées** (MDPH) apparaît fondamental pour répondre à l'objectif d'une « réponse accompagnée pour tous ».

En effet, les MDPH sont au cœur de la réforme dans la mesure où elles sont en charge, en lien avec les acteurs concernés, de l'évaluation des besoins de la personne handicapée et de la définition d'une réponse adaptée. Afin qu'elles recentrent leur activités sur ces tâches essentielles, un chantier de simplification des tâches administratives à faible valeur ajoutée pour les usagers a été engagé. Ainsi, à l'occasion de la conférence nationale du handicap de décembre 2014, le Président de la République a annoncé un certain nombre de mesures, notamment l'allongement de la durée d'attribution de l'allocation pour adultes handicapés de 2 à 5 ans pour les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50% et 79%, dont le décret a été publié en avril 2015, et la simplification de l'attribution et de la fabrication des cartes de stationnement (pour lesquelles un certain nombre de mesures ont été adoptées dans le cadre du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement).

Afin de permettre aux MDPH de définir des solutions adaptées aux besoins des personnes handicapées, la **mise en place d'un système d'informations** permettant de suivre la mise en œuvre des orientations constitue un enjeu central. La Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie (CNSA) a entamé des travaux en ce sens. A cet égard, il apparaît important de souligner que la mobilisation des établissements et services médico-sociaux apparaît essentielle pour alimenter ces systèmes d'informations.

Les **conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM)** et les futures conventions pluriannuelles signées entre la CNSA et les conseils départementaux, prévues par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, les deux poursuivant des objectifs communs d'amélioration du service rendu à l'utilisateur, seront utilisées comme outils de changement des pratiques des MDPH en vue d'améliorer l'accompagnement des personnes handicapées.

Par ailleurs, **l'accompagnement au changement des pratiques des professionnels** intervenant auprès des personnes handicapées, notamment dans les champs sanitaire, médico-social et éducatif, constitue également un élément important de la réforme. En particulier, le chantier prévoit le développement de formations croisées entre les inspecteurs d'académie, les directeurs de MDPH et les directeurs d'établissements médico-sociaux. Enfin, des actions de formation des professionnels de santé et de l'éducation nationale au handicap seront également mises en œuvre.

En parallèle, un chantier spécifique vise à élaborer et diffuser des **bonnes pratiques pour l'accompagnement des personnes handicapées en situation complexe** dans les champs sanitaire et médico-social. Ainsi, différentes thématiques ont d'ores et déjà été inscrites au programme de travail de l'ANESM telles que l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes (recommandation publiée en mars 2015), les protocoles de coordination, la gestion des « comportements-problèmes » et l'accompagnement du passage à la vie d'adulte des personnes mineures handicapées et prévention des situations de rupture dues aux barrières d'âge.

Enfin, un chantier visant à **développer la recherche-action sur le handicap** sera engagé en lien avec le conseil scientifique de la CNSA. En particulier, il s'agit d'organiser des retours d'expériences sur l'accompagnement des situations de handicap complexes et de capitaliser sur les bonnes pratiques.

La vision d'ensemble portée par la stratégie nationale de santé rassemble prévention, soins, accompagnement médicosocial et social. Son approche globale visant à réduire les inégalités de santé et à garantir l'accès aux soins et à la santé répond parfaitement aux besoins des personnes handicapées. Le projet de loi relatif à la modernisation du système de santé s'intègre dans cette vision, promouvant une approche qui facilite les parcours des personnes. Plusieurs de ces dispositions concerneront directement les personnes en situation de handicap.

2.2.1.5 Gouvernance et coordination des acteurs

Les ARS seront mobilisées pour identifier des **référénts** en leur sein qui pourront promouvoir innovations et bonnes pratiques.

La mise en œuvre de certaines mesures du projet de loi relatif à la modernisation du système santé concernera directement les personnes en situation de handicap. Ainsi, pour améliorer la coordination des différents acteurs, le **dossier médical partagé**, s'adressera prioritairement aux personnes atteintes de maladies chroniques mais aussi aux personnes en situation de handicap.

Les projets pilotes pour mettre en place, dans les territoires, un **service d'accompagnement** pour les personnes atteintes de maladies chroniques s'adresseront également aux personnes en situation de handicap.

2.2.2 Accompagner les personnes handicapées tout au long de leur parcours professionnel lorsque c'est nécessaire

La mission parlementaire confiée à Madame Annie Le Houerou, députée des Côtes d'Armor dans la cadre des décisions prises par le CIH, souligne la nécessité d'un accompagnement des personnes qui s'inscrivent dans la durée afin d'éviter les ruptures dans les prises en charge des personnes par les différents dispositifs.

Pour certains handicaps, notamment le handicap psychique, un accompagnement est nécessaire, au-delà d'une adaptation technique du poste de travail, pour favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi.

L'AGEFIPH propose d'ores et déjà des prestations ponctuelles spécifiques (PPS) pour le handicap psychique et le handicap mental. Ces prestations répondent à un réel besoin des prescripteurs : 6 973 prestations ont été prescrites par les Cap emploi et 559 par les services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) en 2013. Pour autant, celles-ci demeurent des interventions ponctuelles.

Il importe désormais de développer la cohérence entre les différents dispositifs d'aide et d'accompagnement, afin de permettre, dans une logique de parcours, **un accompagnement adapté et dans la durée** des personnes.

Le Gouvernement a demandé à l'AGEFIPH et au FIPHFP de prendre en compte ces enjeux dans le cadre de l'évaluation de leur offre d'intervention et de la mise en place d'une nouvelle offre d'ici à deux ans. Il convient que les futures offres d'intervention soient davantage lisibles et permettent d'inscrire les aides aux personnes et aux entreprises dans une logique de soutien au long cours des parcours professionnel et de prévention des ruptures d'accompagnement.

2.2.3 Le plan autisme

Au cours de prochaines années, l'Etat poursuivra son effort pour améliorer l'accompagnement des personnes avec autisme et leurs familles. C'est l'enjeu du 3^{ème} plan autisme (2013/2017), publié en mai 2013 dont les actions du plan ont pour fil rouge les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS et de l'ANESM. Ce plan est présenté en annexe 3.

2.2.4 L'aide à domicile

Par ailleurs, les conditions et la qualité de l'aide à domicile seront améliorées dans le cadre du chantier ouvert par la secrétaire d'état chargée des enfants, de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie et par la secrétaire d'état chargée des personnes handicapées et de la lutte contre les exclusions, chantier visant la professionnalisation du secteur, le regroupement des services dans une logique de plateforme ainsi que les passerelles pour les parcours professionnels vers les autres secteurs d'activités.

2.2.5 Améliorer les conditions de promotion de la bientraitance

La maltraitance des personnes en situation de handicap est un phénomène méconnu car très peu étudié. Qu'elle ait lieu dans le milieu familial ou au sein d'une institution, elle est une réalité complexe à appréhender, tant dans son ampleur que dans la nature des violences qui la caractérisent (abus, violences, atteintes aux droits fondamentaux...). Les personnes handicapées mentales sont particulièrement vulnérables, notamment parce qu'elles ont des difficultés à cerner ce qui relève ou non d'un acte de maltraitance, qu'elles ont du mal à s'exprimer ou à être entendues. Il en est de même pour les enfants et les personnes les plus lourdement handicapées.

Aussi, **la promotion de la bientraitance et le renforcement de la lutte contre la maltraitance** de ce public particulièrement vulnérable est une priorité nationale. Cette mission doit encore être renforcée afin de davantage protéger toutes celles et tous ceux qui sont en situation de fragilité et ne peuvent se défendre.

L'Etat, garant de la protection des personnes vulnérables, organise la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées autour de quatre axes prioritaires :

- améliorer la détection, le signalement et le traitement des faits de maltraitance en vue d'une intervention rapide et adaptée des services publics. Des mesures facilitant le repérage des signaux de souffrance, l'écoute et l'accompagnement de ces personnes sont aussi à renforcer;
- améliorer la connaissance du phénomène de la maltraitance ;
- renforcer le contrôle et l'accompagnement des établissements et services et médico-sociaux, qui peut aboutir le cas échéant, à sanctionner tout acte grave de maltraitance ou tout dysfonctionnement impactant la qualité de la prise en charge et le respect des personnes accueillies ;
- développer une dynamique de bientraitance dans le secteur médico-social.

2.3 Des mesures concrètes de simplification pour améliorer le quotidien des plus fragiles

Elles sont indispensables non seulement pour faciliter l'accès aux droits des personnes, mais aussi pour libérer du temps au personnel des MDPH. Elles sont centrées autour de trois axes : la limitation de l'avance de frais (1), la simplification de l'accès aux droits (2), et l'amélioration de l'information (3).

2.3.1 En matière de ressources, limiter l'avance des frais

Pour limiter les situations au cours desquelles les personnes en situation de handicap se trouvent dans l'obligation de déboursier une somme importante préalable au remboursement par les conseils départementaux, ceux-ci auront la possibilité de mettre en place un dispositif de **tiers-payant des fournisseurs** pour l'acquisition des aides et équipements techniques.

En matière de santé, dans le cadre du décret relatif aux **contrats responsables et solidaires en matière de santé**, des remboursements minimaux sont imposés aux complémentaires à compter de 2015. Concrètement, cela signifie qu'alors aujourd'hui certaines mutuelles ne remboursent pas le forfait hospitalier journalier, demain, ce sera impossible.

2.3.2 Favoriser l'accès aux droits en évitant les procédures répétitives et en accélérant les délais de réponse de l'administration

Pour éviter les ruptures de droits, il sera possible d'étendre la **durée d'attribution de l'AAH de 2 jusqu'à 5 ans**, sur décision motivée des MDPH. Le décret du 3 avril 2015 a défini ces dispositions.

Sauf pour des pathologies évolutives spécifiques, la **durée de validité du certificat médical sera allongée à 6 mois, au lieu de 3** aujourd'hui.

Une « **carte mobilité inclusion** », personnelle et sécurisée, sera créée pour remplacer, à terme, les deux cartes dites « de stationnement » et « de priorité ». Dans l'immédiat, la **durée de validité des cartes sera prolongée** pour éviter les ruptures de droits. De plus, il sera mis fin à la fabrication manuelle des cartes.

La **reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé** sera simplifiée et accélérée. Les **évolutions à venir** porteront sur l'automatisme de l'attribution initiale de la RLH pour les personnes sortant d'ESAT et d'EA, l'allongement de la durée de la RLH pour les personnes âgées de 50 ans et plus, la simplification de la procédure de renouvellement (instauration d'une automatisme sous condition), la simplification des modalités de calcul. L'ensemble de ces mesures permettra de simplifier la procédure, d'accélérer les délais de traitement, tout en assurant une plus grande équité du dispositif. L'automatisme de l'attribution de la RLH pour les personnes sortant d'ESAT et d'EA permettra d'encourager la mobilité et de fluidifier les parcours entre le milieu protégé, le secteur adapté et les autres entreprises. Les textes nécessaires à ces évolutions seront publiés en 2015 pour une application dès 2016.

Les **échanges entre les Caisses d'allocations familiales et les MDPH** seront progressivement **dématérialisés**. Afin d'automatiser et de sécuriser ces échanges, un dispositif d'échanges de données dématérialisé sera proposé dans un premier temps par la mise en place de la gestion électronique des documents (GED) puis par un système informatique sécurisé mis à disposition des MDPH et des CAF. Tout en fluidifiant le parcours de l'usager, ce dispositif vise à réduire les délais de traitement des dossiers.

Parallèlement dans le cadre du projet IMPACT, sera expérimentée une dématérialisation des échanges entre **les MDPH et les bénéficiaires** (formulaire de demande et du certificat médical).

L'instruction des demandes de PCH, seront revues pour être simplifiées en ce qui concerne les **aides humaines** et les **aides techniques**.

Le remboursement des **petits travaux d'aménagements du logement et du véhicule** sera simplifié par la mise en place d'un forfait.

L'examen des **coûts d'aménagement du logement et du véhicule** sera réalisé avec l'appui de l'ANAH, sous pilotage de la CNSA avec la participation de la DGCS.

2.3.3 Améliorer l'information des usagers

2.3.3.1 Développer l'utilisation du facile à lire et à comprendre

Les **avis et décisions rendus par les MDPH et les CAF** seront rédigés en « facile à lire et à comprendre ».

Le français facile à lire et à comprendre sera promu, notamment à travers une **sensibilisation des services de communication ministériels**.

Un **référentiel de l'accessibilité de l'information aux personnes handicapées mentales** sera élaboré par la CNSA.

2.3.3.2 Une information mieux diffusée

Pour mieux connaître les droits auxquels les personnes handicapées peuvent prétendre, une information sera diffusée sur les **mesures d'accès aux droits du plan pauvreté** (simulateur des droits, rendez-vous des droits, ..).

Au moment de la demande de l'AAH, une **information** systématique de l'utilisateur sera assurée par les MDPH sur la possibilité de demander le **RSA** en cas de refus de l'AAH.

2.4 Améliorer la gouvernance et faire évoluer les représentations

En complément des évolutions esquissées pour une politique inclusive, il importe d'améliorer la gouvernance du handicap afin de maintenir la mobilisation du plus grand nombre qu'il s'agisse des acteurs publics ou privés.

Cela suppose de disposer d'une meilleure vision de la situation des personnes handicapées en favorisant la recherche pour améliorer les prises en charge (1) et en relançant la statistique (2).

Dans ce contexte, il sera nécessaire de veiller à la participation des personnes handicapées (3) et à la mobilisation constante de l'ensemble des ministères (4).

2.4.1 Développer la recherche pour une meilleure connaissance et pour améliorer les prises en charge

Le handicap est généralement associé à une perte d'autonomie motrice, physique, cognitive ou sensorielle. Améliorer ou redonner de l'autonomie aux personnes en situation de handicap – qu'il s'agisse d'une meilleure accessibilité, d'une compensation ou d'une restauration – est un enjeu essentiel d'un point de vue sociétal et économique qui recouvre, du point de vue de la recherche, de nombreux champs disciplinaires. Les équipes académiques susceptibles de développer des approches innovantes appartiennent donc à différents organismes et à des « Alliances » intervenant sur des domaines très divers.

Par ailleurs, si de nombreuses compétences existent dans les organismes publics, celles-ci ne sont pas nécessairement appliquées ou orientées vers des applications dans le domaine du handicap. Une première analyse menée par l'Alliance AVIESAN (alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé) qui réunit les acteurs du même champ de recherche pour bâtir une réflexion prospective de long terme, révèle que l'innovation française en termes de brevets dans le secteur du handicap est peu visible et en perte de vitesse. Ainsi sur le périmètre de l'autonomie (mobilité, vision, audition, olfaction, tactile, télé-médecine, multimodal, réalité virtuelle), 90 000 familles de brevets ont pu être identifiées au niveau mondial dont seulement 1,5% sont issues de la France.

Il importe donc d'intervenir à la fois pour relancer la recherche académique, et pour stimuler les industriels susceptibles de mettre en œuvre ses solutions.

L'Observatoire national pour la formation, la recherche et l'innovation dans le handicap (ONFRIH) pourra contribuer à la mise en œuvre du plan d'action suivant.

➤ **Recenser les besoins et équipes mobilisables**

Engager les Alliances AVIESAN (alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé), ALLISTENE (alliance des sciences et technologie du numérique) et ATHENA (alliance nationale des sciences humaines et sociales) dans une stratégie partagée en faveur du handicap en travaillant dans un premier temps à un **recensement des besoins et des équipes mobilisables** en termes de compétences au sein de chacune des Alliances. Cette première étape permettra de réunir autour de projets les bonnes compétences afin d'initier des projets inter-alliances.

➤ **Renforcer et consolider la recherche et la propriété intellectuelle académique autour de projets pluridisciplinaires afin d'être en mesure d'apporter des solutions innovantes industrialisables**

Une analyse sectorielle plus fine dans les domaines de la vision, de la mobilité, de la suppléance fonctionnelle et la rééducation et de l'audition, révèle un faible nombre de brevets académiques avec parfois un très faible nombre, voire une absence, d'industriels sur certains champs applicatifs (ré-éducation oculaire, suppléance visio-haptique, interaction homme-machine pour les handicapés moteurs) ou au contraire un très grand nombre d'acteurs (prothèses, orthèses).

Cette faiblesse de la propriété intellectuelle, couplée à une dispersion des compétences académiques, du fait même de la pluridisciplinarité du domaine considéré, ne permet ni l'émergence de solutions matures, ni la prise de relais par des industriels parfois inexistantes ou devant intégrer des compétences nouvelles.

C'est pourquoi il convient de **renforcer et consolider la recherche et la propriété intellectuelle académique autour de projets pluridisciplinaires** en mobilisant notamment les priorités des organismes de recherche et des universités à travers les contrats d'objectifs et de performance, la programmation de l'Agence nationale de la recherche (ANR) ou encore certaines actions des investissements d'avenir en biologie santé.

➤ **Réaliser une cartographie des compétences et de la propriété intellectuelle afin d'identifier et d'accompagner des projets pertinents au regard des attentes du marché et des industriels les besoins et équipes mobilisables**

Ce projet mené par le consortium de valorisation thématique AVIESAN permet d'être en capacité de mener des analyses tant pour ce qui concerne le domaine de l'autonomie que ceux qui lui sont connexes (dispositif médical, bio-marqueurs associés au dépistage précoce de certaines

pathologies, bio-ingénierie). Il conviendra toutefois d'être en mesure de trouver les guichets de financements appropriés de ces projets afin de pouvoir les rendre suffisamment matures pour leur transfert vers l'industrie.

➤ **Rechercher l'élargissement du marché « en posant des jalons » vers d'autres pays européens.**

L'industrialisation des solutions couplant dispositif médical et médicament pose évidemment la question du marché visé et de son volume. **Il serait donc intéressant de créer des synergies avec des solutions liées au vieillissement** pour répondre à un marché potentiellement plus large. A cet effet, les acteurs français pourront s'appuyer sur le Kic (*knowledge and innovation communities*) InnoLife constitué d'un consortium d'acteurs européens de premier plan de l'industrie, l'éducation, l'innovation, la recherche, la santé, la technologie médicale et les compagnies d'assurance pour développer rapidement l'accès au marché de produits innovants destinés à faciliter le bien vieillir et l'autonomie.

➤ **Favoriser le bon positionnement international de la recherche française dans le domaine du handicap.**

Il s'agit d'accroître la **synchronisation des recherches nationales avec nos partenaires européens dans le programme cadre européen H2020**, et en particulier veiller à proposer, dans ce contexte, des **appels à programme pertinents pour cette problématique**.

➤ **Développer le dépistage et les recherches de nouveaux traitements**

L'objectif est d'améliorer le dépistage et le diagnostic précoce des pathologies potentiellement handicapantes (maladies chroniques, maladies infectieuses, syndrome d'alcoolisme fœtal...) par la reconnaissance des facteurs de risque génétiques, immunologiques et environnementaux, grâce à l'identification de marqueurs biologiques ou d'imageries de ces pathologies, et de promouvoir les recherches de nouveaux traitements reposant sur la médecine régénératrice, les thérapies géniques et cellulaires, les dispositifs médicaux, les propriétés de plasticité des réseaux neuronaux, les implants, les multi microélectrodes, les systèmes électroniques miniaturisés et les processus robotiques adaptatifs.

Cet objectif pourrait être réalisé par la mobilisation de diverses instances : les organismes de recherche et les universités, l'ANR, le Concours Mondial de l'Innovation, les investissements d'avenir en biologie santé.

➤ **Favoriser les recherches sur le « Mieux vivre » des personnes en situation de handicap et de leur entourage**

➤ Il s'agit de promouvoir des recherches sur la dimension « vécue » de la situation de handicap, et développer à cet effet les dispositifs appropriés (Infrastructures de Recherche en Sciences Sociales) pour objectiver cette dimension (questionnaires, entretiens, etc.) et pour en faire percevoir la teneur au reste des citoyens. On veillera tout particulièrement à ce que les personnes en situation de handicap soient associées *ab initio* à ces recherches via des « comités consultatifs sociétaux » (*societal advisory boards*).

➤ Le dispositif de recherche CARE (Capacités, Aides, Ressources des seniors), mené par la CNSA sur le champ des personnes âgées permettra d'éclairer ces recherches dans

les trois champs suivants : l'évolution de la dépendance, l'estimation du reste à charge lié à la dépendance et la mesure de l'implication de l'entourage auprès de la personne.

- Sur le champ du handicap, la DREES prévoit une **enquête auprès des MDPH** et des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap en 2017-2018. La prochaine grande enquête sur le handicap, en population générale est quant à elle prévue en 2019, et sera conçue de manière à être comparable avec l'édition 2008 - 2009 de l'enquête Handicap-Santé. Elle devrait en outre permettre d'actualiser les principaux résultats issus de CARE.
 - La nouvelle enquête Handicap Santé, en cours d'exploitation, doit fournir des données sur la santé y compris sur la santé mentale ainsi que sur la prévention¹⁰⁴. Cette étude permettra d'apporter des éclairages sur ces différents thèmes.
 - La très grande infrastructure de recherche (TGIR) SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe), base de données concernant plus de 80 000 européens âgés de 50 ans et plus, ayant pour objectif d'analyser les problèmes économiques et sociaux liés au vieillissement de la population, qui offrira des pistes pour progresser encore sur la question du handicap et du vieillissement.
-
- **Intensifier la recherche sciences humaines et sociales sur le handicap, en lien avec les institutions de santé publique**

Cette intensification s'effectuera dans le cadre de l'installation sur le campus Condorcet de l'école des hautes études de santé publique (prévue en 2015) par la stabilisation de la chaire « Social Care » (EHESP/EHESS) sur un site qui est destiné à devenir l'un des centres majeurs de la recherche française en SHS, au voisinage de l'Institut national d'études démographiques (INED) et des laboratoires travaillant à l'interface SHS/Sciences du vivant.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie est en cours de réflexion pour consolider et renforcer sa politique de soutien à la recherche. Si tous les modes d'intervention ne sont pas encore arrêtés en ce domaine, il est assuré que la CNSA poursuivra son soutien par appels à projets de recherche aux travaux en sciences humaines et sociales ayant trait au handicap en lien avec la DREES, l'IRESP, l'ANR et la Fondation Maladies rares. Par ailleurs, elle entend poursuivre sa politique de création de chaires, dans la double perspective de soutenir des démarches pluridisciplinaires et d'alimenter la réflexion institutionnelle de la CNSA sur le pilotage et la prospective du champ médico-social.

¹⁰⁴ Cette enquête balaye en effet une grande diversité de thématiques, explorant les déficiences et les incapacités (limitations fonctionnelles et restrictions d'activités), le recours aux soins, la consommation médicale, l'hospitalisation. Des indicateurs visent également à renseigner les différentes formes d'aides reçues (aides techniques, humaines, prestations, aides à l'insertion professionnelle, aides à la scolarité), le besoin d'aide, sous toutes ses formes, ainsi que des aspects sociaux (la situation familiale, la scolarité, l'emploi, les revenus les loisirs, les vacances et la participation à la vie associative).

2.4.2 Relancer la statistique, notamment pour mieux appréhender la condition des femmes en situation de handicap

Une nouvelle étude concernant **l'effort de la nation en direction des personnes handicapées** sera produite pour mi-2016. En effet, dans le cadre de ses travaux relatifs à la construction des « efforts sociaux de la nation » et après avoir développé en 2013 un compte « dépendance » (publié dans l'ouvrage « La protection sociale en France et en Europe en 2012 », édition 2014), la DREES devrait aborder la thématique des personnes handicapées à partir du second semestre 2015 pour une publication en 2016.

Le service des droits de femmes produira une **synthèse «genrée» des différentes données** concernant les femmes en situation de handicap et incitera à l'introduction de cette approche au sein de l'appareil statistique concernant les personnes handicapées.

Un groupe de travail « **femmes et handicap** » sera créée au sein du Conseil national consultatif des personnes handicapées.

2.4.3 Veiller à la participation et à la représentation des personnes handicapées

Le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) a vu son positionnement conforté par la loi du 11 février 2005. Pour autant, il ne dispose pas d'une vision globale sur l'ensemble des textes pris en matière de handicap.

Pour favoriser la concertation entre les pouvoirs publics et les acteurs de la politique du handicap, en particulier les associations représentant les personnes handicapées, concrétisant ainsi la participation des personnes en situation de handicap, **le CNCPH sera saisi obligatoirement pour avis de tous les textes législatifs d'initiative gouvernementale et de tous les textes réglementaires concernant directement les personnes handicapées.**

Par ailleurs, la mission confiée au CNCPH de **recenser la liste des instances et comités existants dans lesquels la représentation des personnes handicapées pourrait être envisagée** est confirmée dans un objectif de plus grande inclusion du handicap dans les instances existantes.

2.4.4 Renforcer la coordination interministérielle de la politique du handicap, ainsi que sa territorialisation et son inclusion au sein des programmes européens

La politique du handicap, étant par nature transversale, des référents handicap ont été désignés dans chaque ministère (cabinet et directions d'administration centrale) suite au CIH de 2013. **La liste de ces référents sera publiée** sur le site du Premier ministre dans une rubrique dédiée à la politique du handicap.

Des progrès sont encore à réaliser pour une prise en compte du handicap dans le cadre de l'élaboration des projets de loi, en application de la circulaire du Premier ministre du 4 septembre 2012. En effet après 2 ans, les études d'impact restent souvent incomplètes. Un **guide** sera donc élaboré pour améliorer la qualité du droit des études d'impact en matière de handicap.

De plus, le secrétariat général du gouvernement produira un **rapport annuel sur la prise en compte du handicap dans les études d'impact des projets de loi**, rapport qui sera présenté au CNCPH.

La dimension du handicap constitue une **orientation transversale des Contrats de plan Etat - Région** que les acteurs régionaux ont vocation à prendre en compte dans le cadre des différents volets thématiques et territorial des CPER. Quant aux fonds européens, pour la période de programmation des fonds européens structurels et d'investissement (FESI) 2014-2020, **la non-discrimination est un principe transversal** et la protection des **droits personnes handicapées** fait l'objet d'une **condition préalable à l'octroi des fonds**, vérifiée par l'Etat membre et par la Commission européenne. (annexes 4 et 5).

2.4.5 Mieux communiquer pour faire évoluer les représentations et valoriser les bonnes expériences

Une **campagne nationale de communication** sera conduite au cours du troisième trimestre 2015.

Le Conseil économique, social et environnemental a proposé la création d'une **plate-forme de remontée des bonnes pratiques**. Les moyens de cette mise en œuvre seront étudiés.

2.4.6 Accompagner le développement des métiers contribuant à l'accessibilité universelle

Rendre effective l'accessibilité universelle pour toutes les personnes handicapées, quel que soit leur handicap, nécessite de disposer de professionnels formés et compétents pour intervenir auprès d'elles. L'atteinte de cet objectif passe par la mobilisation de plusieurs outils :

- *la concertation* : organiser une table ronde avec les différents acteurs de la formation aux métiers de la communication accessible (interprètes, codeurs, transpositeurs, etc.) pour envisager le développement de ces formations.
- *la réglementation* : mettre en œuvre l'article 78 de la loi du 11 février 2005 sur l'accessibilité des relations des personnes sourdes et malentendantes avec les services public avec la publication d'un arrêté
- *la formation* :
 - ✓ Certifier les formations d'instructeurs en locomotion et d'instructeurs en activités de la vie journalière à destination des personnes aveugles et malvoyantes
 - ✓ Etablir un bilan de l'intégration de l'accessibilité dans le contenu de la formation et envisager les conditions de son renforcement, sachant que le ministère de la culture et de la communication a d'ores et déjà établi un état des lieux de l'application de cette obligation au sein des établissements nationaux d'enseignement supérieur Culture en septembre 2012 (diplômes d'architecture et les diplômes de design d'espace et d'objet) et qu'il prévoit d'actualiser ce bilan en 2015. Le ministère en charge du logement et des transports a également réalisé ce bilan ;
- *la recherche et l'enseignement* : engager les travaux de recherche et d'enseignement de la chaire accessibilité du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), une fois le poste pourvu.

2.4.7 Respecter les engagements internationaux de la France

La France a signé et ratifié, sans réserve, la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui est entrée en vigueur en 2008, ainsi que son protocole facultatif en février 2010, permettant ainsi au Comité de recevoir des plaintes individuelles ou collectives après épuisement des voies de recours au niveau national. La Convention ne crée pas de droits spécifiques pour les personnes handicapées mais elle étend les obligations des Etats parties, qui doivent prendre « toutes les mesures appropriées pour faire en sorte que des aménagements raisonnables soient apportés » dans des domaines aussi variés que la justice, l'accès à l'information, l'éducation, la culture ou encore la santé.

La Convention crée un mécanisme de suivi par la mise en place d'un comité des droits des personnes handicapées. Composé de 18 experts indépendants, il est chargé de vérifier la mise en œuvre de la Convention par les Etats parties, qui doivent lui rendre compte de son application tous les 4 ans.

La France publiera le **rapport initial d'application de la convention internationale des droits des personnes handicapées** dans l'année suivant la conférence nationale du handicap.

SIGLES UTILISES

AAH	Allocation d'adulte handicapé
ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
Ad'Ap	Agenda d'accessibilité programmée
ADF	Assemblée des départements de France
AEEH	Allocation d'éducation pour enfant handicapé
AESH	Accompagnant des élèves en situation de handicap
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
ALD	Affection de longue durée
ANAH	Agence nationale d'amélioration de l'habitat
ANAP	Agence nationale d'amélioration de la performance
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANRU	Agence nationale de rénovation urbaine
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
AMP	Aide médico-psychologique
AOT	Autorité organisatrice des transports
APA	Allocation personnalisée pour l'autonomie
APF	Association des paralysés de France
APHP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ASH	Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASI	Allocation supplémentaire d'invalidité
ASS	Allocation spécifique de solidarité
ATMP	Accident du travail ou maladie professionnelle
AVS	Auxiliaire de vie sociale
BIT	Bureau international du travail
CAE	Contrat d'accompagnement dans l'emploi
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie pour les personnes handicapées
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CGET	Commissariat général à l'égalité des territoires
CIE	Contrat initiative emploi
CIH	Comité interministériel du handicap
CIMAP	Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique
CIVIS	Contrat d'insertion dans la vie sociale
CLIS	Classe pour l'inclusion scolaire

CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNAF	Caisse national des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNH	Conférence nationale du handicap
CNRAU	Centre national de relais des appels d'urgence
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CME	Commission médicale d'établissement
CMU	Couverture maladie universelle
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNC	Centre national du cinéma et de l'image animée
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNDS	Centre national de développement du sport
CNED	Centre national d'enseignement à distance
CNIL	commission nationale informatique et libertés
CNNUM	Conseil national du numérique
CNRAU	Centre national de relais des appels d'urgence
CNRS	Centre national de recherche scientifique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPO	Centre de préorientation
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRP	Centre de rééducation professionnelle
CRT	Centre relais téléphonique
CSA	Conseil supérieur de l'audiovisuel
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DEFM	Demandeur d'emploi en fin de mois
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGS	Direction générale de la santé
DGSCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DISIC	Direction interministérielle des systèmes d'information et de communication
DMA	Délégation ministérielle à l'accessibilité
DREES	Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse et de la cohésion sociale
DSS	Direction de la sécurité sociale
EA	Entreprises adaptées
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPN	Espace public numérique
ERP	Etablissement recevant du public
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail

ESMS	Etablissement et service médico-social
ETP	Equivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FCAATA	Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
FFT	Fédération française des télécoms
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
GEM	Groupements d'entraide mutuelle
GEVA	Guide d'évaluation
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HID	Handicap Incapacités Dépendance
IFRH	Institut fédératif de recherche sur le handicap
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGEN	Inspection générale de l'éducation nationale
IGF	Inspection générale des finances
IME	Institut médico éducatif
IMPACT	Innover et Moderniser le processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires
INC	Institut national de la consommation
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRES	Institut de recherche en santé publique
ITEP	Institut éducatif, thérapeutique et pédagogique
LSF	Langue des signes française
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maisons départementales pour personnes âgées
MENESR	Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
MSA	Mutualité sociale agricole
OETH	Obligation d'emploi des travailleurs handicapés
OGD	Objectif global de dépenses
ONDAM	Objectif national d'assurance maladie
ONFRIH	Observatoire nationale sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAP	Plan d'accompagnement personnalisé
PAVE	Plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics
PCH	Prestation de compensation du handicap
PLASV	Projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement
PLF	Projet de loi de finances
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PPS	Plan personnalisé de santé
PRITH	Plan régional pour l'insertion des personnes handicapées
PRU	Programme national de renouvellement urbain
PQE	Programme de qualité et d'efficience

RAP	Rapport annuel de performance
RGAA	Référentiel général d'accessibilité des administrations
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RSA	Revenu de solidarité active
RSDAE	Restriction substantielle d'accès à l'emploi
SAAD	Service d'aide à domicile
SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAMSAH	Service d'accompagnement médico social pour adultes handicapés
SDA	Schéma directeur d'accessibilité des services
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SGMAP	Secrétariat général à la modernisation de l'action publique
SI	Système d'informations
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suites et de réadaptation
TCI	Tribunal du contentieux de l'incapacité
TPE/PME	Très petites, petites et moyennes entreprises
UE	Unité d'enseignement
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
UNAPEI	Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis
VAO	Vacances adaptées organisées
VAD	Vidéo à la demande

BIBLIOGRAPHIE

➤ **Rapports parlementaires :**

- Assemblée nationale, Martine Carrillon-Couvreur, Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, janvier 2015
- Assemblée nationale, Annie Le Houérou, *L'accompagnement dans l'emploi des personnes handicapées*, novembre 2014
- Assemblée nationale, Corinne Ehrel, *L'expérimentation d'un centre relais téléphonique pour les personnes sourdes ou malentendantes : enjeux et avenir*, juillet 2014 ;
- Dominique Orliac, députée et Jacqueline Gourault, sénatrice, *L'accessibilité électorale ; nécessaire à beaucoup, utile à tous*, juillet 2014
- Sénat, Claire-Lise Champion, *Réussir 2015 : accessibilité des personnes handicapées au logement, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces publics*, mars 2013
- Sénat, Claire-Lise Champion, Isabelle Debré, *Loi Handicap : des avancées réelles, une application encore insuffisante*, Rapport d'information n° 635 (2011-2012) fait au nom de la commission pour le contrôle de l'application des lois, déposé le 4 juillet 2012

➤ **Rapport de la Cour des comptes :**

- Cour des comptes, rapport public annuel 2014, *La fiscalité liée au handicap : un empilement de mesures sans cohérence*

➤ **Rapport IGAS :**

- IGAS (François Chérèque et Christine Abrossimov), *Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources*, rapport 2014-048R, décembre 2014
- IGAS (Patrick Gohet), *L'avancée en âge des personnes handicapées*, RM 2013-163P, novembre 2013
- IGAS, IGF, *Etablissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement*, octobre 2012 ;

➤ **Rapports gouvernementaux :**

- Comité interministériel du handicap, *Rapport sur la mise en œuvre de la politique nationale en faveur des personnes handicapées* ; février 2012 ;
- Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique, *La scolarisation des élèves en situation de handicap*, 4 juillet 2013
- Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique, IGAS, *L'amélioration de la gestion du dispositif de l'AAH*, avril 2014

► **Autres rapports :**

- Conseil économique, social et environnemental, Christel Prado, *Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité*, juillet 2014
- Denis Piveteau, « *Zéro sans solution* » : *le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*, juin 2014
- Défenseur des droits, rapport annuel d'activité pour l'année 2013, juillet 2014
- CNSA, Bilan au 31 décembre 2013 du programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie, juin 2014
- CNSA, *L'activité des MDPH en 2013*, 2014
- Conseil national de l'habitat, Christian Nicol, rapport du groupe de travail sur l'adaptation des logements pour les personnes en situation de handicap, mai 2014
- Le rapport s'appuie également sur de nombreuses études la DREES, sur le Programme de qualité et d'efficience Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale, et sur les rapports annuels de performances annexés au projet de loi de finances.

ANNEXES

- Annexe 1 : Avis du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
- Annexe 2 : résumé des forums et de la Conférence Nationale du Handicap
- Annexe 3 : Résumé du plan Autisme 2013-2015
- Annexe 4 : Eléments de bilan concernant la génération 2007-2014 des Contrats de plan Etat-Région
- Annexe 5 : Handicap et fonds structurels et d'investissement européens Bilan de la programmation 2007 – 2013 des fonds FEDER et FSE Perspectives pour la période 2014-2020 (Contribution du CGET)
- Annexe 6 : Exemples d'initiatives régionales recensées en matière de santé dans le cadre de la préparation de la Conférence nationale du handicap (novembre 2014)
- Annexe 7 : Enquête de la DGESIP sur les étudiants handicapés
- Annexe 8 : Gouvernance de la politique en faveur des personnes handicapées
- Annexe 9 : Chiffres clefs

ANNEXE 1 : AVIS DU CONSEIL NATIONAL CONSULTATIF DES PERSONNES HANDICAPEES

Avis du CNCPH concernant le rapport du Gouvernement au Parlement sur la politique nationale en direction des personnes handicapées (adopté par l'Assemblée plénière du 29 septembre 2015)

Conformément aux dispositions de l'article 3 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le Gouvernement a saisi pour avis le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées du rapport relatif à la politique nationale en direction des personnes handicapées, rapport destiné au Parlement. Il a été élaboré suite à la Conférence Nationale du Handicap du 11 décembre 2014.

Les commissions du CNCPH ont examiné le rapport, suite à sa présentation par Madame la Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées et de la lutte contre les exclusions, Ségolène Neuville, en assemblée plénière le 23 juin 2015. L'avis est construit à partir de leurs contributions. Il a été adopté lors de la séance du conseil du 29 septembre 2015.

*

*

*

Le CNCPH note l'effort de recensement effectué par le Gouvernement dans la première partie du rapport consacré au bilan. Il s'agit de mieux connaître la population pour adapter des réponses cohérentes aux besoins. Des informations statistiques plus affinées sont nécessaires rapidement pour améliorer le pilotage de la politique du handicap, notamment en matière d'emploi.

De même, l'état des lieux concernant les dépenses publiques a le mérite d'objectiver cette question. Pour autant, un débat contradictoire serait nécessaire pour discuter des choix effectués.

Si une forte augmentation des moyens depuis 2005 est mise en évidence, cette dernière mérite d'être rapprochée de l'évolution démographique, des besoins et aspirations des personnes sur les territoires (impact de la reconnaissance du handicap psychique, transcription des principes d'inclusion, de citoyenneté, d'autonomisation dans le quotidien de l'accompagnement qui y sont reconnus, repérage des situations complexes). Il y a déjà trois ans, le CNCPH demandait de trouver des ressources nouvelles pour notre système de protection sociale. Aujourd'hui, ce besoin reste prégnant : les « remontées » de terrain expriment un manque de réponses aux besoins, qui ne peut être satisfait par la seule évolution qualitative de l'offre d'accompagnement.

La nécessité de comparer les données est à noter également dans le domaine de l'emploi direct et de la formation professionnelle car l'évolution positive des volumes financiers n'est corrélée ni à l'accroissement des besoins liés à l'augmentation du chômage, ni à l'évaluation de la nature des

actions financées. Le taux d'activité des personnes en situation de handicap reste encore beaucoup trop faible en dépit des différentes mesures consacrées au travail et à l'emploi des personnes en situation de handicap, vecteurs d'inclusion des personnes dans le monde du travail : recours aux contrats aidés, mesures AGEFIPH et FIPHFP, Plan pour l'emploi en entreprises adaptées, plan pour l'aide à l'adaptation des ESAT et des EA...

De plus, ces données chiffrées sont insuffisantes à elles-seules pour expliquer la situation des personnes handicapées. Ainsi au titre de la compensation, le conseil relève que :

- si la montée en charge de la PCH est un fait, les difficultés persistent pour les bénéficiaires comme pour certains publics qui ne peuvent y accéder (critères d'éligibilité excluant certains publics, besoins non pris en charge, plans de compensation répondant partiellement aux besoins, restes à charge encore très importants, PCH non adaptée pour les enfants, maintien des barrières d'âge, ..). Les bénéficiaires de l'ACTP, quant à eux, représentant près de 68 000 personnes, sont parmi les véritables exclus de ces dispositifs ;
- si le nombre de bénéficiaires de l'AEEH augmente, le nombre de bénéficiaires de la PCH pour enfant n'est que de 15 100 pour 232 485 bénéficiaires d'AEEH, malgré le droit d'option entre l'AEEH et les compléments et la PCH.

Enfin, sur les statistiques, le CNCPH souhaite rappeler que :

- si le doublement du nombre d'élèves et d'étudiants scolarisés dans les établissements scolaires et d'enseignement supérieur est une évolution positive à saluer, cette dernière a débuté bien avant la loi du 11 février 2005 et devra nécessairement se poursuivre ;
- dans le domaine de l'accessibilité, la création d'une agence nationale dédiée, sollicitée depuis 2009, aurait permis de consolider des données fiables et vérifiables pour un pilotage efficace de cette politique alors qu'aujourd'hui le rapport pointe leur absence sans proposition pour y répondre.

Dans les différents champs de la politique du handicap présentés dans le rapport, le CNCPH regrette que 10 ans après la loi de 2005, les évolutions positives constatées restent encore trop limitées au regard des difficultés que rencontrent dans leur vie quotidienne les personnes en situation de handicap. Pour y remédier, l'action gouvernementale doit véritablement aujourd'hui s'appuyer sur la mise en œuvre des droits des personnes handicapées, tels qu'ils sont inscrits dans la convention internationale.

Ainsi concernant les ressources et la compensation, une fois de plus, le CNCPH déplore que ses préconisations répétées, notamment pour le CIH en 2013 puis la CNH en 2014, soient laissées sans suite sur ces droits des personnes handicapées et de leurs proches, champs pourtant fondamentaux car conditionnant leurs moyens de subsistance et leur possibilité d'accéder aux mêmes droits que tout citoyen de notre société.

Au titre des ressources, les perspectives d'évolution se cantonnent, en quelques lignes, à trois mesures dont l'une, déjà adoptée, vise l'extension de la durée d'attribution de l'AAH L.821-2 du Code de la Sécurité Sociale et vient corriger partiellement un texte publié contre l'avis du CNCPH en 2011. Les deux autres mesures « facilitatrices » visent à « limiter l'avance de frais » d'une part au moyen de la mise en œuvre des contrats responsables et solidaires en matière de santé en imposant au complémentaires des remboursements minimaux, courant 2015 (ex : couverture du forfait hospitalier journalier) et d'autre part de la mise en place prochaine « d'un dispositif de tiers payant » des fournisseurs pour l'acquisition des aides et équipements techniques. Cette mesure n'aura une portée que très limitée pour les personnes handicapées concernées car elle consiste en fait en un paiement direct au fournisseur sur une partie limitée du coût de l'aide technique, celle qui relève de la PCH. De plus, cette mesure risque très fortement de limiter le libre choix de la

personne. Le conseil demande que les décrets d'application lui soient soumis pour avis afin de cadrer ce dispositif lors d'échanges avec tous les acteurs concernés (ergothérapeutes, prescripteurs, fournisseurs, fabricants, usagers etc...).

Aucune réforme n'est donc envisagée s'agissant de l'amélioration du niveau de vie des personnes handicapées, de l'AAH et de ses compléments, de la suppression de la barrière d'âge pour l'attribution de celle-ci, de l'évolution de la législation de l'aide sociale à l'hébergement ou des droits des bénéficiaires de pensions... La seule perspective constitue un risque pour les personnes handicapées, ce dernier étant lié à la mise en place de la prime d'activité qui va se traduire par une complexification des démarches des travailleurs handicapés d'ESAT assujettis désormais à la déclaration trimestrielle, à laquelle ils avaient échappé en 2010, et surtout à une éventuelle baisse de leur pouvoir d'achat.

Cette carence est d'autant plus criante que le rapport consacre des développements conséquents, dans sa partie bilan, à pointer, la hausse des dépenses de l'AAH entre 2007 et 2013 - due à la revalorisation de son montant entre 2007 et 2012 (effet prix) et en conséquence à l'augmentation du nombre d'allocataires (effet volume) - , le pilotage mis en place pour assurer une meilleure maîtrise de cette dépense et enfin, à faire référence aux constats du rapport de l'IGAS sur les liens entre handicap et pauvreté concluant que les personnes en situation de handicap « vivent en moyenne moins dans la pauvreté que les autres personnes bénéficiaires de minima sociaux » ... oubliant au passage que ces personnes sont trois fois plus pauvres en conditions de vie que la population générale ... Les personnes en situation de handicap demeureront-elles encore longtemps sous le seuil de pauvreté ? En réduisant la lutte contre la pauvreté et l'exclusion des personnes en situation de handicap à une affaire de limitation des restes à charge ou des frais non couverts des dépenses engagées du fait de la situation de handicap, et en ne répondant que par des mesures très limitées, le Gouvernement n'apporte aucune réponse constructive pour l'avenir.

Au titre de la compensation, le rapport indique que la PCH « fait l'objet de critiques » de la part des associations et de l'ADF. Si la remarque est pertinente, elle interroge dans la mesure où d'une part les attentes et insatisfactions des associations représentant les personnes handicapées (périmètres, tarifs, etc...) ont forcément un coût alors que d'autre part, l'ADF veut cadrer, voire réduire la croissance des dépenses. Le risque de blocage est grand car une concertation de cette ampleur ne peut être abordée sans re-questionner le financement de la PCH, et en particulier l'assiette de la contribution sociale pour l'autonomie.

Le CNCPH note avec satisfaction l'enquête DREES auprès des MDPH sur la PCH et en particulier sur la question des restes à charge en espérant qu'elle puisse démarrer rapidement. De plus, le conseil souhaite être associé aux différentes démarches annoncées et en cours (simplification des démarches, instructions concernant la PCH, mise en place de forfaits pour les adaptations de logements etc.), comme il l'est déjà à tous les travaux sur le fonctionnement des MDPH (Impact, révisions des missions, mesure de satisfaction etc...).

Par contre, concernant les évolutions des dispositifs d'accès aux droits que seraient les maisons de l'autonomie (MDA), la rédaction du rapport mérite d'être reprise sur ce point car, contrairement à ce que ce dernier indique, l'article 54 ter ne prévoit nullement la mise en place de MDA mais vise, bien au contraire, à les encadrer.

Par ailleurs, s'agissant du logement, le CNCPH remarque que la plupart des mesures annoncées dans le plan d'actions gouvernemental sont issues des recommandations du rapport Nicol, auquel des membres ont activement participé et pour lequel il est en attente des suites données aux autres préconisations.

Cette partie du rapport fait état des nouvelles formes innovantes d'habitat avec l'annonce de la mise en place du groupe de travail. Le maintien de la référence à la « mutualisation de la PCH » est regrettable compte tenu des travaux des associations qui réfutaient cette notion et qui permettaient des avancées sur ce sujet. L'objectif doit être de répondre aux aspirations des personnes en développant d'autres formes d'habitat mais ne constitue pas une réponse à l'enjeu du financement des structures.

Enfin, ce rapport évoque la question des aidants et du soutien des parents, ce qui témoigne de la récente prise en considération de la spécificité de leur situation. Les actions visant à mieux les accompagner et à permettre une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie privée, doivent être étendues et poursuivies pour leur permettre de décider de leurs choix de vie.

Concernant la prévention et l'accompagnement médico-social, le CNCPH note l'absence de référence à l'avis de la Conférence Nationale de Santé du 21 juin 2012 sur « Dépistage, diagnostic et accompagnement précoce du handicap chez l'enfant » dans la partie du rapport consacré à ce sujet, illustrant un manque d'inter-ministériarité. D'ailleurs la coopération engagée entre le CNCPH, la CNS et le CNRPA pour des réflexions communes a été freinée par les aléas de la réforme de l'État et des collectivités locales.

Par ailleurs, le constat du rapport « zéro sans solution » confirme l'inadéquation entre besoins et réponses. Si la dynamique du projet proposé dans ce rapport mérite d'être saluée, les solutions proposées nécessiteront des réformes importantes non seulement de fonctionnement des MDPH mais aussi une évolution soutenue des modes de tarification, des procédures d'appels à projets simplifiées, la révision du régime des autorisations, une souplesse des agréments : autant de chantiers qui ne sont pas, ou pas suffisamment engagés avec la mise en œuvre de ce rapport. A titre d'exemple, nous assistons à un « détricotage » de la procédure de l'appel à projet dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement avec les exonérations des structures sous régie directe des conseils départementaux et celles des transformations de lits sanitaires en places médico-sociales, « détricotage » qui est à l'opposé des principes de transparence et de concurrence par la qualité prônés par cette procédure. Nous sommes alors loin de l'assouplissement par la co-construction des propositions d'évolution de l'offre d'accompagnement préconisé dans le rapport Piveteau.

Une meilleure réponse aux besoins et aux aspirations passe aussi par une évolution des pratiques et des savoirs professionnels. C'est la raison pour laquelle il serait nécessaire d'évoquer la formation des personnels du sanitaire à la connaissance du médico-social et vice-versa. De plus, il est regrettable que la santé ne soit pas davantage évoquée dans le rapport du gouvernement au Parlement.

Enfin, l'approche croisée entre le secteur des personnes handicapées et celui des personnes âgées sur la bientraitance est hypothéquée par le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Celui-ci ne porte pas de politique globale de la perte d'autonomie, pourtant attendue par tous.

Concernant la jeunesse, le rapport présente une vision générale sur l'évolution de la scolarisation des jeunes en situation de handicap depuis dix ans avec un focus sur les dernières années. Ce sont les dimensions élève ou étudiant qui ont été mises en avant alors que les autres aspects de la vie du jeune sont encore trop peu évoqués. Le CNCPH attend donc pour les années qui viennent des actions qui s'inscrivent dans une politique claire et cohérente pour la jeunesse dans son ensemble.

Au titre du *bilan*, l'évaluation des besoins constitue le domaine où les principaux progrès ont été réalisés, avec l'élaboration et la diffusion de nouveaux outils (GEVASCO, PPS). La mise en œuvre de ces nouvelles procédures devra être suivie et faire l'objet d'un état des lieux. Le rapport met en avant la professionnalisation des acteurs mais celle-ci ne concerne véritablement que les cadres (pour les formations communes) et les Accompagnants des Élèves en Situation de Handicap (AESH), qui représentent moins de la moitié des personnels d'accompagnement. La formation continue des personnels enseignants est le plus souvent réduite à des actions de formation « en ligne », très décriée, ou la mise à disposition de ressources, pas toujours connues des enseignants. Par ailleurs, peu d'évolutions dans la formation initiale ont été constatées : aucun bilan n'est d'ailleurs disponible, que ce soit en quantité ou en qualité.

Si l'accès au contrat à durée indéterminé peut constituer indéniablement un progrès pour 28 000 personnels, soit moins de la moitié des accompagnants, le recours quasi-systématique au temps partiel imposé ne permet pas de sortir de la précarité salariale. Par ailleurs, le niveau et la nature du diplôme fait toujours l'objet de discussions dans le cadre de la CPC.

Concernant les actions de soutien à la parentalité et de promotion des pratiques ludiques, les outils mobilisés par la CNAF dans sa COG 2012- 2017 sont intéressants et devront faire l'objet d'une évaluation, de même que les actions engagées dans le domaine de l'animation. De plus, si des mesures ont été prises sur le droit à l'assurance chômage pour les parents d'enfants en situation de handicap, il n'existe pas de droit particulier pour le parent contraint de démissionner pour s'occuper de son enfant sans déménager et qui souhaite reprendre une activité 5, 10 ou 15 ans après.

Dans l'enseignement supérieur, la remise en place du comité de pilotage interministériel sur l'accessibilité à l'enseignement supérieur est à noter positivement, la demande étant formulée depuis sa disparition sous la mandature précédente.

Le constat de la trop grande faiblesse du nombre d'étudiants en situation de handicap (1%) est partagé ; il nécessite une analyse précise des obstacles à la poursuite d'études dans le supérieur, et des mesures pour les surmonter.

Au titre des *perspectives*, le rapport présente essentiellement une poursuite des actions déjà entreprises. Des points signalés par le conseil dans ses différents rapports ne sont donc pas présents (par exemple des travaux de groupe pour lesquels la commission s'est autosaisie : réflexion sur les plus de 16 ans, transports, etc.).

Pour l'évaluation des besoins, de très nombreux outils ont vu le jour et les acteurs de terrain ont des difficultés d'appropriation. Un chantier important est de permettre la diffusion des bonnes pratiques sur le terrain. Le guide méthodologique pour accompagner les écoles élaboré par la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) en sera un élément.

A plusieurs reprises la nécessité d'une réflexion sur les diplômes de fin de collège a été soulignée : elle ne peut se limiter à l'élaboration d'une attestation de compétences.

Concernant l'accompagnement, le CNCPH avait demandé qu'un pilotage soit assuré pour la mise en place de l'aide mutualisée. En l'absence de celui-ci, un bilan du dispositif est nécessaire. De plus, le conseil regrette que la présence d'un AVS-Co dans les dispositifs collectifs de scolarisation soit laissée à l'appréciation de l'inspecteur d'académie, sources de grandes disparités selon les académies. Enfin, de nombreux points sur l'accompagnement restent en suspens : évolution des AESH, diplôme de niveau IV, accompagnement sur d'autres temps de vie comme l'insertion professionnelle ...

L'accessibilité, doit être fortement développée au sein des écoles : le volet sur l'accueil et les stratégies d'accompagnement des élèves à besoins éducatifs particuliers dans chaque projet d'école ainsi que la mise en accessibilité des activités périscolaires vont y participer. Mais d'autres éléments sont à prendre en compte, comme par exemple la formation de tous les personnels, la place de la médecine scolaire ou encore l'accès effectif à des documents scolaires adaptés.

Enfin, même si la volonté de localiser des unités d'enseignement en milieu ordinaire, est un point apprécié, elle ne peut suffire à elle seule à développer la coopération entre l'école ordinaire et le médico-social. L'accompagnement des jeunes par tous les différents acteurs et notamment l'accompagnement à l'issue de la période scolaire, tel que l'insertion professionnelle, n'est pas suffisamment développé.

Concernant l'emploi des personnes handicapées, si le constat présenté dans le rapport est lucide : *«malgré des outils en développement, un taux de chômage qui reste deux fois plus élevé que la moyenne générale»*, les perspectives ne portent pas de propositions innovantes et solides pour lutter efficacement contre ce fléau tant sur le champ de l'accès à l'emploi que sur la prévention de la désinsertion professionnelle.

Ainsi, *le bilan* montre effectivement des résultats limités et une sécurisation imparfaite des parcours professionnels :

- les modalités d'accès à l'emploi se fragilisent à travers la conclusion de contrats de plus en plus souvent précaires ;
- le besoin d'accompagnement pérenne et de stabilité des personnes en situation de handicap, s'il est désormais entré dans le débat public, n'a pour le moment pas fait l'objet d'une concrétisation politique dans les dispositifs existants ;
- les réponses actuelles ne sont en aucun cas des réponses suffisantes et à la mesure des 474 460 BOETH inscrits à Pôle Emploi au 30 juin 2014 ou des 700 000 personnes occupant un travail.

De plus, le déficit de qualification constitue un frein avéré à l'emploi des personnes en situation de handicap. A cet égard, la loi du 5 mars 2014 sur la formation professionnelle est porteuse d'espoir car ses dispositions (CPF, CEP, financement des formations pendant l'arrêt de travail, PMSMP notamment) doivent pouvoir bénéficier aux personnes en situation de handicap. Elle s'accompagne d'un transfert de la compétence formation aux régions. Pourtant, la déclinaison de l'ensemble de ces mesures au niveau territorial inquiète le CNCPPH, qui demande par conséquent qu'un suivi spécifique de cette dernière soit réalisé.

Concernant l'engagement des entreprises en matière d'emploi des personnes en situation de handicap, le rapport note avec intérêt l'évolution des comportements. Certes, l'obligation d'emploi cadrée par les lois de 1987 et 2005 est de nature à sécuriser un certain nombre d'emplois. Mais après près de 30 ans de mise en œuvre, le résultat escompté n'est pas à la hauteur des attentes. Aussi, il convient de s'interroger sur les motifs en identifiant les freins persistants qui, selon une étude IRES 2010, portent davantage sur la gestion des ressources humaines dans les entreprises que sur le besoin de diversification de l'obligation d'emploi. C'est la raison pour laquelle le conseil souhaite privilégier l'ouverture d'un véritable débat sur l'obligation d'emploi et sur le financement de la politique d'accès à l'activité et de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap et non se contenter d'une multiplication de « mesurette » qui complexifient l'approche du sujet et détournent son sens.

Par contre dans les perspectives, présentées sous le slogan consensuel, « *Vivre et travailler comme les autres, avec les autres* », si les différentes mesures d'ajustement proposées vont dans le bon sens, le CNCPPH regrette l'absence de mesures structurantes visant les mesures d'accompagnement des demandeurs d'emploi ou d'alignement de l'obligation d'emploi pesant sur le public sur celle du privé notamment. Les actions préconisées, certes pertinentes, restent marginales et de portée limitée au regard des besoins à couvrir et de l'écart persistant entre l'offre et la demande d'emploi.

La volonté répétée d'« *une fonction publique exemplaire* » portant en particulier sur l'encadrement supérieur est à noter mais sa mise en place n'est pas encore visible, la procédure de consultation des organisations syndicales de la fonction publique n'étant pas encore lancée. Or, compte tenu des différentes phases de consultation, rien ne sera effectif en 2015, ce qui est regrettable.

Les propositions en matière d'amélioration de la qualification et d'accès à la formation interrogent, en particulier concernant l'application du Compte Personnel de Formation- CPF (formations éligibles ...). De plus, la loi a posé le principe de l'ouverture du dispositif aux travailleurs d'ESAT. Or, le rapport émet des réserves qui interrogent sur les engagements et sur la volonté de fluidifier le parcours entre le milieu protégé et le milieu ordinaire.

D'autres mesures portent sur des publics ciblés ou peu nombreux (Potentiel Emploi, simplification de la reconnaissance de la lourdeur du handicap, mise en situation en milieu professionnel) : elles sont indispensables et leur mise en œuvre doit voir le jour dans les meilleurs délais. Ces mesures seront à suivre pour le conseil.

Le CNCPH rappelle son opposition à l'intégration de nouvelles modalités d'acquittement de l'obligation d'emploi ouvertes par la loi sur la croissance et l'activité (stages parcours de découverte des métiers des collégiens et des lycéens, intégration de contrats de sous-traitance passés avec les travailleurs indépendants), cette démarche contribuant à « détricoter » l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés notamment au regard de l'emploi direct, qui doit rester la priorité.

En matière d'accompagnement des personnes handicapées et de prévention des inaptitudes, le CNCPH appelle l'attention sur deux points essentiels :

- les suites du *rapport Le Houérou* : l'évolution des représentations, des conceptions et des standards d'accompagnement supposent un engagement fort en faveur de cette démarche complémentaire au renforcement de l'existant. La plus-value d'un dispositif d'accompagnement pérenne vers et dans l'emploi pour certaines personnes constitue une réalité que le CNCPH souhaite voir prise en compte par des mesures effectives. Un pilotage de cette démarche et une identification des voies et moyens permettant de développer l'emploi accompagné en milieu ordinaire de travail sont essentiels mais insuffisamment présents dans le rapport.
- l'absence de mesures importantes envisagées dans le cadre du Comité Interministériel du Handicap et non mises en œuvre, comme par exemple l'harmonisation des modalités d'application de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés entre secteur public et secteur privé. La gravité des difficultés d'accès et de maintien dans l'emploi rencontrées par les personnes en situation de handicap justifie leur reconduction dans le plan d'actions gouvernemental.

L'objectif affiché d'un *triplement du nombre d'accords signés d'ici 3 ans* correspond probablement au besoin de dialogue sur l'emploi des personnes en situation de handicap dans l'entreprise mais cette progression ne doit pas se faire à n'importe quel prix. Avant toute démarche, certaines questions doivent être résolues : quels sont les motifs du niveau actuel de contractualisation ? ce dernier est-il ou non adapté ? Pour le CNCPH, il ne s'agit en aucun cas de prendre des mesures législatives ou de simplification sans concertation avec les partenaires sociaux et associatifs. De plus, les propositions d'incitation financière à la conclusion d'accords interpellent les membres du conseil car cette incitation ne viserait pas la mise en place d'une politique efficace mais d'une réduction significative de l'effort à accomplir par l'entreprise, ce qui questionne alors la vertu de l'accord.

Enfin, le CNCPH souhaite que *la convention multipartite*, très peu citée dans le rapport et dont les effets tardent à se concrétiser, constitue l'outil incontournable pour structurer la politique d'emploi des personnes en situation de handicap. Un véritable plan d'action articulé autour de cette convention est indispensable pour répondre au nombre très élevé de travailleurs handicapés en situation de chômage et au besoin de sécurisation des parcours professionnels.

Concernant l'accessibilité universelle, le CNCPH constate que l'économie générale du rapport est fortement déséquilibrée tant dans son contenu que dans sa structuration. En effet, d'une part, la place modeste faite aux Ad'AP dans le rapport contraste avec une présentation très positive du dispositif faisant l'impasse sur sa contestation. D'autre part, le rapport présente des avancées et des perspectives positives sur des thématiques liées à la participation sociale et à des champs spécifiques malgré des insuffisances récurrentes.

Sur les Agendas d'Accessibilité Programmés (Ad'AP), le CNCPH exprime une réelle désapprobation de sa présentation dans le rapport puisque le Gouvernement fait preuve d'un auto-satisfecit, qui confine à l'outrance au regard des nombreux faits passés sous silence tels que l'avis défavorable du CNCPH sur l'ordonnance relative aux Ad'AP, les avis négatifs du Défenseur des Droits en la matière, le recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat concernant

l'ordonnance et ses textes d'application ou encore les mobilisations inter-associatives regroupés notamment au sein du Collectif pour une France accessible depuis plus d'un an ainsi qu'une pétition, qui a recueilli plus de 232 000 signatures, traduisant la colère et la réaction des associations et des personnes handicapées contre cette régression des droits de plus de 40 ans à cause de cette ordonnance.

Le CNCPH souhaite appeler l'attention sur quelques exemples concrets des insuffisances graves voir des erreurs du rapport :

- il indique que 255 000 ERP ont fait l'objet de travaux entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2013, ce qui sous-entend qu'ils doivent être considérés comme accessibles. C'est oublier qu'il n'existe pas de contrôle de ces travaux si bien que les gestionnaires d'ERP ne respectent pas, en grande majorité, les règles en matière d'accessibilité ;
- il signale que toutes les nouvelles lignes de transport créées depuis 2005 sont accessibles. Or, cette assertion est fautive, puisque des problèmes récurrents ont été rencontrés, notamment à Guéret, Metz, Orléans, Bourges, etc... ;
- il mentionne que le choix de l'ordonnance avait permis la mise en œuvre la plus diligente possible. Il s'agit donc d'une reconnaissance par omission car le Gouvernement a joué avec le calendrier parlementaire en n'inscrivant le débat à l'ordre du jour du Parlement qu'en juin et juillet 2015, soit 3 mois avant le dépôt des Ad'AP et ce alors que l'ordonnance est publiée depuis plus de 8 mois au journal officiel. Cette raison explique que le Gouvernement demande aux parlementaires de ne pas effectuer d'amendements, puisque la date du dépôt des Adap approche à grand pas ;
- La phrase « Seule la validation par l'Etat permettra de dépasser la date du 1^{er} janvier 2015 » s'avère mensongère car, d'une part, c'est ignorer que les validations sont placées sous le régime de l'acceptation implicite (le défaut de réponse de l'administration vaut approbation) alors que les CCDSA n'auront que 4 mois pour instruire plusieurs centaines de milliers de dossiers. D'autre part, la date du 1^{er} janvier 2015 est déjà dépassée ;
- Le Gouvernement s'était engagé à ce que les années 2014 et 2015 ne soient pas des « années blanches », notamment grâce à une campagne de communication grand public. Ce qui a été produit en la matière n'est une nouvelle fois que de la poudre aux yeux.

Sur les thématiques liées à la participation sociale et à des champs spécifiques, le rapport du Gouvernement étaye de manière intéressante de nombreux domaines, parmi lesquels l'accessibilité numérique, la culture, le sport, l'accessibilité électorale, les formations, les médias, les NTIC, le service civique, et y compris les prisons. Le CNCPH salue donc cette vision élargie de l'accessibilité, au-delà du seul sujet de la chaîne de déplacement.

Parmi les points positifs, il faut souligner :

- le volontarisme politique en matière d'accessibilité numérique ;
- l'élargissement de l'exception des droits d'auteur en matière culturelle ;
- la bonne dynamique du secteur culturel et sportif en règle générale, et dont il convient de soutenir les efforts ;
- la progression de l'audio-description dans l'offre audio-visuelle ;
- la création du Centre national relais des appels d'urgence pour les personnes sourdes ;

-
- les mesures spécifiques liées au monde carcéral ;
 - l'élargissement du service civique aux jeunes en situation de handicap jusqu'à 30 ans ;
 - la future convention signée avec l'Institut National de la Consommation.

Parmi les points de vigilance, le CNCPH signale :

- les dangers de la dématérialisation à outrance, si la mise en accessibilité numérique n'est pas prévue ;
- la nécessité de rendre obligatoire les formations à l'accessibilité numérique, mais non pas uniquement *via* des méthodes traditionnelles d'engagement volontaire avec des chartes .

Parmi les points négatifs, figurent :

- les propositions en matière d'accessibilité électorale, qui ne sont pas assez ambitieuses. D'une part, la méthode de procéder par référentiels méconnaît l'historique de 2 lois inappliquées en l'espace de 40 ans. D'autre part, attendre 2026 pour que tous les types d'élections soient concernés n'est pas « entendable » pour la citoyenneté des personnes en situation de handicap ;
- Le constat selon lequel toutes les écoles d'architectes dispenseraient un module d'accessibilité s'avère faux. L'étude du ministère de la culture a montré que seules 13 écoles sur 23 appliquaient le module, dont une unique sur la qualité d'usage et la connaissance des besoins des personnes ;
- Alors que le CIH s'était engagé à faire une étude sur l'obligation de dispenser un module sur l'accessibilité concernant 118 formations initiales, le rapport renvoie une nouvelle fois aux calendes grecques l'obtention de telles données.
- L'OBIACU ne s'est plus réuni depuis fort longtemps, alors que l'actualité s'avère particulièrement importante.
- De nombreuses propositions de mesures n'indiquent ni le pilote, ni la méthode qui sera employée pour y parvenir... Elles sont parfois bien en retrait du besoin (délais de validité du certificat médical) ou ambiguës (fusion des cartes).

Concernant la gouvernance, les avis au CNCPH sont trop souvent demandés dans la précipitation. Des consultations préalables mériteraient d'être prévues.

Par conséquent, l'intention affirmée dans le rapport du gouvernement, « *le CNCPH sera obligatoirement saisi pour avis de tous les textes législatifs d'initiation gouvernementale et de tous les textes réglementaires concernant les personnes handicapées* » va dans le sens du développement de la participation à la représentation des personnes handicapées et le CNCPH s'en félicite. Toutefois, la consultation ne devrait pas être ainsi limitée car d'autres textes, comme le projet de loi de modernisation de notre système de santé par exemple, impacteront directement les personnes handicapées et les acteurs de leur accompagnement. S'agissant de la gouvernance locale, les instances de consultations doivent être clarifiées et développées pour permettre une participation des personnes handicapées aux politiques qui les concernent.

Par ailleurs, il sera aussi nécessaire de revoir les critères d'agrément des associations en santé. Pour permettre une meilleure représentation des usagers du secteur médico-social, nous proposons que le Gouvernement inscrive cette question dans son rapport.

ANNEXE 2 : RESUME DES FORUMS ET DE LA CNH

La conférence nationale du handicap a pris cette année une dimension particulière. En effet, l'événement en lui-même, qui s'est déroulé le 11 décembre à l'Elysée, a été précédé de quatre forums thématiques : le 24 novembre à Nantes sur l'accessibilité ; le 1^{er} décembre à Dijon sur l'emploi ; le 5 décembre à Lille sur la jeunesse ; le 8 décembre à Ille-sur-Têt sur la prévention, l'accompagnement médico-social et la santé.

Ces forums ont été l'occasion à la fois de dresser le bilan des engagements pris lors du CIH et surtout de débattre de la situation des personnes handicapées au regard de ces quatre problématiques à partir de cas concrets.

Le forum sur l'accessibilité a fait ressortir à la fois les très fortes attentes des associations en matière d'accessibilité du cadre bâti (petite manifestation à l'entrée du forum et fortes interventions en salle) et les contraintes réelles des gestionnaires d'établissements devant réaliser des travaux d'accessibilité. La secrétaire d'Etat aux personnes handicapées a expliqué de manière très pédagogue le dispositif des « agendas d'accessibilité programmés ».

Mais ce forum a aussi été souligné l'importance de l'accessibilité numérique, compte tenu de la place centrale de l'informatique dans la vie quotidienne. A cet égard, la Secrétaire d'Etat au numérique (Axelle Lemaire) a présenté les grandes orientations de son projet de loi sur le numérique. Le message essentiel de ce forum a été résumé par l'un des représentants du CNCPH : « l'enjeu de cette CNH, c'est bien d'éviter un nouveau train de retard pour nos publics ».

Le forum sur la prévention, l'accompagnement médico-social et la santé a mis en évidence les difficultés particulières que rencontrent les personnes en situation de handicap dans leur accès aux soins. Il a également été l'occasion de constater un consensus sur les changements à opérer pour que le parcours de santé des personnes en situation de handicap devienne, comme le souhaite Ségolène Neuville, « le plus ordinaire possible ». Tous les participants ont insisté sur quatre mots clefs : la formation, la coordination, la prévention et l'accompagnement.

Ce forum a également mis en avant des initiatives locales et nationales qui témoignent des changements à l'œuvre, par exemples : les réseaux « Handident » pour favoriser l'accès aux soins dentaires des personnes handicapées ; la charte « Romain Jacob », qui a pour ambition d'impliquer tous les acteurs de santé au sens large dans l'adaptation du parcours et des soins pour les personnes handicapées...

Enfin, ce forum a été l'occasion d'échanger sur deux missions en cours : la mission confiée à Marie-Sophie Desaulle sur la mise en œuvre du rapport Piveteau *Zéro sans solution* (il s'agit de faire travailler autrement l'ensemble des professionnels pour passer d'une logique de places à une logique de réponses personnalisées et réalistes coordonnées par les MDPH, dont les procédures seraient simplifiées) et la mission sur le service territorial en santé mentale confiée à Michel Laforcade.

Dans le contexte d'un taux de chômage de la population active en situation de handicap de 22% soit deux fois plus élevé que pour l'ensemble de la population active, **le forum sur l'emploi** a tout d'abord mis en évidence la nécessité impérieuse de faire droit au souhait d'un nombre croissant de personnes handicapées d'évoluer vers et dans le milieu ordinaire. Cela suppose non seulement des aménagements de poste et une amélioration de l'accessibilité des lieux de travail, mais aussi des relations de confiance entre employeurs et travailleurs handicapés, d'où l'importance d'un accompagnement souple, au long cours et adapté en « sur mesure » aux besoins des personnes elles-mêmes et des entreprises. Cela suppose également des réponses innovantes sur le terrain de la prise en charge des inaptitudes pour relever le défi du vieillissement et une prise en charge précoce des situations de détresse à la fois physique et psychologique liées à un accident du travail. Une prise en charge plus rapide, mieux coordonnée et orientée vers le retour à l'emploi constituerait un bénéfice décisif pour les personnes et une source d'économie pour les finances sociales.

Ce forum était également consacré à l'amélioration de la négociation collective sur l'emploi et le maintien des travailleurs handicapés dans l'entreprise. Le premier bilan des accords agréés réalisé par le ministère du travail a permis de constater l'effet bénéfique des quelques 131 accords étudiés sur le taux d'emploi des 12 537 établissements couverts : 3,88%, à mettre en regard des 3% constatés sur le champ des établissements non couverts par un accord spécifique. Sur le plan qualitatif, les exemples de Carrefour et de la Caisse d'Épargne évoqués pendant la table-ronde ont été particulièrement éclairants. Ainsi, Carrefour a une politique contractuelle active depuis 1999 et a dépassé le taux de 6% fin 2012. Dans les deux cas, ces accords ont permis de mettre l'accent sur les compétences détenues par les personnes handicapées et de faire évoluer en profondeur le regard porté sur le handicap. À ce titre, une large diffusion des meilleures pratiques semble nécessaire pour appuyer les négociateurs.

Le forum sur la jeunesse a d'abord été l'occasion pour les Ministres de rappeler l'objectif d'une inclusion accompagnée, ce qui induit une « désinstitutionnalisation » à mettre en œuvre pour atteindre un « parcours de vie ordinaire » impliquant les personnes en situation de handicap, leurs familles et leurs acteurs. Les Ministres ont également souligné plusieurs points positifs : l'augmentation du nombre d'enfants scolarisés, la formation et la professionnalisation des acteurs et des auxiliaires de vie scolaire, les nouvelles méthodes d'évaluation et la personnalisation des parcours. Les établissements médico-sociaux sociaux doivent investir ces champs.

Concernant l'enseignement supérieur, le forum a mis en relief de réelles avancées : aujourd'hui les universités sont toutes dotées d'une mission handicap qui mobilise les partenaires nécessaires afin de définir et mettre en œuvre un plan d'accompagnement adapté à la situation de chaque étudiant. Toutefois, la question de la soutenabilité financière de ces dispositifs a été soulevée compte tenu de l'accélération de la progression du nombre d'étudiant depuis quelques années. Tous les participants ont aussi insisté sur la nécessité de personnaliser les accompagnements du parcours selon l'étudiant, son parcours antérieur, les difficultés liées à la situation de handicap et la formation suivie. Mais certains indiquent qu'il faut mobiliser d'avantage les enseignants pour une meilleure accessibilité des formations. Enfin, la question de l'accompagnement est en fait globale : elle doit dépasser le cadre de l'université (par exemple s'agissant du sujet des transports ou du logement) et préparer l'après. Les acteurs ont reconnu l'importance d'être attentif au cours des transitions entre école, université et monde du travail et de renforcer les actions en matière d'insertion professionnelle.

Le forum a également été l'occasion d'échanger sur les moyens d'aller vers une école inclusive. Tous les acteurs doivent contribuer à faire une part du chemin : ce n'est pas seulement le sujet de l'éducation nationale ; la coopération entre tous les acteurs publics (ARS, MDPH, CNSA, Direccte, ONISEP, ...) conditionne le succès des parcours. Dans le trio gagnant souligné par certains entre enseignant référent, conseiller psychologue et médecin, comment renforcer les collaborations entre secteur médico-social et secteur de l'éducation ? Dans ce parcours, les parents jouent un rôle également essentiel quant à la confiance qu'il dégage mais aussi dans leur ressenti.

ANNEXE 3 : PLAN AUTISME 2013-2015

Point d'étape du 3^{ème} plan autisme – avril 2015

Le 3^{ème} plan autisme (2013/2017), publié en mai 2013, est organisé autour de 5 axes stratégiques, déployés en 37 fiches actions.

Il est doté d'un budget de 205 millions d'euros, dont 195 pour l'évolution de l'offre médico-sociale, qui ont donné lieu à la notification des crédits suivants aux ARS :

- 28 M€ pour la création de 100 unités d'enseignement en école maternelle comprenant 7 enfants par UE, soit 700 places nouvelles pour ce dispositif.
- 24,2 M€ pour la création de 807 places en SESSAD
- 65 M€ pour la création de 1425 places de structures pour adultes
- 13,3 M€ pour la création de 332 places d'accueil temporaire
- 17 M€ pour le renforcement des CAMSP
- 38 M€ pour le renforcement des autres établissements et services.

Les actions du plan ont pour fil rouge les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS et de l'ANESM.

Des plans d'actions régionaux, élaborés par les ARS, déclinent par territoire les axes du plan national.

La mise en œuvre du 3^{ème} plan autisme est marquée par une concertation étroite et permanente avec les associations de familles, les ARS, les CRA, les gestionnaires du champ médico-social et du monde de la santé, et des experts du domaine.

Les réalisations depuis la publication du plan

En matière de diagnostic et d'interventions précoces :

L'instruction ministérielle du 17 juillet 2014, qui fixe le cadre national de référence sur le triptyque « Repérage, diagnostic et interventions précoces », s'accompagne du déploiement en régions d'équipes chargées du diagnostic des enfants en proximité.

Les 30 premières unités d'enseignement en maternelle ont ouvert durant l'année scolaire 2014/2015. Elles constituent un mode de scolarisation en école ordinaire, avec des interventions éducatives et pédagogiques conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de la guidance parentale à domicile. 30 autres unités ouvriront en septembre 2015, et 40 supplémentaires en septembre 2016.

En matière d'accompagnement tout au long de la vie :

Les créations de places nouvelles : les crédits du 3^{ème} plan autisme ont été notifiés aux ARS, qui s'engagent dorénavant dans les phases d'autorisation et d'installation de ces places. A ce jour, on dénombre environ 8 600 places spécifiquement autorisées pour enfants avec TED dans le secteur médico-social, et environ 6 200 pour les adultes. Avec la programmation issue du plan actuel et le reliquat de places à installer issu du 2^{ème} plan, ce sont près de 6 300 places nouvelles qui doivent s'installer sur la période 2015/2018 (2 700 pour les enfants, 3 600 pour adultes).

Les 28 structures expérimentales créées dans le cadre du 2^{ème} plan ont fait l'objet d'une évaluation nationale, afin de permettre leur autorisation dans un cadre réglementaire de droit commun.

Sur l'accès aux droits en matière de compensation individuelle, une journée réunissant les MDPH et les CRA en septembre 2014 a permis de faire un état des lieux des pratiques partagées sur le champ de l'autisme, et de proposer des pistes de travail pour les années à venir.

Les travaux d'élaboration de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles relative aux interventions et au projet personnalisé chez l'adulte avec autisme ont débuté en début d'année 2015.

En matière de soutien aux familles :

Le dispositif national de formation des aidants familiaux s'est déployé en 2014 dans 7 régions, et se prolongera en 2015 dans 17 régions, pour un total de 2 400 bénéficiaires sur les deux années 2014/2015.

En matière de recherche :

Plusieurs projets majeurs ont été financés : la cohorte ELENA, qui doit permettre de disposer d'un suivi longitudinal d'environ 900 enfants ; deux programmes de recherche consacrés à l'évaluation du modèle de Denver ; une action d'élaboration d'un kit de dépistage précoce en direction des médecins de ville ; et un programme psycho-éducatif de formation des parents.

En matière de formation des professionnels :

Le déploiement d'un programme porté par l'OPCA UNIFAF, destiné à former des professionnels de champ médico-social sur les interventions recommandées et la conduite du changement, a débuté dès 2013 (1 240 personnes formées en deux ans) ; l'élaboration de deux dispositifs de formation à distance élaborés par le CNED et par l'Université de Clermont-Ferrand a été soutenue.

Des perspectives

Ces deux premières années ont été marquées par des réalisations concrètes, et une dynamique collective permettant d'avancer sur tous les axes du 3^{ème} plan.

La mise en œuvre du plan se poursuivra avec la consolidation des avancées, et des travaux renforcés sur certaines thématiques

- *Des actions à consolider et à poursuivre :*

- Un suivi précis du déploiement du triptyque « repérage, diagnostic et interventions précoces » en régions, et le soutien aux formations des équipes de diagnostic de proximité.
- Le maintien de la dynamique sur les unités d'enseignement en maternelles et, plus largement, sur le développement de l'offre en places nouvelles.
- Sur le champ des adultes, la publication de la recommandation conjointe HAS-ANESM est très attendue, afin d'adapter les modes d'accompagnement.
- La poursuite du dispositif de formation des aidants familiaux, qui doit couvrir l'ensemble des régions.
- Le maintien des efforts en matière de recherche : reconduite de l'appel à projets CNSA-IRESP, appui à la structuration des équipes de recherche sur la base de priorités partagées.

- *Une mobilisation sur de nouvelles actions :*

- La parution, en 2015, d'un référentiel qualité autisme qui doit permettre de soutenir l'évolution de l'offre existante vers une meilleure appropriation des interventions recommandées.
- L'accompagnement des MDPH vers une meilleure connaissance et reconnaissance des besoins spécifiques des personnes avec autisme. Un guide technique est en préparation, il permettra d'éclairer les MDPH sur les parcours à construire au bénéfice des personnes avec autisme, et de constituer un socle de formation pour les équipes pluridisciplinaires.
- La publication du décret relatif aux centres de ressources autisme.

- En matière de formation, qui constitue la clé de voûte de nombreuses actions du plan :
 - Le soutien aux dispositifs de formation continue conformes à l'état des connaissances et aux interventions recommandées. Ces actions doivent être étroitement articulées avec le déploiement du référentiel qualité autisme. En ce qui concerne les professionnels de santé, un appel d'offres national entrant dans le champ du DPC (développement professionnel continu) sera lancé en 2015, afin de disposer d'une offre de formation contrôlée et labellisée.
 - Dans le champ du travail social, un chantier de révision des contenus de formation initiale sera engagé en 2015, ainsi que l'élaboration d'une formation certifiante complémentaire sur l'autisme.
 - Les professionnels paramédicaux verront également évoluer les contenus de formation initiale afin de les adapter aux connaissances actualisées.
 - Les professionnels de l'enseignement sont également visés par des mesures spécifiques de contenus de formation (enseignants et accompagnants d'élèves en situation de handicap).
- Le déploiement du repérage et d'un meilleur diagnostic des personnes adultes sur l'ensemble des régions, quelle que soit la situation des personnes.

Cette seconde phase de mise en œuvre s'appuiera sur la coopération étroite avec l'ensemble des partenaires mobilisés depuis la parution du plan.

ANNEXE 4 : ELEMENTS DE BILAN CONCERNANT LA GENERATION 2007-2014 DES CONTRATS DE PLAN ETAT-REGION PERSPECTIVES 2015 - 2020

Contribution du Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGT)

La prise en compte du handicap dans le cadre de la génération 2007-2013, prolongée en 2014, des contrats de projets Etat-Région a constitué un objectif pour la mise en œuvre du volet territorial (opérations infrarégionales) dont l'une des thématiques portait sur « l'adaptation des services au public et l'accompagnement des initiatives innovantes dans le domaine des services à la personne, y compris la reconversion des structures hospitalières en établissements de moyen et long séjours pour personnes âgées et l'adaptation des structures spécialisées pour les personnes handicapées » (circulaire du Premier ministre du 6 mars 2006 relative à la préparation des contrats de projets Etat-Région). Elle a également été intégrée dans le cadre de grands projets régionaux, qui ont constitué le cœur de la contractualisation.

La mise en œuvre des orientations des CPER concerne plusieurs programmes ministériels (12,8 Md€ contractualisés au total par l'Etat) et recouvre diverses dimensions s'agissant du domaine du handicap et de l'accessibilité, liées en particulier aux champs de la santé, des services et des transports mais aussi de l'emploi, du sport et du tourisme.

Concernant le programme budgétaire 112 (1,2 Md€ contractualisé) dont le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET - ex-DATAR) a la responsabilité, les actions soutenues ont visé principalement l'amélioration de l'accès aux services publics aux personnes en situation de handicap.

Dans ce cadre, les principales catégories d'actions financées sur la génération 2007-2014 ont été les suivantes :

- amélioration de l'accueil dans les espaces publics des personnes en situation de handicap : études, travaux et mise en place de dispositifs pour faciliter l'accessibilité physique et sensorielle aux établissements recevant du public (notamment les administrations publiques), aux réseaux de transports (réseaux publics urbains, gares ferroviaires) et aux territoires à enjeux économiques (territoires de montagne en particulier dans le cadre des conventions interrégionales de massifs) ;
- mise en place de services d'aide à la mobilité et adaptation des moyens de transport pour les personnes à mobilité réduite ;
- mise en place de services pour le maintien à domicile (portage de repas, adaptation des logements par la domotique) ;
- adaptation des structures spécialisées pour les personnes handicapées (EHPAD, maisons d'accueil spécialisées, foyers d'accueil et de vie, ESAT) : études et travaux liés à la reconstruction / réhabilitation de bâtiments et l'amélioration de la capacité d'accueil des personnes ;
- accompagnement à l'ingénierie et à l'expertise dans le domaine du handicap (structuration des associations du secteur sanitaire, social et médico-social, mise en place de réseaux d'aide aux « aidants », études territoriales, pôles d'expertise « handicap et vieillesse », etc.) ;
- développement d'équipements et d'activités de tourisme en lien avec la labellisation « tourisme et handicap » (circuits de tourisme, complexes sport-loisir-handicap, etc.).

Cet échantillon représentatif d'actions, visant soit les personnes handicapées exclusivement, soit les personnes âgées et/ou handicapées, recouvre environ 150 projets financés pour plus de 12 millions d'euros au titre du fonds national pour l'aménagement et le développement du territoire (FNADT - BOP 112). Des cofinancements ont été apportés par d'autres crédits de l'Etat et des collectivités territoriales ainsi que des fonds privés et, de façon ponctuelle, des fonds européens structurels et d'investissement.

Par ailleurs, des actions ont été financées dans le cadre des CPER au titre d'autres programmes ministériels, principalement dans le domaine de la santé et des solidarités par le programme 157 « Handicap et dépendance » relevant de la direction générale de la cohésion sociale (action 4 « compensation des conséquences du handicap » et action 5 « personnes âgées du programme handicap et dépendance »). Les actions correspondantes avaient pour objet de garantir aux personnes handicapées et aux personnes âgées en perte d'autonomie l'accès au droit commun en offrant des dispositifs adaptés à leurs besoins (cf. orientation du volet territorial citée ci-dessus). S'agissant des personnes handicapées en particulier, la priorité nationale en termes d'investissements inscrits dans la contractualisation des CPER portait sur l'adaptation des structures spécialisées : travaux de modernisation des établissements médico-sociaux existants, par restructuration ou reconstruction, et adaptation des capacités d'accueil des personnes handicapées. Les crédits contractualisés au titre du programme 157 (et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) ont représenté un montant d'environ 210 millions d'euros.

Des actions liées au handicap ont également été financées dans d'autres champs, notamment dans les transports (programme 203), l'emploi (programme 103), ou encore le sport (crédits du CNDS) et le tourisme (programme 134).

Perspectives pour la génération 2015-2020 des CPER en cours d'élaboration

Conformément aux termes de la circulaire du Premier ministre du 15 novembre 2013 relative à la préparation des contrats de plan Etat-Région, les réflexions stratégiques préalables à l'élaboration des contrats de plan ont pris en compte la dimension du handicap et les projets d'investissement des contrats de plan intégreront les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap.

La dimension du handicap constitue ainsi une orientation transversale que les acteurs régionaux ont vocation à prendre en compte dans le cadre des différents volets thématiques et territorial des CPER.

Les principales catégories d'opérations inscrites dans les contrats de plan en cours d'élaboration sont les suivantes :

- volet mobilité multimodale : opérations liées à l'amélioration de l'accessibilité aux quais des gares ferroviaires pour les personnes à mobilité réduite ;
- volet enseignement supérieur, recherche et innovation : opérations de mise en conformité avec les normes d'accessibilité dans le cadre des projets de réhabilitation des bâtiments des campus (bâtiments universitaires et logements étudiants) ;
- volet emploi : actions visant à faciliter l'accès et le retour à l'emploi des personnes en situation de handicap ;
- volet numérique / volet innovation, filières d'avenir et usine du futur / volet territorial : actions visant à améliorer l'accès aux services pour les personnes handicapées (en particulier dans le domaine de la santé et de l'innovation via le numérique, par exemple la télémédecine, ...), opérations liées à l'accessibilité de bâtiments culturels (musées), etc.

Les financements qui seront accordés par l'Etat dans le cadre de ces domaines d'intervention renvoient aux programmes ministériels correspondants ; les projets concernés pourront faire l'objet de cofinancements au titre d'autres crédits publics ou privés.

ANNEXE N°5 : HANDICAP ET FONDS EUROPEENS STRUCTURELS ET D'INVESTISSEMENT. BILAN DE LA PROGRAMMATION 2007 – 2013 DES FONDS FEDER ET FSE - PERSPECTIVES POUR LA PERIODE 2014-2020

(Contribution du Commissariat Général à l'Egalite des Territoires)

Bilan de la programmation 2007 – 2013 des fonds structurels (FEDER/FSE)¹⁰⁵

La période de programmation 2007-2013 des fonds européens a permis de soutenir près de 100 000 projets, dont plus de 32 000 pour le FEDER et près de 65 000 pour le FSE.

- **457 projets de FEDER et de FSE**¹⁰⁶ ont favorisé de manière directe la prise en compte du handicap dans la mesure où ils ont ciblé spécifiquement les personnes handicapées. Ces projets représentent plus de **100 millions d'euros** (FEDER et FSE) et près de 300 millions d'euros en coût total (les contreparties aux fonds européens étant apportées par les porteurs de projet, cf. infra). :

FONDS	Montant programmé UE	Montant total programmé	Nombre de projets
FEDER	11 159 026 €	32 871 783	63
FSE	93 505 336 €	255 576 819	394
TOTAL	104 664 362 €	288 448 602	457

- 121 projets ont bénéficié **non exclusivement** aux personnes handicapées (28 pour le FEDER et 93 pour le FSE). Dans ce cas, les autres bénéficiaires sont divers publics en difficulté, des allocataires de minima sociaux, des personnes âgées dépendantes.
- 336 projets ont bénéficié **exclusivement** aux personnes handicapées, dont 301 projets soutenus par le FEDER (en particulier dans le cadre de financement d'infrastructures) et 35 par le FSE.

De manière générale, le FEDER a soutenu des projets de **recherche, de développement technologique et d'innovation** (22 projets), des projets **touristiques** (10 projets), **énergétiques** (10 projets) ou encore des projets **numériques** (9 projets). S'agissant de crédits d'investissement, les projets financés relèvent d'aménagements liés à l'accessibilité ou de soutien à de l'ingénierie.

¹⁰⁵ Source : *infocentre Presage au 20.02.2015*

¹⁰⁶ Sur la base d'une extraction par mots clés dans l'intitulé des mesures, des sous-mesures, des porteurs de projets et des dossiers. Il est donc envisageable que d'autres projets soutenus par les FESI et ciblant ces publics ne soient pas pris en compte dans ce total de 457.

Le FSE quant à lui a très majoritairement soutenu des projets **d'inclusion sociale des personnes défavorisées** (308 projets). Dans une moindre mesure, les projets se sont inscrits dans le cadre de **l'amélioration de la capacité d'adaptation des travailleurs, des entreprises et des chefs d'entreprises** (31 projets).

Si **les associations** sont majoritairement représentées parmi les bénéficiaires du FSE (75%) leur part dans les bénéficiaires du FEDER est moindre (41%). Les collectivités territoriales représentent le deuxième bénéficiaire, tant pour le FEDER que pour le FSE, pour les projets ciblant les personnes handicapés.

- ▶ Par ailleurs, des projets ne ciblant pas les personnes handicapées mais ayant des retombées indirectes positives pour ce public ont également été observés. Les informations disponibles ne permettent toutefois pas d'en estimer exactement le nombre et les montants correspondants. Il s'agit par exemple de projets de réhabilitation d'équipements qui ont pris en compte dans ce cadre les obligations d'accessibilité universelle (plateformes multimodales, etc.) .

La programmation 2014-2020 des fonds européens structurels et d'investissement

Pour la période de programmation des fonds européens structurels et d'investissement (FESI) 2014-2020, **la non-discrimination est un principe transversal** à la mise en œuvre du fonds européen de développement régional (FEDER), du fonds social européen (FSE), du fonds européen agricole pour le développement rural (FEADER) et du fonds européen pour les affaires maritimes et la pêche (FEAMP).

En particulier, la protection des **droits personnes handicapées** fait l'objet d'une **condition préalable à l'octroi des fonds**, vérifiée par l'Etat membre et par la Commission européenne. Cette condition impose notamment que des **formations** des autorités participant à la gestion et au contrôle des FESI soient mises en place en ce qui concerne la **législation et la politique de l'Union européenne et des Etats membres relatives aux personnes handicapées**, y compris en matière d'accessibilité, et de l'application pratique de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées (CNUDPH).

Pour la France, la Commission européenne a estimé que cette condition était bien remplie. Des formations à destination des autorités de gestion (en particulier les régions), d'audit et de certification des FESI seront mises en place dans le cadre du **programme national d'assistance technique interfonds Europ'Act 2014-2020**, géré par le commissariat général à l'égalité des territoires.

L'analyse des programmes du FEDER et du FSE, en cours de réalisation, devrait permettre d'estimer les perspectives d'évolution par rapport à la période 2007-2013 dans les prochains mois.

ANNEXE 6 : EXEMPLES D'INITIATIVES REGIONALES RECENSEES EN MATIERE DE SANTÉ DANS LE CADRE DE LA PRÉPARATION DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DU HANDICAP (NOVEMBRE 2014)

A) *SUR L'ACCES AUX SOINS DE MANIERE GENERALE :*

En Rhône-Alpes, Handiconsult, plateforme de consultations et de soins mise en place en 2012.

- ⇒ Plateforme de consultations et de soins, pluridisciplinaire, adaptée au patient en échec de soins en milieu ordinaire (tout handicap, avec forte dépendance) ; consultations spécifiques à domicile ou en établissement. Professionnels de santé formés, secrétaire médicale, 2 infirmières coordinatrices. Soins dentaires, consultations ORL, gynéco, dermato, douleurs... Conventions avec les ESMS qui orientent les personnes.
- ⇒ Coordination et organisation des prises en charge, accueil téléphonique, conseils.
- ⇒ En 2013 : 805 consultations.
- ⇒ De janvier à mai 2014 : 426 consultations.
- ⇒ Expérimentation financée sur le FIR.
- ⇒ 1er prix régional santé UDAPEI de l'accessibilité en 2012. Nombreux autres prix.

En Franche-Comté, depuis 2012, audit et développement d'actions permettant d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap :

- ⇒ Audit sur la prise en charge spécifique des PH en cabinet de ville ou en établissement (FAM, MAS) et plan d'actions pour améliorer les pratiques.
- ⇒ Objectif : développer et stabiliser un réseau de professionnels de villes référents, fluidifier les prises de rdv et le déroulement des consultations, améliorer la transmission d'informations en interne et en externe.
- ⇒ Recrutement de nouveaux professionnels médicaux et para médicaux lors de campagne de communication vers le monde libéral, formation de la politique d'accompagnement des résidents, mise en œuvre systématique d'un plan de suivi et de prévention individuel des résidents, utilisation d'une fiche de liaison avec l'extérieur, création d'un centre de ressources -handicap régional pour professionnels de santé, usagers et familles.

B) *SUR DES SITUATIONS DE HANDICAP PLUS SPECIFIQUES :*

Autisme et autres TED

a) *Dans le Nord Pas de Calais, installation d'équipes diagnostic autisme de proximité depuis 2012-2013*

- ⇒ Objectifs : consultation spécialisée, projet de prise en charge immédiate, synthèse et relais avec professionnels chargés du suivi. Formation des professionnels qui y contribuent.
- ⇒ 5 équipes sélectionnées en 2013. 70 professionnels formés. 15 zones de proximité.
- ⇒ Ce projet a anticipé l'instruction aux ARS du 17 juillet 2014 dite triptyque

b) *En Martinique, depuis 2008, HAD pour maintenir l'enfant autiste en milieu ordinaire.*

-
- ⇒ Equipe HAD - 1/4 ETP pédopsychiatre, 1/4 ETP cadre de santé, 1 ETP infirmière, 3 ETP éducateurs spécialisés ;
 - ⇒ Objectif : maintenir l'enfant en milieu ordinaire
 - ⇒ Propose un accompagnement personnalisé, thérapeutique et éducatif aux enfants avec autisme ou autre TED.
 - ⇒ 20 places. Accompagnement intensif et limité à 1 an maxi pour file active plus importante. Sollicité par nombreux acteurs de l'autisme. Demande d'extension.

Troubles DYS : en Aquitaine, prévention des troubles DYS depuis 2013.

- ⇒ Formation des généralistes au repérage précoce des enfants atteints de troubles DYS.
- ⇒ Sensibilisation par les DAM ; binôme médecins scolaires - orthophonistes dans formation continue des médecins généralistes.
- ⇒ 24 DAM formés en 2013. 15 formations de sensibilisation auprès de 170 participants

Sourds et malentendants :

a) En Lorraine, depuis 2003, Unité Régionale d'Accueil et de Soins pour Sourds et Malentendants

- ⇒ Consultations de médecine générale dédiée aux personnes sourdes et malentendantes, en essayant de respecter au maximum le mode de communication que la personne préfère
- ⇒ Accompagnement des personnes sourdes et malentendantes au sein du CHU et des établissements conventionnés pour les examens complémentaires, les consultations spécialisées, les hospitalisations...
- ⇒ Accompagnement social grâce des entretiens avec une assistante sociale
- ⇒ Promotion de la santé par l'organisation de conférences en petits ou grands groupes, traduites en langue des signes ou avec utilisation d'une boucle magnétique
- ⇒ Depuis sa création, constante augmentation de l'activité, tant au niveau des consultations médicales, des entretiens avec l'assistante sociale que des accompagnements

b) en Bourgogne, depuis 2013-2014, création d'une plateforme de services pour sourds et malentendants

- ⇒ Plate-forme de services pour sourds et malentendants.
- ⇒ Réseau de santé + URAPEDA + CES Côte d'Or + CH Châlon + professionnels de santé....
- ⇒ But : accès aux soins, prévention, accompagnement social et insertion professionnelle .
- ⇒ Moyens :
 - Visio-communication (rdv médical, orientation, prise en charge des rdv).
 - Coordination de soins et accompagnement lors des consultations ou hospitalisations.
 - Sensibilisations des professionnels de santé.
 - Permanences médicales mensuelles (consultations médicales en LSF).
 - Informations médicales (conseils santé sur internet, rencontre sourds-professionnels de santé)

PH en ESMS ou en MAS :

a) en Languedoc Roussillon, télédentisterie pour PH en MAS

- ⇒ Prix aux trophées de la e-santé

b) Dans le Nord Pas de Calais, depuis 2011, actions en faveur de l'accès aux soins des PH en ESMS

- ⇒ CH Seclin, en lien avec ESMS et associations, a développé actions pour favoriser l'accès aux soins hospitaliers des PH accueillies dans les EMS.

- ⇒ Formations du personnel hospitalier. Outils spécifiques PH pour préparer les hospitalisations, grille d'évaluation de la douleur... Procédures d'accueil et sortie pour les consultations et hospitalisations.
- ⇒ initiative hospitalière très visible dans la région, succès, le CH est sollicité hors de son périmètre d'attraction
- ⇒ S'inscrit pleinement dans les orientations du rapport Jacob et du livre blanc de l'UNAPEI.

c) Dans le Nord Pas de Calais, deux maisons d'accueil temporaire depuis 2004 et 2007

- ⇒ 2 maisons d'accueil temporaire :
 - Bouvelinghem dans le PDC depuis 2004 (24 places)
 - Zuydcoote dans le Nord depuis 2007 (16 places).
- ⇒ Accueil de jour et accueil temporaire avec hébergement.
- ⇒ Objectifs : soulager les aidants, permettre des ruptures avec l'accueil habituel, éviter les ruptures de prise en charge pendant vacances ou fermeture de l'établissement d'accueil, répondre à l'urgence, préparer progressivement une entrée en établissement.
- ⇒ Activité en constante évolution. Quasi saturation pour l'accueil temporaire avec hébergement.
- ⇒ Evalué par le CREAI du Nord.
 - Points forts : souplesse, individualisation, beau cadre de vie, réel impact pour les aidants.
 - Mais : fortes exigences (mobilisation énorme), et surtout : accueil de jour à optimiser.

PH vieillissantes : en Bourgogne, à Précy-sous-Thil, section d'accueil de PH vieillissantes en EHPAD

- ⇒ Section d'accueil de PH vieillissantes dans un EHPAD (anciens travailleurs handicapés d'ESAT ou FHAH).
- ⇒ Projet porté par l'EHPAD de Précy et la Mutualité française.
- ⇒ Taux d'occupation de plus de 99% en 2012. Projet d'extension.

NB : A noter une expérience particulièrement originale : institut d'activités équestres à objectif thérapeutique dans l'objectif de réduire conduites addictives, comportement d'automutilation, maintenir l'autonomie, confiance en soi, valorisation, socialisation, communication, musculation

ANNEXE 7 : ENQUETE SUR LES ETUDIANTS HANDICAPES

(Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle)

Une enquête sur les étudiants en situation de handicap sur l'année universitaire 2012-2013 a été réalisée par la DGSIP en 2013. Elle porte sur tous les établissements publics d'enseignement supérieur et lycées avec des sections de technicien supérieur (STS) ou des classes préparatoires aux grandes écoles (CPGE) placés sous la tutelle du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche qui proposent des formations initiales.

Cette enquête fait ressortir plusieurs enseignements, retracés ci-après.

- **Une forte augmentation du nombre d'étudiants handicapés, particulièrement depuis 2005.**

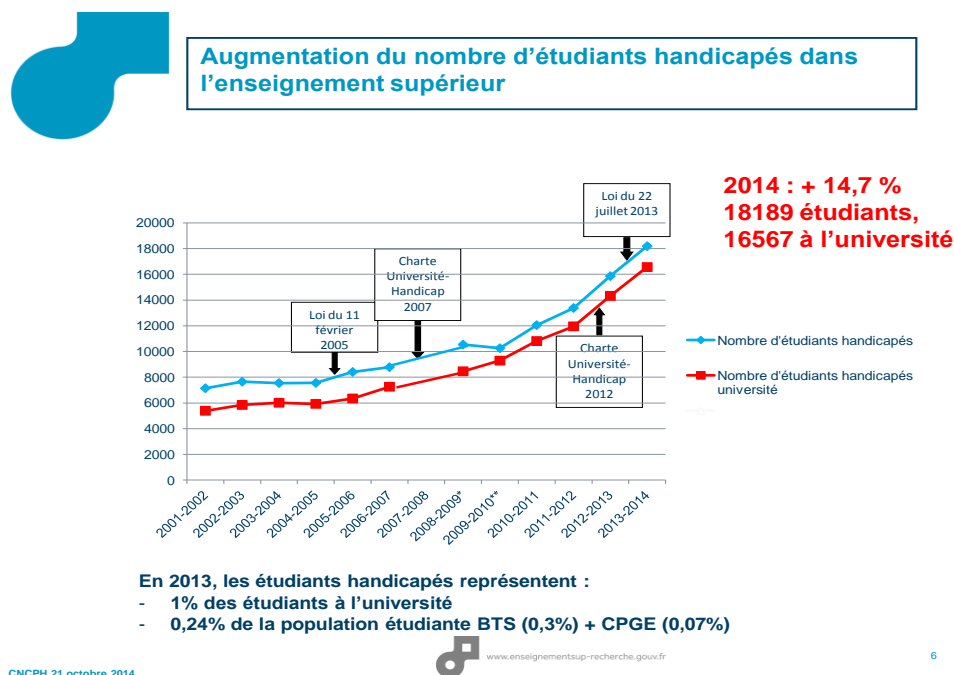
L'augmentation du nombre d'étudiants handicapés recensés constatée les années antérieures se poursuit. Elle est en 2012-2013 de près de 20%. Depuis la promulgation de la loi du 11 février 2005 l'augmentation est en moyenne de 13.5% par an et elle est observable dans tous les types d'établissement. Il y avait 6470 étudiants handicapés en 1999-2000, 8411 en 2006-2007 et 18 200 en 2014.

Tableau 20 : Evolution du nombre d'étudiants handicapés de 1999-2000 à 2012-2013

Année universitaire	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Nombre d'étudiants handicapés	6470	7029	7145	7650	7548	7557	8411	8783	10544	10259	12052	13382	15 862
Augmentation	23,70%	8,64%	1,70%	7,10%	-1,3%	0,10%	11,30%	4,40%	20,00%	-2,70%	15,44%	11,04%	18,53%

Enquête DGSIP octobre 2014

Graphique 1 : Evolution du nombre d'étudiants handicapés en général et à l'université depuis 1999-2000



- Une proportion de plus en plus importante à l'université, et encore plus en lycée (STS-CPGE)
 - *Les étudiants handicapés sont chaque année plus nombreux à s'inscrire à l'université.*

Entre l'année universitaire suivant la promulgation de la loi du 11 février 2005 et l'année 2013, leur nombre a doublé.

La politique incitative menée en leur faveur par le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et par les établissements, après l'entrée en vigueur de la loi et la signature de la charte Université Handicap en 2007, a accéléré cette progression. Si les étudiants handicapés inscrits à l'université représentaient en moyenne 76 % des étudiants handicapés poursuivant des études supérieures avant la promulgation de la loi, ce pourcentage s'élève à près de 90 % après la signature de la charte.

En 2012-2013, ils représentent 0.98% des étudiants inscrits à l'université.

Plusieurs raisons expliquent cette évolution, notamment :

- une arrivée croissante d'élèves en provenance du second degré, singulièrement depuis la rentrée 2005 ;
- des étudiants mieux informés de leurs droits, qui n'hésitent plus à venir se faire connaître auprès des personnels de la structure handicap et à demander des aides de compensation ;
- des politiques d'établissement tendant à développer la sensibilisation et la formation des personnels, contribuant ainsi à un repérage plus efficace des étudiants qui ont besoin d'être accompagnés pour leur éviter de décrocher à cause des difficultés qu'ils rencontrent du fait de leur handicap ;
- un accompagnement plus adapté aux besoins spécifiques ;

- des poursuites d'études longues un peu plus nombreuses. Toutefois, cette tendance demeure à confirmer.

Tableau 21 : Evolution du nombre d'étudiants handicapés à l'université de 1999-2000 à 2012-2013

Année universitaire	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	*2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Nombre d'étudiants handicapés	4 862	5 083	5 391	5 844	6 015	5 930	6 348	7 261	8 462	9 291	10 814	11 957	14 321
Augmentation	7,64%	4,55%	6,06%	8,40%	2,93%	-1,41%	7,05%	14,38%	16,54%	9,80%	16,39%	10,57%	19,77%

Source : Enquête DGSIP octobre 2014

➤ **une progression encore plus importante en STS – CPGE**

Tableau 22 : Evolution du nombre d'étudiants handicapés en lycée (STS – CPGE) comparée aux évolutions dans les autres établissements

	2010-2011	Part	2012-2013	Part	Hausse annuelle moyenne
STS	454	3,8%	716	4,5%	25,6%
CPGE	49	0,4%	58	0,4%	8,8%
STS+CPGE	503	4,2%	774	4,9%	24,0%
Universités	10814	89,7%	14 321	90,3%	15,1%
Ecoles d'ingénieurs	598	5,0%	605	3,8%	0,6%
Autres	137	1,1%	162	1,0%	8,7%
Total	12052	100,0%	15862	100,0%	14,7%

Source : Enquête DGSIP octobre 2014

Les étudiants handicapés représentent 0.23% de la population générale en STS / CPGE :

- 0.3% des étudiants STS
- 0.07 % des étudiants CPGE.

Les élèves handicapés qui poursuivent leurs études au-delà du bac en lycée, sont essentiellement inscrits en STS, leur orientation en classe préparatoire est plus de trois fois moindre par rapport à la population générale des étudiants inscrits dans les établissements : la part des étudiants handicapés en CPGE dans le total des étudiants handicapés en lycée (STS+CPGE) est de 7,5% alors qu'elle est de 25% dans la population générale.

➤ **Une progression au cours de la formation universitaire plus difficile que pour la population estudiantine générale : sur-représentation en licence, sous-représentation en master et doctorat.**

Tableau 23 : Répartition des étudiants handicapés par cycle

2013	licence	master	doctorat	Total
étudiants handicapés	76,30%	22,40%	1,31%	100,00%
population générale	62,22%	31,49%	6,29%	100,00%

Source : Enquête DGSIP octobre 2014

Par rapport aux résultats de l'enquête 2011-2012 et comme entre les deux années universitaires précédentes, on observe une **diminution des écarts pour la licence et le master** (-0.4 en L, -0.6 en M). La distribution de la population des étudiants handicapés tend ainsi à se rapprocher de celle de la population générale, avec toutefois une tendance persistante : **une surreprésentation au niveau de la licence et une sous-représentation en master**. En 2012-2013, on dénombre deux étudiants inscrits en licence pour un étudiant en master pour la population générale alors que ce rapport est de 3,4 pour les étudiants handicapés.

Cette année, la tendance au rapprochement de la population handicapée et de la population étudiante générale se confirme avec une augmentation du nombre d'étudiants en master beaucoup plus importante que les années précédentes qui pourrait, si elle se confirme au cours des prochaines années, révéler une meilleure progression dans le cursus universitaire.

Néanmoins, une très faible proportion d'étudiants handicapés (1,38%) est recensée en doctorat (6.4% pour la population générale). Toutefois, il convient de préciser qu'il est délicat de commenter les données relatives au doctorat car, dans certains établissements, les étudiants sont suivis par les DRH. Ne disposant pas des données issues des DRH mais seulement des missions étudiants qui accompagnent ces étudiants, leur nombre est ici probablement sous-estimé.

Il convient de préciser que certains étudiants recensés comme se trouvant en situation de handicap à un moment de leur cursus peuvent ne plus l'être par la suite ou encore ne plus souhaiter se déclarer auprès des services compétents. En effet, la situation de handicap résultant de l'interaction de l'étudiant avec son environnement, l'évolution, tant du handicap de l'étudiant que des caractéristiques de la formation suivie durant le cursus, peut engendrer des besoins de compensations différents. Un étudiant peut être en situation de handicap mais ne plus nécessiter un accompagnement impliquant une demande d'aménagement et son recensement. Ainsi observe-t-on que :

- certaines demandes d'aide sollicitées lors de la première année de formation effectuée dans l'enseignement supérieur ne sont pas renouvelées l'année suivante, le contexte ayant évolué ou les étudiants ayant élaboré des stratégies efficaces qui leur permettent de s'en passer ;
- au niveau du Master ou du Doctorat, les modalités de fréquentation de l'université (près de 90% des étudiants handicapés fréquentent une université) changent : le travail personnel devient prépondérant ; par suite, les demandes d'accompagnement se font plus rares ;
- inversement, un étudiant handicapé peut ne pas avoir besoin de mesures de compensation au début de son cursus universitaire mais se trouver ultérieurement en situation de handicap, durant les périodes de stages par exemple, ou en raison de l'évolution de son handicap.

► **Une forte corrélation entre le niveau d'étude et le type de trouble dont l'étudiant est affecté.**

Il se confirme que les étudiants présentant des troubles visuels ou des troubles moteurs ont un parcours plus fluide que celui des autres étudiants handicapés.

A contrario, la sous-représentation du nombre d'étudiants recensés, précédemment constatée au niveau du Master, et la sur-représentation des étudiants handicapés en licence se trouvent toujours accentuées pour les étudiants présentant des troubles intellectuels et cognitifs, des troubles psychiques ou des troubles du langage et de la parole.

► **Une surreprésentation dans les filières de formation de courte durée (IUT) et dans la filière lettre, sciences humaines et sociales (LSHS).**

Comme les années précédentes, les étudiants handicapés sont sous-représentés dans les filières de formation droit, sciences économiques, gestion et santé.

Néanmoins, alors que les étudiants handicapés étaient jusqu'alors surreprésentés en sciences, pour la première fois cette année, leur répartition tend vers celle de la population générale.

Outre une surreprésentation pour tous les étudiants handicapés dans les formations courtes (IUT), à l'exception des étudiants en situation de handicap visuel, les étudiants handicapés sont inégalement présents dans les différentes filières de formation en fonction de la nature de leur handicap :

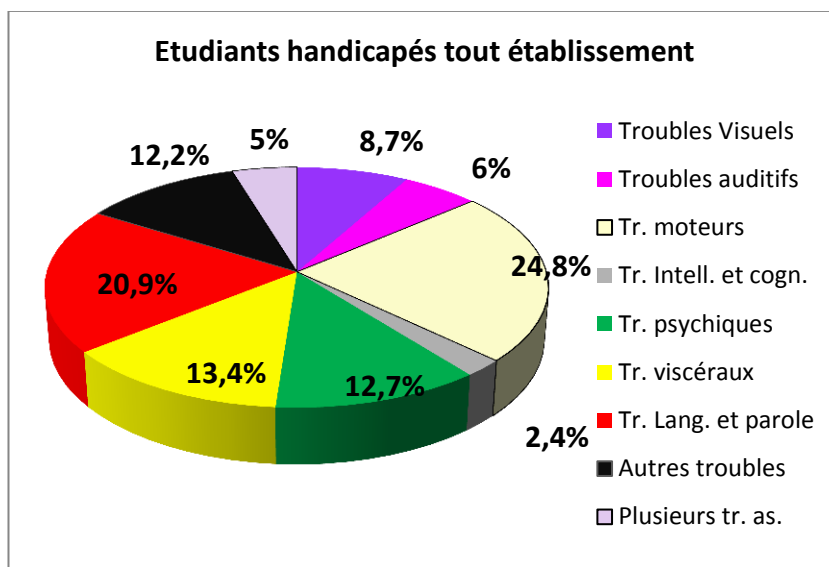
- Les étudiants handicapés présentant des troubles auditifs sont surreprésentés dans les formations de LSHS.
- Les étudiants handicapés présentant des troubles visuels sont surreprésentés dans les filières droit, sciences économiques, gestion et sous représentés en staps et en IUT.
- Les étudiants handicapés présentant des troubles moteurs sont représentés comme la population générale dans la filière droit, sciences économiques, gestion, sous-représentés dans les formations santé et sur-représentés en Staps.
- Les étudiants handicapés présentant des troubles psychiques sont surreprésentés dans les formations de sciences, LSHS et sous représentés en filière santé et droit, sciences économiques, gestion.
- Les étudiants handicapés présentant des troubles du langage et de la parole sont sous-représentés en LSHS et en droit, sciences économiques, gestion et très fortement surreprésentés en IUT.
- Les étudiants présentant des troubles intellectuels et cognitifs sont surreprésentés en sciences.

► **Les troubles les plus représentés dans la population des étudiants handicapés sont les troubles moteurs (24,8%) et de la parole et du langage (20,9%).**

Les résultats de l'enquête mettent en évidence la forte et constante progression du nombre des étudiants présentant des « troubles du langage et de la parole » et des « troubles moteurs », mais cette année on observe également une augmentation significative des « troubles psychiques » et des « troubles viscéraux ».

La dernière catégorie – « autres troubles » - comporte 20% d'étudiants en situation de handicap temporaire. Pour le reste, elle regroupe principalement des situations qui n'avaient pas encore fait l'objet d'une évaluation précise lors du recensement.

Tableau 24 : Répartition par type de trouble hors situation de handicap temporaire



Source : Enquête DGSIP octobre 2014

En ce qui concerne les étudiants handicapés en lycée (STS CPGE), par rapport à la population totale des étudiants handicapés, les étudiants en situation de troubles moteurs et de troubles auditifs sont fortement représentés en lycée (STS CPGE : 38,6% d'entre eux sont en troubles moteurs, 15,2% en troubles auditifs).

➤ **Plus de 70% des étudiants sont accompagnés.**

Les étudiants qui sont accompagnés en STS et CPGE le sont dans le cadre de l'élaboration d'un PPS. Ils ont tous un PPS (dont 10% en cours d'élaboration). 38% d'entre eux bénéficient d'un AVSI, mais 61% n'ont aucun accompagnement. En outre, 51% d'entre eux bénéficient d'un matériel pédagogique adapté et 64% bénéficient d'un accompagnement extérieur eu lycée (établissement sanitaire, établissement médico-social...).

Hors STS-CPGE, 70% des étudiants handicapés (7 960) ont en 2013 un plan d'accompagnement (formalisé pour 60%, non pour 10%), contre 63% en 2010.

Le pourcentage d'étudiants handicapés qui bénéficient d'un aménagement du cursus de formation suivi, environ un quart, demeure stable.

28% des PAE formalisés ou non comprennent une aide humaine. Parmi les aides humaines, le recours à un preneur de note reste toujours majoritaire et ce depuis le début de la mise en œuvre de cette enquête.

Tableau 25 : Répartition des aides humaines dont bénéficient les étudiants handicapés (possibilité de bénéficier de plusieurs aides)

Enquête 2013 Total réponses : 10605	Nb	% obs.
Un interprète	75	0.7%
Un codeur	20	0,2%
Un preneur de notes	2214	20.9%
Un soutien pédagogique ou d'un tutorat en raison de la situation de	520	4.9%

handicap		
Autres aides humaines (aide pour déplacement/installation)	505	4.8%
Aucune aide humaine spécifique	7271	68.6%

Source : Enquête DGSIP octobre 2014

Plus des trois quarts (78%) des étudiants handicapés bénéficient d'un aménagement des modalités de passation des examens soit près de 200 étudiants en plus par rapport à l'année 2011-2012. Parmi les étudiants qui bénéficient d'aménagements pour la passation des épreuves, 67% bénéficient d'un temps majoré.

La proportion des étudiants handicapés qui déclarent bénéficier d'une aide extérieure à l'établissement en raison de leur handicap est en constante augmentation : elle est passée de 41% en 2009 à 64% en 2012. Depuis la rentrée 2 009, ce sont 5407 étudiants supplémentaires qui en bénéficient.

Le nombre d'étudiants handicapés déclarant bénéficier d'une mesure de compensation relevant des compétences de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est en constante augmentation.

Le nombre d'étudiants déclarant bénéficier d'une RQTH a augmenté de 40% depuis quatre ans, alors que le nombre d'étudiants déclarant bénéficier d'une carte d'invalidité, de stationnement ou de l'AAH a augmenté de 50%.

Cette évolution montre que les étudiants handicapés sont mieux informés de leurs droits et qu'ils parviennent à mieux articuler leur parcours de formation avec la perspective de l'insertion professionnelle mais aussi que la perception de leur situation de handicap évolue.

La connaissance de la situation des étudiants handicapés par les responsables et référents handicap des établissements continue de progresser : la baisse du taux de réponse « ne sait pas » se confirme.

ANNEXE 8 : GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE EN DIRECTION DES PERSONNES HANDICAPEES

La gouvernance de la politique en direction des personnes en situation de handicap repose sur plusieurs instances nationales de pilotage (CIH) ou de consultation (CNCPH, OBIAçU, ONFRIH) ainsi que des acteurs chargés de la mise en œuvre de cette politique au niveau national (CNSA) et au niveau local (MDPH).

► Le Comité interministériel du handicap

Créé par le décret n°2009-1367 du 6 novembre 2009, le comité interministériel du handicap, présidé par le Premier ministre ou, par délégation de celui-ci, par le ministre chargé des personnes handicapées.

Le comité interministériel du handicap est composé des ministres chargés des personnes handicapées, de la solidarité, de la famille, de la jeunesse, de l'éducation, de l'enseignement supérieur, de la recherche, du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle, de la consommation, de l'économie, de la santé, de la sécurité sociale, des affaires sociales, des personnes âgées, du logement, des transports, de la culture, de la communication, des sports, du tourisme, de la justice, des collectivités territoriales, de la ville, de la fonction publique, du budget, de l'outre-mer, des affaires étrangères et européennes, de la défense et des anciens combattants.

Il est chargé de définir, coordonner et évaluer les politiques conduites par l'Etat en direction des personnes handicapées. Un Secrétaire général, placé auprès du Premier Ministre, prépare les travaux et les délibérations du comité. Il est chargé de coordonner et de suivre la mise en œuvre des décisions prises par le comité interministériel

Après une réunion d'installation en 2010, il s'est réuni pour la première fois le 25 septembre 2013 et a défini une feuille de route gouvernemental pour une société plus inclusive.

► Les référents handicap des ministères

Une des actions adoptées par le CIH est la désignation d'un référent « handicap-accessibilité » au sein de chaque cabinet et chaque ministère, conformément aux dispositions de la convention internationale qui prévoit des points de contact ministériels. Ils auront notamment pour mission de veiller au respect de la circulaire du 4 juillet 2014 sur la prise en compte du handicap dans chaque projet de loi.

► Le Comité National Consultatif des Personnes Handicapées

Prévu par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, le CNCPH a été créé par un décret du 22 mars 1984. Son rôle sera conforté dès la publication de la loi du 11 février 2005. Avec la saisine pour avis des textes réglementaires d'application, la loi de 2005 fait du CNCPH un passage obligé dans le processus d'élaboration de la politique du handicap. L'exigence qui s'exprime au niveau international selon laquelle « pas de politique du handicap sans les personnes handicapées » trouve alors sa traduction

Organisme consultatif placé auprès du ministre en charge des personnes handicapées, le Conseil national consultatif des personnes handicapées assure la participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques les concernant. Il peut être consulté par les ministres compétents sur tout projet, programme ou étude intéressant les personnes handicapées.

Il peut se saisir de toute question relative à la politique concernant les personnes handicapées.

Le Conseil national consultatif des personnes handicapées est chargé d'évaluer la situation matérielle, financière et morale des personnes handicapées en France et des personnes handicapées de nationalité française établies hors de France prises en charge au titre de la solidarité nationale, et de présenter toutes les propositions jugées nécessaires au Parlement et au Gouvernement, visant à assurer, par une programmation pluriannuelle continue, la prise en charge de ces personnes.

Le conseil comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, des départements, des associations ou organismes regroupant des personnes handicapées, développant des actions de recherche dans le domaine du handicap ou finançant leur protection sociale, ainsi que des organisations syndicales et patronales représentatives.

La loi de modernisation sociale de janvier 2002 a en outre créé les CDCP (Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées). Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, en cours de discussion au Parlement, prévoit de les remplacer par des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, regroupant les représentants des personnes âgées et ceux des personnes handicapées.

Le CNCPH est actuellement présidé par Martine Carillon-Couvreur, députée de la Nièvre avec un vice-président représentant les personnes handicapées, Monsieur Philippe Chazal, président de la Confédération Française pour la Promotion Sociale des Aveugles et des Amblyopes.

➤ **L'Observatoire Interministériel de l'Accessibilité et de la conception Universelle (OBIAÇU)**

L'OBIAÇU, créé par le décret n°2010-124 du 9 février 2010, est placé auprès du Premier ministre. Il a deux missions fondamentales :

- évaluer l'accessibilité et la convenance d'usage des bâtiments d'habitation, des établissements recevant du public, des lieux de travail, de la voirie, des espaces publics, des installations ouvertes au public, des moyens de transports et des nouvelles technologies. Il étudie les conditions d'accès aux services publics, au logement et aux services dispensés dans les établissements recevant du public. Il recense les progrès réalisés en la matière.
- identifier et signaler les obstacles à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 11 février 2005 en matière d'accessibilité et les difficultés rencontrées par les personnes handicapées ou à mobilité réduite dans leur cadre de vie.

L'OBIAÇU élabore chaque année un rapport qui rend compte de ses travaux, dresse le bilan de l'évolution de l'accessibilité en France, analyse l'état d'avancement de la mise en œuvre de la loi en ce domaine et formule les préconisations qui lui paraissent nécessaires.

L'Observatoire compte 57 membres représentant les élus, les personnes handicapées ou à mobilité réduite, les maîtres d'ouvrage, maîtres d'œuvre et professionnels de l'accessibilité et de la conception universelle, ainsi que des représentants de l'Etat et ceux des organismes intervenant pour le financement, l'observation, le contrôle et la normalisation.

L'Observatoire est présidé, depuis le mois de janvier 2014, par Mme Claire-Lise Campion, Sénatrice de l'Essonne. Il a été animé par le SG-CIH puis par la Délégation ministérielle à l'accessibilité.

➤ **L'Observatoire National de la Formation, de la Recherche et de l'Innovation en matière de Handicap (ONFRIH)**

Inscrit dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté, l'observatoire a été installé le 17 avril 2007. Il a pour mission de conseiller les pouvoirs publics et de présenter des propositions en matière de prévention, de recherche et de formation des professionnels impliqués dans le champ du handicap sur la base d'un état des lieux qu'il aura réalisé.

Installé en avril 2007, l'ONFRIH est doté d'un conseil d'orientation de 53 membres réunissant des différentes parties prenantes (organismes de recherche et de formation, administrations, associations représentant les personnes handicapées, collectivités locales, personnes qualifiées). L'observatoire a mené une expertise collective au sein de 3 groupes de travail (recherche et innovation, formation, prévention) qui ont abouti à la production de 3 rapports d'étape (2009, 2010 et 2011) et un rapport triennal présenté à la Conférence nationale du handicap de 2011.

Le CIH de 2013 a missionné la Secrétaire Générale du CIH pour « proposer une redéfinition de la composition et de l'organisation de l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap (ONFRIH) dans le domaine de la recherche afin de renforcer sa réactivité, son opérationnalité et sa dimension interministérielle et d'en assurer l'animation avec la contribution du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ». Cette rénovation se formalisera par un nouveau décret, dont la publication devrait intervenir avant la fin du premier semestre 2015.

➤ **La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)**

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004. La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 a précisé et renforcé ses missions. Mise en place en mai 2005, la CNSA est, depuis le 1er janvier 2006, chargée de :

- Financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées
- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps
- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes

La CNSA est donc à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique.

Le Conseil de la CNSA définit les orientations et perspectives de l'action de la CNSA. C'est un lieu de débats et de réflexion sur les questions liées à la mise en place d'un nouvel enjeu de protection sociale : la perte d'autonomie. Il réunit tous les acteurs concernés : associations, syndicats, services de l'Etat, Conseils généraux, parlementaires, professionnels.

Dans son rapport d'information du 21 janvier 2015 sur la CNSA, présenté par Mme Martine Carrillon-Couvreur, députée, l'Assemblée nationale montre que la CNSA est devenu « un acteur incontournable des politiques de compensation de la perte d'autonomie », mais identifie des obstacles à l'accomplissement de ses missions : disparités territoriales en matière d'offre collective dans les établissements et services médico-sociaux et de compensation individuelle de la perte d'autonomie ; carences dans la connaissance des besoins et des coûts des établissements et services, retard pris en matière de systèmes d'information dans le secteur médico-social, cloisonnement des acteurs.

➤ **Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)**

Créées par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 et définies par un décret du 19 décembre 2005, les MDPH sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches.

Mises en place et animées par le Conseil Départemental, les MDPH associent : le Conseil Départemental, les services de l'État, l'ARS, les organismes de protection sociale (Caisses d'Allocations Familiales, Caisses d'Assurance Maladie), des représentants des associations représentatives des personnes en situation de handicap.

Il existe une MDPH dans chaque département, fonctionnant comme un interlocuteur unique pour toutes les démarches liées aux diverses situations de handicap. La personne handicapée est au cœur de ce dispositif d'accès aux droits, grâce une prise en compte de son projet de vie et une évaluation de ses besoins par une équipe pluridisciplinaire, afin de reconnaître ses droits à la compensation par la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH).

Au delà des décisions d'attribution des aides et prestations, les MDPH ont pour mission d'accueillir, accompagner, informer et conseiller les personnes handicapées et leurs familles dès l'annonce du handicap et tout au long de son évolution.

Les MDPH s'appuie sur les compétences d'une équipe de professionnels médico-sociaux (médecins, infirmiers, assistantes sociales, ergothérapeutes, psychologues, etc.) pour évaluer les besoins de la personne sur la base du projet de vie et proposer un plan personnalisé de compensation du handicap intégrant des dimensions telles que le parcours professionnel et l'accessibilité.

Les MDPH organisent enfin des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et désignent un référent pour l'insertion professionnelle des adultes handicapés ou pour la scolarisation des enfants handicapés.

ANNEXE 9 : CHIFFRES CLEFS

➤ Estimation du nombre de personnes handicapées en 2008 :

5,6 M de 16 à 59 ans ; 11,5 M de 16 ans et plus

Source : DREES et PQE Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA annexé au PLFSS

Pour plus de précisions, voir point 1.1.3

➤ Nombre de bénéficiaires d'allocations liées au handicap en 2013 (et montant des dépenses versées en 2013) :

- AAH : 1 022 000 (8,5 Mds€)
- Pensions d'invalidité : 933 000 (7,2 Mds€)
- ASI : 70 900 (250 M€)
- PCH : 163 000 (1,5 Md€)
- ACTP : 74 000
- AEEH : 229 000 (847 M€)

Source : DREES et PQE Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA annexé au PLFSS

Pour plus de précisions, voir point 1.1.2

➤ Evolution du montant de l'AAH de 2006 à 2014

- Montant de l'AAH pour une personne seule en 2006 : 610 €
- Montant de l'AAH pour une personne seule en 2014 : 800 €
- Part des allocataires de l'AAH percevant une rémunération d'activité en 2013 : 22,8%

➤ Nombre d'établissements et services médico-sociaux

- 17 915 ESME accueillait ou accompagnaient des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées en 2013.
- 89% des places pour personnes handicapées dans des établissements financés au moins en partie par l'assurance maladie appartiennent au secteur privé non lucratif, 10% au secteur public et moins de 1% au secteur privé commercial.
- Etablissements et services pour les moins de 20 ans (CAMSP, CMPP, SESSAD, IME, ITEP, IEM, Instituts déficience sensorielle, Etablissements polyhandicap) :
 - 105 900 places en établissements
 - 286 300 places en services ou en soins ambulatoires (46 400 en SESSAD, 65 000 en CAMSP, 175 000 en CMPP)
- Etablissements et services pour les 20-59 ans (ESAT, CRP, CPO ; SAVS, SAMSAH, SSIAD, FAM, MAS, FH, FV) :
 - 117 000 places en ESAT
 - 11 100 places en CRP CPO
 - 50 300 places dans les services intervenant à domicile

-
- 26 000 places en maison d'accueil spécialisée
 - 23 100 places en foyer d'accueil médicalisé
 - 40 700 places en Foyer d'hébergement
 - 49 700 places en Foyer de vie

Source : CNSA, rapport 2013

➤ **Taux d'équipement des établissements médico-sociaux en 2013**

2,2 places pour 1000 adultes

9 places pour 1000 enfants

➤ **Délai moyen de traitement des dossiers dans les MDPH**

- Enfants : 3,1 mois
- Adulte : 4,4 mois

Source : RAP annexé au PLF 2015, programme 157

Pour plus de précision voir point 1.3.1.3

➤ **Part des services dans les structures médico-sociales :**

- Enfants : 30,8% (SESSAD)
- Adultes : 18,4% (SSIAD-SAMSAH)

➤ **Evolution du nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire :**

- En 2004-2005 : 133 838
- En 2014-2015 : 259 941
- Le taux de scolarisation en milieu ordinaire est de l'ordre de 74% en 2013-2014.

➤ **Nombre d'étudiants handicapés :**

- En 2004-2005 : 7 557
- En 2014-2015 : 18 200 soit 1% du total des étudiants

➤ **L'emploi des personnes en situation de handicap (comparé à la population active générale) :**

- Taux d'activité en 2011 : 44% (71%)
- Taux d'emploi en 2011 : 35% (64%)
- Taux de chômage en 2011 : 21% (9%)
- Ancienneté au chômage de 2 ans et plus : 41% (17%)
- Part des établissements couverts par un accord relatif à l'emploi de travailleurs handicapés en 2012 : 11%
- Part des travailleurs handicapés dans le total des actifs occupés du secteur privé en 2012 : 3,1%

- Part des travailleurs handicapés dans le total des actifs occupés du secteur public en 2013 : 4,9%

Source : DARES

Pour plus de précisions, voir point 1.5

► **Accessibilité du cadre bâti**

Au 31 décembre 2013, sur 1 M d'ERP :

- 225 000 sont aux normes de 2015

255 000 autres ont fait l'objet de travaux entre 2007 et fin 2013.