

1-A

FICHES PRATIQUES**ELABORATION D'UNE CHARTE VILLE – HANDICAPS,
ÉVALUATION ET ACTIONS.*****Suivi de la « Charte Ville – Handicaps » à Bordeaux.***

Les méthodes, moyens et outils déployés pour élaborer une charte Ville Handicaps varient selon les villes et dans le temps. Mais il est possible de dégager certaines constantes pour permettre de réelles avancées :

- une volonté participative,
- une compréhension transversale des problématiques ;
- et l'utilisation de l'outil numérique pour favoriser la participation de tous, au service de l'accessibilité dans toutes ses composantes et pour tous les types de handicaps.

« Le numérique n'est plus un simple vecteur d'information, il doit servir à mettre l'accent sur le lien social, l'entraide, la synergie des actions et la lutte contre l'isolement, tant pour les personnes handicapées que pour les aidants » (Évaluation Charte handicaps 2015, Bordeaux)

Sont présentées ici les éléments essentiels qui ont présidé à la naissance de la Charte Ville Handicaps, à Bordeaux, en 2011, ainsi que les actions impulsées par cette dynamique.

Ces actions visent les personnes en situation de handicap dans les **5 familles de handicap** (moteur, sensoriel, psychique, mental ainsi que les maladies invalidantes) et dans tous les domaines : droit, éducation (école, soutien à la parentalité...), santé, logement, transport, vie professionnelle, tourisme, culture ...

Un éclairage est tout particulièrement porté sur la mise en place d'une permanence associative d'accompagnement au projet de vie, qui a vu le jour en septembre 2017 ; elle vise à renforcer l'accessibilité sociale et à permettre de favoriser une approche **transversale** des problématiques liées au handicap.

1. Tenir compte de l'historique

La charte handicaps a été élaborée en 2011, en tenant compte des spécificités de la Ville, d'instances déjà existantes et en associant les partenaires dans une volonté de coopération **au delà d'obligations réglementaires**.

– L'appui sur une instance consultative créée dès le début des années 2000

La ville a installé une instance consultative, le premier Conseil Ville et Handicaps, dès le début des années 2000. Cette instance est pilotée par l'adjoint au Maire pour les politiques en faveur des personnes handicapées, M. Joël Solari, et composée de représentants d'associations (une quarantaine aujourd'hui).

Elle a permis de mieux comprendre et appréhender les problématiques des personnes handicapées dans leur quotidien.

– La construction de la charte

Avec la loi de 2005, les actions conduites pour prendre en compte le handicap et les réflexions menées dans ce sens ont trouvé une traduction dans la **co construction** de la Charte Ville handicaps, signée par la Ville et une vingtaine d'associations, et la **production** d'un réel plan d'actions en 2011. Aux termes de cette charte, avec les partenaires institutionnels et associatifs, la Ville a choisi de se mobiliser autour de 7 thématiques principales : gouvernance, communication-information-sensibilisation, vie quotidienne, enfance-jeunesse-éducation, emploi-formation, accessibilité, accès à la vie sociale. Des objectifs et des enjeux ont été fixés et regroupent toutes les familles de handicaps.

2. Une évaluation indispensable

La charte et le plan d'actions ont fait l'objet d'une évaluation en 2012, en 2015 puis en 2017.

Pour mener cette évaluation, des animations sont conduites et prennent la forme d'ateliers auxquels participent associations, personnes handicapées, partenaires institutionnels, bailleurs sociaux, professionnels de santé, experts etc. En décembre 2017, 11 ateliers ont été mis en place (participation, sensibilisation, transport, logement, santé, enfance-jeunesse, emploi ; accessibilité dans les établissements recevant du public, accès aux droits, équité culturelle, tourisme et sport). Ces rencontres sont l'occasion, pour les différents participants, de conduire des réflexions sur leurs pratiques. Si la connaissance d'un champ de handicap est un atout, il ressort également que cette compétence par type de handicap peut aussi conduire à un autre constat : « *on se connaît peu entre associations du handicap, chacun reste dans son segment, on gagnerait à collaborer davantage* » est un des éléments de réflexions, issu de l'évaluation de 2017.

Cette évaluation donne lieu à un rendu de propositions concrètes qui tiennent lieu de « *feuille de route* » pour les années suivantes.

Lire : « *3^e évaluation de la charte Ville Handicaps* », 8 décembre 2017 sur le site www.bordeaux.fr

3. Retour sur quelques actions significatives

Les actions engagent un ensemble d'acteurs (dans de nombreux champs : social, médical, scolaire, culturel etc.), consolident les relations avec les partenaires institutionnels, territoriaux et associatifs et mobilisent des outils nouveaux pour l'accessibilité

L'école inclusive : pour atteindre l'objectif d'une école totalement inclusive, la médecine scolaire travaille en étroite collaboration avec les équipes éducatives, les familles et les institutions sur des projet d'accueils personnalisés et adaptés à chaque enfant –

A cet effet, des objectifs stratégiques sont fixés dans le **cadre du contrat local santé**. L'action du service de santé scolaire municipal y est inscrite. Via ce contrat, une attention particulière a été apportée depuis de nombreuses années aux enfants en situation de handicap et à leur famille. Un des axes fixées par le contrat est de développer la prévention dédiée aux enfants et aux jeunes et de soutenir la parentalité. La ville s'est efforcée de favoriser l'accueil scolaire mais également de loisirs des enfants en situation de handicap en respectant la demande des parents (*Evaluation de la charte 2015, p 6*).

– En 2015, des actions centrées sur la sensibilisation au handicap dès l'école primaire ont été conduites.

– En 2017, l'école Anatole France a créé une « Unité Enfant Maternelle » : elle accueille 6 jeunes élèves entre 3 et 5 ans. Les UEM constituent une modalité de scolarisation d'élèves d'âge de l'école maternelle avec troubles du spectre de l'autisme (TSA), orientés vers un établissement ou un service médicosocial (ESMS) et scolarisés dans son unité d'enseignement, implantée en milieu scolaire ordinaire (voir aussi p. 63, 95). Pour être plus inclusive, la Ville conduit également une expérimentation pour favoriser l'accès des enfants à besoins éducatifs particuliers, dans les accueils de loisirs en milieu ordinaire. Un partenariat avec la CAF vise à subventionner des animateurs qui accueillent les enfants en situation de handicap, sans créer d'espace spécifique. L'évaluation 2017 a été l'occasion de souligner l'importance de former les professionnels de l'animation au handicap.

▪ L'handiparentalité

« *Qui dit handiparentalité pense spontanément enfant handicapé. Cela concerne aussi les parents porteurs de handicap...* » (Florence Mécécasse, www.handiparentalite.org). De plus en plus d'adultes en situation de handicap souhaitent faire valoir leur droit à la parentalité. Un espace dédié à la parentalité a été ouvert en 2015 : le Centre Papillon regroupe des professionnels de santé, de la petite enfance et de la justice et accueille les futurs parents et parents en situation de handicap.

▪ L'emploi

La Ville se positionne à la fois comme :

- acteur du développement de l'emploi : en partenariat avec l'Etat, elle organise notamment la manifestation « Emploi handicap » et a créé une plateforme d'agrégation d'offres d'emploi localisées sur le territoire de la ville et de la Métropole ;
- employeur : dans le cadre de convention avec le Fonds d'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique, elle mène des actions et met en place des dispositifs innovants, visant des salariés reconnus travailleurs handicapés et souffrant notamment de handicap « invisible » (voir Partie 3 – fiche Handicap invisible : leviers d'action dans la fonction publique).

▪ Le logement

Pour permettre une lisibilité de l'offre du logement, le dispositif ADALOGIS a été mis en place (Evaluation de la charte, octobre 2012). Ce dispositif interactif permet de rapprocher l'offre et la demande de logements accessibles-adaptés

<http://www.adalogis.fr>

▪ Le Tourisme

Première ville à obtenir la marque « Destination pour tous » en 2014, Bordeaux mène également des actions pour augmenter l'accessibilité d'itinéraires et de sites, pour tous les types de handicap, avec la marque « Tourisme et Handicap. En 2017, la Cité du Vin a été « labellisée » pour les 4 familles de handicap (voir aussi Partie 4).

consulter www.tourisme-accessible-bordeaux.fr

Lire aussi : *Magazine Lumen. Accès aux lieux culturels*, décembre 2016. <http://www.lumen-magazine.fr>

- La mise en œuvre de l'Agenda d'Accessibilité programmé sur 9 années pour poursuivre l'accès des 365 établissements de la ville recevant du public
- Le développement de la plateforme ACCEO dans les services d'accueil de la ville pour permettre un échange simultané et lever la barrière de la langue avec les personnes déficientes auditives. Le dispositif national, ACCEO, propose une solution de communication qui permet d'échanger par téléphone ou en face à face. Deux modes de communication sont proposés : soit la transcription instantanée de la parole (soutien écrit pour les personnes malentendantes, les seniors ou personnes sourdes s'exprimant oralement, soit la vision interprétation en langue des signes française, pour les personnes sourdes qui ne parlent que la langue des signes, non oralisées. Consulter le site www.acce-o.fr

4. Un nouveau dispositif clé : la mise en place d'une permanence associative

Cette permanence s'inscrit dans la continuité de la co construction de la charte.

Partant du constat que certaines personnes handicapées ne se sentent pas suffisamment informés pour élaborer leur projet de vie, la Ville de Bordeaux a créé, en partenariat avec le département, une permanence associative qui fonctionne depuis septembre 2017.

Ce projet, piloté par la Mission Handicap, vient compléter l'offre de service du CLIC qui assure l'accueil, l'information et la réception des dossiers MDPH, par délégation de la MDPH à la cité municipale.

Dans le cadre de la permanence associative, 11 associations sont mobilisées et contribuent au soutien des personnes. Des bénévoles se déplacent sur demande, si un besoin est détecté.

Les permanences d'accompagnement ont pour but :

- d'aider les personnes à écrire leur projet de vie ; l'échange permet de préciser le projet de vie, notamment dans un esprit de **pair-émulation**, d'accompagner la personne et de l'orienter vers les dispositifs d'aides humaines ou techniques selon l'évolution de la pathologie, par exemple ;
- de **valoriser l'accès aux droits** des personnes en situation de handicap dans les domaines administratifs, de l'emploi et du logement.

D'autres thématiques pourront être intégrées au fur et à mesure que des associations se joindront aux projets.

AUTISME

La France a été rappelée à l'ordre au niveau européen pour son manque d'engagement concernant le droit des enfants autistes à la scolarisation (voir décision du Comité européen des droits sociaux du 11 septembre 2013, diffusée le 5 février 2014) et nombre d'alertes ont été faites par des associations. Dans ce contexte, un plan d'actions est venu compléter le 3^e plan autisme (2013-2017). Des mesures ont été prises pour changer le regard porté sur les troubles du spectre de l'autisme. Sur la base de constats et recommandations le 4^e plan autisme, dévoilé le 6 avril 2018, prévoit des mesures pour la recherche, le dépistage, la scolarisation des enfants et jeunes autistes, l'insertion des adultes et le soutien aux familles (voir analyse dans *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 3056, 13 avril 2018).

« *Evaluation du 3^e plan autisme dans la perspective de l'élaboration d'un 4^e plan* », Claire Compagnon et Delphine Corlay (Igas), Gilles Petreault (Igen), mai 2017

Plusieurs moyens et objectifs sont mis en avant et devront être renforcés :

– L'accueil dans les **unités d'enseignement en maternelle** : les Agences Régionales de Santé ont participé à l'élaboration d'un nouveau cahier des charges de ces unités d'enseignement en maternelle (*Instruction DGCS/SD3B/DGESCO/CNSA/2016/12 du 10 juin 2016*). Les UEM constituent une modalité de scolarisation d'élèves d'âge de l'école maternelle avec troubles du spectre de l'autisme orientés vers un établissement ou un service médicosocial (ESMS) et scolarisés dans son unité d'enseignement, implantée en milieu scolaire ordinaire

– L'organisation effective d'un **maillage du territoire régional** : l'une des finalités est de repérer dès le plus jeune âge les enfants susceptibles d'être pris en charge, d'accélérer le diagnostic et de mettre en œuvre un accompagnement adapté à leurs besoins, ainsi qu'à ceux de leurs familles. Pour améliorer le repérage, le 4^e plan autisme prévoit la création d'un « forfait intervention précoce » afin d'assurer la prise en charge, par l'assurance maladie, des séances avec des thérapeutes dès les premiers troubles détectés (avant que le diagnostic officiel ne soit posé).

La Haute Autorité de Santé (HAS) diffuse un document présentant des outils pour que les professionnels repèrent et évaluent les troubles le plus tôt possible.

« *Recommandations de bonnes pratiques – Trouble du spectre de l'autisme Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent Méthode Recommandations pour la pratique clinique* », février 2018.

– La nécessité de mettre en œuvre une **offre d'accompagnement des adultes autistes** : à ce jour, l'offre est insuffisante, que ce soit en établissement médico-social (des adultes restent dans des établissements pour adolescents faute de place) ou dans le milieu ordinaire pour garantir la mise en œuvre au quotidien des droits, comme pour tout citoyen.

Pour aller dans ce sens, la HAS et l'Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux rassemblent des préconisations qui s'inscrivent dans le cadre du 3^e plan autisme et devraient aider pour la mise en place du 4^e plan.

« *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte* », décembre 2017

Lire aussi : *Rapport sur le devenir professionnel des personnes autistes*, Joseph Schovanec, disponible sur www.social-sante.gouv.fr

– Le rôle des **centres de ressources autisme** : le fonctionnement, l'organisation de ces centres a été défini (*Code de l'action sociale et des familles, art . D. 312-161-13 et s. ; Décret 2017-815 du 5 mai 2017*). Ils ont un rôle d'écoute et d'expertise. Ils sont également appelés à développer les compétences des aidants familiaux et des professionnels.

HANDICAPS RARES

Le plan quinquennal « handicap rare » 2014-2018 doit permettre de renforcer la reconnaissance de situations de handicap peu nombreuses (rareté des publics), très spécifiques (rareté des combinaisons de déficiences), particulièrement complexes et difficiles à repérer, à évaluer et à prendre en charge (rareté et complexité des techniques d'accompagnement). Le handicap rare est défini comme étant la conséquence d'une association rare et simultanée de déficits sensoriels, moteurs, cognitifs ou de troubles psychiques, dont la prévalence est inférieure à 1 cas pour 10 000 habitants.

Outre une meilleure reconnaissance de ces situations de handicap, l'objectif du plan est :

– de renforcer la coordination des acteurs en déployant une « *organisation intégrée au sein des territoires* » afin d'éviter les ruptures ou les discontinuités. Cette démarche d'intégration se fait sous le pilotage des agences régionales de santé. Dans le cadre de ce processus, la coopération avec les maisons départementales des personnes handicapées doit être renforcée ;

– d'améliorer la qualité et la continuité des parcours dans la ligne du rapport Piveteau (juin 2014), et ce en améliorant le repérage précoce et l'évaluation des situations de handicap rare à tous les âges de la vie ;

– de soutenir des initiatives et des expérimentations médico-sociales sur de nouvelles formes d'accompagnement (développer une offre d'accompagnement et de relais aux aidants familiaux, identifier et soutenir les projets d'accueil spécifiques « handicaps rares » en établissements et services et capitaliser sur leurs pratiques...) ;

– de développer les compétences individuelles et collectives sur les situations de handicap rare. Dans ce cadre, il s'agit d'identifier les besoins et les ressources en formation, de promouvoir et maintenir « *un haut niveau d'expertise* » au sein des centres nationaux de ressources handicap rare et des équipes relais, mais également de former les professionnels et les aidants sur les démarches et postures spécifiques ou encore de développer ces compétences collectives au sein des établissements médico-sociaux et sanitaires et avec les familles.

Pour répondre à cette mesure, une vidéo a été mise en ligne :

<https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/aller-a-lecole-en-ayant-une-maladie-rare-ou-un-handicap-rare-une-video-pour-informer>

Enfin, dans le cadre du plan maladies rares, une nouvelle procédure de labellisation des centres de référence pour les maladies rares est lancée, pour clarifier la structuration de la prise en charge des maladies rares en France. Ces centres de référence sont définis comme « réseaux ». Ils comprennent un site coordonnateur, un ou plusieurs sites constitutifs et un ou plusieurs centres de compétences « maladies rares ».

Circulaire du 25 octobre 2016 disponible sur www.circulaires.legifrance.gouv.fr

Une instruction du 22 janvier 2018 (DGCS/2018/18), précise que la liste limitative des spécialisations en fonction du public et du projet éducatif (prévue dans la nouvelle nomenclature – voir Partie 2 fiche 119) n'est pas opposable à certains types d'ESSM telles que les structures qui, compte tenu de leur expertise spécifique, assurent également le rôle de centre de ressources au bénéfice d'autres établissements et services, comme c'est déjà le cas en matière de handicaps rares.

2-A

FICHE PRATIQUE

L'ESSENTIEL DES TEXTES ET NOUVELLE NOMENCLATURE

Cinq annexes du décret 56-284 du 9 mars 1956 ont fixé les principes et règles applicables aux établissements et services spécialisés. Un rapport préconise de reprendre la révision des annexes, devenues « obsolètes » (*Établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement, octobre 2012, disponible sur www.igas.gouv.fr*).

Des textes sont codifiés :

- Code de l'action sociale et des familles, art. D. 312-11 à 312-59 : conditions d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptées ;
- Code de l'action sociale et des familles, art. D. 312-60 à D. 312-82 : conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice ;
- Code de l'action sociale et des familles, art. D. 312-83 à D. 312-97 : conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés ; l'article D 312-83 définit notamment la notion de polyhandicapé par renvoi à l'article D. 312-0-3 lequel précise les groupes de publics accompagnés (*Décret 2017-982 du 9 mai 2017 ; voir ci dessous*) ;
- Code de l'action sociale et des familles, art. D. 312-98 à 312-110 : conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience auditive grave ;
- Code de l'action sociale et des familles, art. D. 312-111 à D. 312-122 : conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience visuelle grave ou de cécité.

Ces textes ont font l'objet d'adaptations pour tenir compte des nouveaux outils de scolarisation prévus par la loi du 11 février 2005 :

- le projet personnalité de scolarisation ;
- le projet d'établissement ;
- le projet individualisé d'accompagnement.

La notion d'unité d'enseignement est définie :

Des nouvelles dispositions relatives à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques entrent en vigueur et nécessitent des adaptations (*Décret 2017-982 du 9 mai 2017, JO du 11 mai ; instruction DGCS/2018/18 du 22 janvier 2018 questions – réponses, sur le site <http://circulaire.legifrance.gouv.fr> et sur <http://handicap.gouv.fr> en version facile à lire et à comprendre*). Ces évolutions s'inscrivent dans le sens de la démarche « *Une réponse accompagnée pour tous* » et ont pour but d'éviter des ruptures de parcours. Il s'agit, selon l'instruction, de « *lever les freins administratifs et organisationnels à la mise en oeuvre par les ESSMS de parcours adaptés, en limitant les contraintes spécifiées dans les autorisations* »...

Sont abrogés les articles D. 312-59, D. 312-79, D. 312-96, D. 312-107 du Code de l'action sociale et des familles. Les dispositions anciennes imposaient, en principe, une autorisation séparée pour assurer un accompagnement à domicile ou en milieu ordinaire. Elles faisaient obstacle, pour les établissements d'éducation adaptée, à l'application du principe selon lequel tout établissement peut être explicitement autorisé à assurer, aux personnes qu'il accueille, l'ensemble des formes d'accueil et d'accompagnement : prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ces établissements assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat (*Code de l'action sociale et des familles, art. L. 312-1 – 1^{er} dernier alinéa*).

Cette autorisation n'était pas nécessaire pour qu'un établissement puisse externaliser une unité d'enseignement. Cette externalisation relevait et relève toujours d'une convention.

Les **10 groupes de publics** définis en fonction du handicap sont précisés dans le décret du 9 mai précité.

- personnes présentant des déficiences intellectuelles ;
- personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme ;
- personnes présentant un handicap psychique ;
- enfants, adolescents et jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages ;
- personnes polyhandicapées, présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain, et une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique ;
- personnes présentant une déficience motrice ;
- personnes présentant une déficience auditive grave ;
- personnes présentant une déficience visuelle grave ;
- personnes cérébro-lésées ;
- personnes présentant un handicap cognitif spécifique.

Les distinctions fondées sur la prise en charge des **troubles associés** disparaît. Si la structure ne dispose pas des ressources spécialisées dans un type de handicap, elle devra intervenir en coordination avec d'autres structures ou professionnels compétents. Elle ne pourra pas opposer un refus de prise en charge sur le seul motif de l'existence de troubles ne figurant pas sur son autorisation.

Exemple (*Instruction précitée*) :

Un ESSM spécialisé dans l'accompagnement de personnes présentant une déficience motrice ne peut refuser d'assurer cet accompagnement au seul motif qu'elles présentent une déficience visuelle. Il n'est en revanche pas tenu de disposer des personnels nécessaires pour prendre en charge cette déficience visuelle, qui fera l'objet d'un accompagnement par un partenaire extérieur.

Les spécialisations en fonction de **l'âge** sont exclues sauf dans le cas où elles découlent d'autres dispositions législatives ou réglementaires (comme, par exemple, un âge maximal pour les centres d'action médico-sociale précoce). Hormis de telles dispositions, l'autorisation d'un établissement ou service d'éducation adaptée ne peut prévoir de limite d'âge inférieure à 20 ans. Elle peut en revanche prévoir une limite d'âge supérieure à 20 ans, sachant que cette limite peut être dépassée dans le cadre de l'amendement Creton (*voir p. 116*). Elle peut permettre, à titre permanent, et non pas expérimental, un accompagnement adapté aux jeunes de 16 à 25 ans.

Les établissements qui assurent à titre principal une éducation adaptée et un accompagnement médico social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation peuvent être spécialisés en fonction du projet éducatif, pédagogique et thérapeutique, dans un ou plusieurs types d'accompagnement :

- accompagnement précoce des jeunes enfants ;
- préparation d'adolescents et jeunes adultes à la vie professionnelle ; cette spécialisation est notamment ouverte aux services assurant un accompagnement à domicile ou en milieu ordinaire ; elle peut concerner des jeunes en apprentissage ;
- accompagnement d'étudiants de l'enseignement supérieur ;
- accompagnement des enfants, adolescents et jeunes adultes qui ne relèvent d'aucune spécialisation qui précèdent. A titre indicatif, un établissement autorisé pour l'accompagnement dans l'acquisition de l'autonomie et la scolarisation peut accueillir un enfant qui n'atteindrait l'âge de 6 ans que l'année suivant son accueil.

La nouvelle nomenclature ne comporte pas de catégorie réservée à l'accueil temporaire. Le classement est opéré dans une des catégories retenues pour les nouvelles autorisations (*voir tableau p. 19 dans l'instruction précitée*).

Elles s'appliquent aux décisions d'autorisations prises suite à la suite de demandes ou d'appels à projets postérieurs au 1^{er} juin 2017.

3-A

FICHES PRATIQUES

ESAT : FORMATION DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS ET VALIDATION DES ACQUIS *(CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, ART. D. 243-14 ET S.)*

Les droits du travailleur handicapé

Depuis la loi du 11 février 2005, les personnes handicapées accueillies en ESAT ont accès à des actions de formation et à la validation des acquis professionnels.

Lorsque le travailleur handicapé accueilli en établissement ou service d'aide par le travail accède à une action de formation professionnelle, il bénéficie d'un congé de formation qui le dispense en tout ou partie de l'exercice de son activité à caractère professionnel.

Pendant la durée de ce congé de formation, le travailleur handicapé bénéficie du maintien de sa rémunération garantie.

Il en est de même pour chaque action de validation des acquis de l'expérience qui remplit les conditions légales et réglementaires (notamment celles relatives à la durée).

Les objectifs de la formation et le rôle des ESAT

Les établissements ou services d'aide par le travail favorisent l'accès des travailleurs handicapés à la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et à la validation des acquis de l'expérience par des actions de soutien, d'accompagnement et de formation.

Ces actions visent à favoriser, dans le respect de chaque projet individuel, la professionnalisation, l'épanouissement personnel et social des travailleurs handicapés et leur mobilité au sein de l'établissement ou du service d'aide par le travail qui les accueille, d'autres établissements ou services de même nature ou vers le milieu ordinaire de travail.

Elles impliquent la formation des équipes d'encadrement concernées. Les établissements ou services d'aide par le travail peuvent en outre faire appel à un organisme ou service extérieur afin de renforcer la coordination de l'ensemble des actions et interventions liées à la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et à la validation des acquis de l'expérience.

Les établissements et services d'aide par le travail mettent en œuvre une démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences des travailleurs handicapés qu'ils accueillent, comprenant une analyse détaillée des compétences mises en œuvre par les travailleurs handicapés lors de leur activité à caractère professionnel.

Ils peuvent également faire évoluer leurs modes d'organisation et leurs pratiques professionnelles afin de contribuer à la réalisation des objectifs de formation professionnelle continue des travailleurs handicapés.

À NOTER

Le contrat de soutien et d'aide par le travail doit faire état, dans le cadre d'avenants d'actualisation, de la progression du travailleur handicapé dans la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences. Ces avenants peuvent être joints au dossier de validation des acquis de l'expérience. Ce contrat doit également mentionner les diplômes, titres ou certificats de qualification obtenus en tout ou partie dans le cadre d'une action de validation des acquis de l'expérience.

La démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences a vocation à favoriser l'accès des travailleurs handicapés accueillis à un parcours de qualification professionnelle au moyen notamment d'actions de formation en lien avec leur projet individuel et la recherche ultérieure d'une certification dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience.

La demande de congé pour validation des acquis de l'expérience est adressée par le travailleur handicapé au directeur de la structure qui doit lui faire connaître par écrit son accord ou les motifs qui le conduisent à différer la date de début du congé. Ce report ne peut excéder six mois à compter de la demande du travailleur handicapé.

Les modalités d'organisation et d'attestation dans le cadre de la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences des travailleurs handicapés sont du ressort des établissements ou services d'aide par le travail.

Des documents attestant des compétences et savoir-faire des travailleurs handicapés peuvent leur être remis par les établissements ou services d'aide par le travail qui les accueillent.

Ces attestations de compétence sont élaborées sur la base de l'analyse détaillée des compétences mises en œuvre par les travailleurs handicapés lors des activités à caractère professionnel.

Validation des acquis

La validation des acquis de l'expérience vise à permettre aux travailleurs handicapés accueillis en établissement ou service d'aide par le travail d'obtenir tout ou partie d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle, enregistrés dans le répertoire national des certifications professionnelles, dès lors qu'ils peuvent se prévaloir d'une expérience à caractère professionnel d'au moins trois ans en lien avec la certification visée.

Les travailleurs handicapés bénéficient d'un accompagnement renforcé tout au long des actions de validation des acquis de l'expérience tendant à l'obtention d'une certification. Cet accompagnement est assuré par les personnels d'encadrement de l'établissement ou service d'aide par le travail ou tout organisme expert commandité par l'établissement.

À ce titre et en cas de constitution d'un dossier, le candidat bénéficie d'une aide à la formalisation de ses compétences et à la constitution des moyens de preuves complémentaires. Le candidat peut en outre avoir recours aux services d'un transcripteur pour l'aider à la rédaction du dossier.

La durée du dispositif global d'accompagnement est adaptée en fonction des contraintes liées à la nature du handicap du candidat et des difficultés liées à la certification visée.

En cas de validation partielle d'un diplôme, d'un titre ou d'un certificat de qualification, l'établissement ou le service d'aide par le travail facilite dans la mesure du possible l'accès ultérieur des travailleurs handicapés concernés aux actions de formation nécessaires à la validation complémentaire pour la certification visée.

Les financements

Sont éligibles aux dépenses prises en charge par l'organisme paritaire collecteur agréé :

- les actions de formation professionnelle ;
- le dispositif d'accompagnement et d'aide prévu pour les travailleurs handicapés engagés dans la validation des acquis de l'expérience ;
- les actions de formation intervenant dans le cadre de la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et la validation des acquis de l'expérience.

À NOTER

Droits et obligations en matière de compte personnel de formation

Le compte personnel de formation du bénéficiaire d'un contrat de soutien et d'aide par le travail est alimenté en heures de formation à la fin de chaque année et mobilisé par le titulaire ou son représentant légal afin qu'il puisse suivre, à son initiative, une formation. Le compte ne peut être mobilisé qu'avec l'accord exprès de son titulaire ou de son représentant légal.

L'alimentation du compte se fait à hauteur de vingt-quatre heures par année d'admission à temps plein ou à temps partiel dans un établissement ou un service d'aide par le travail jusqu'à l'acquisition d'un crédit de cent vingt heures, puis de douze heures par année d'admission à temps plein ou à temps partiel, dans la limite d'un plafond total de cent cinquante heures. Les heures inscrites sur le compte permettent à son titulaire de financer une formation éligible au compte.

HANDICAP INVISIBLE

Leviers d'action dans la fonction publique territoriale

Au moins 20 % de la population est atteinte de maladies chroniques, dont une grande majorité en activité professionnelle. Les personnes doivent alors faire face à leur maladie et concilier cette réalité à celle du monde du travail. Des enjeux importants, à la fois personnels, collectifs, nécessitent des adaptations dans les organisations du travail.

La fonction publique n'échappe pas à cette évolution, avec des spécificités liées au statut du personnel titulaire dans la fonction publique.

Ces difficultés ont conduit la Mairie de Bordeaux, accompagnée par le Fiphfp, à mettre en place un dispositif particulier pour entrevoir des solutions aux questions posées par l'emploi de personnes atteintes de maladies chroniques, avec un handicap le plus souvent invisible.

Cette politique de maintien de l'emploi est en phase de transposition à une échelle plus grande, ce qui passera par la mise en oeuvre prochaine d'une nouvelle convention Fiphfp (d'ici juin 2018) avec trois parties : Bordeaux Métropole, Ville de Bordeaux et le Centre communal d'action sociale.

Un développement qui comporte des enjeux chiffrés, managériaux, humains, beaucoup plus importants. « *A partir d'un dispositif mené sur 4300 titulaires et plus de 165 métiers (pour Bordeaux Ville), il faut conduire les réflexions sur 9000 titulaires et plus de 250 métiers* », indique Cécile Lacroix Trejaut, Chef de centre Accident, Maladie, Maintien en Emploi à la Direction générale de la Qualité de vie au travail et Direction des ressources humaines.

Lever des freins par des actions de sensibilisation

A Bordeaux Ville, avec un taux de 8,3 % de personnes handicapées employées, la collectivité dépasse largement l'obligation d'emploi (6 %).

Pour arriver à ce taux, un travail important de sensibilisation a été fait par l'équipe ressources humaines pour lever les freins à la démarche de **reconnaissance de travailleur handicapé**. Il y a 10 ans, le taux était de 3,7 %.

Aujourd'hui, la reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) guide toute la politique de maintien dans l'emploi.

C'est nécessaire pour débloquer des financements en vue de l'aménagement de poste, la mise à disposition de matériel adapté ou bien encore pour une reprise à temps partiel de droit.

Un travail a donc été engagé sur la perception par le salarié de sa situation de « travailleur handicapé ». Mais une telle démarche engage aussi tout le collectif. C'est un autre élément clé pour avancer sur le maintien dans l'emploi : le changement de perception par l'ensemble des agents. Tous les salariés sont concernés. Si, dans un premier temps, des actions ont été menées prioritairement vers les managers et encadrants, c'est ensuite l'ensemble des salariés qui ont été sensibilisés. La perception change selon les directions mais cette variation est plus liée aux personnes qu'aux métiers eux mêmes.

S'agissant le plus souvent de handicap invisible, il est nécessaire de revenir sur des préjugés, sur des suspicions d'abus qui peuvent naître, lorsqu'est abordé l'absentéisme. Pour mener à bien ces actions de sensibilisation, l'interface avec des associations, qui connaissent l'environnement médico social, psychologique de la maladie (par exemple les effets de traitement, la fatigabilité, les problèmes de concentration...) des paroles d'experts sur les maladies chroniques évolutives sont à privilégier, selon Cécile Lacroix-Trejaut.

Reclasser : du cas par cas

Pour ce qui est du poste de reclassement, au retour d'un arrêt maladie, ou suite à l'évolution d'une pathologie, le règlement du problème se heurtait au statut de la fonction publique à plusieurs niveaux.

Il a fallu organiser des visites de pré-reprise (voir p. 128) qui ne sont pas prévues dans le statut des titulaires de la fonction publique territoriale. Cette visite permet d'anticiper sur les éventuelles difficultés et ce, avant même la visite de reprise, effectuée par le médecin de prévention dans la fonction publique.

Prévoir un temps d'adaptation

Autre écueil à surmonter : dans la fonction publique, ce sont des postes vacants qui peuvent être proposés au reclassement. Or, il y a généralement incompatibilité entre d'une part, le poste et d'autre part, les besoins et/ou compétences de l'agent.

Le moyen qui a été développé est le « poste tremplin ». Des postes d'une durée de 6 à 18 mois ont été créés à l'équipe RH pour donner aux agents le temps de se former sur des métiers d'accueil, de comptabilité...

Exemple de reclassement :

Mme B était auxiliaire de puériculture.

Atteinte d'un cancer du sein, elle subit tumorectomie, mastectomie, chimiothérapie et radiothérapie.

Après 18 mois d'arrêt maladie, son état de santé lui permet d'envisager un retour en emploi.

Bien que guérie, Mme B éprouve de grandes difficultés à mobiliser son bras ouvrier.

Le médecin de prévention (visite de « pré-reprise ») n'autorise pas sa reprise sur son poste d'auxiliaire de puériculture.

Le Comité médical départemental confirme l'aptitude à la reprise d'un emploi mais la déclare inapte à exercer son métier d'auxiliaire de puériculture de manière totale et définitive.

Mme B est effondrée par cette nouvelle, désespérée.

Le chargé de suivi individualisé l'accompagne alors dans son parcours de reconversion professionnelle.

Mme B est invitée à solliciter une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé auprès de la MDPH.

Cette démarche a permis de financer deux bilans professionnels (« savoirs de base » et « informatique »).

Son niveau ne lui permettait pas d'envisager une prise de poste immédiate mais mettait en évidence un potentiel.

Elle a accepté de relever le défi d'un changement de métier en intégrant un poste tremplin.

Anticiper

Elle est accueillie « en surnombre » au sein du service Etat-civil qui s'est engagé à la former (tutorat partiellement financé par le Fonds FIPHFP car Mme B a la RQTH) pendant 6 à 18 mois.

Mme B a repris en temps partiel thérapeutique (3 mois), puis en temps partiel de droit (grâce à la RQTH).

Elle a pu bénéficier de formations externes (financées par le FIPHFP/RQTH) théoriques en complément de l'apport interne de son tuteur.

Après 12 mois d'immersion dans ce service, accompagnée par le service formation, le chargé de suivi individualisé et son tuteur, Mme B a pu intégrer un poste vacant sur lequel elle est parfaitement autonome aujourd'hui.

Une autre vie professionnelle s'offre à elle.

En 2018 : le développement d'un modèle à l'échelle de la Métropole

Une nouvelle convention Fiphfp doit être signée d'ici juin 2018 (avec effet rétroactif) : cette convention commune sera conclue avec le CCAS, Bordeaux Métropole et la Ville de Bordeaux.

La question du taux d'emploi de personnes handicapées est déjà résolue. Chacune des parties a déjà un taux d'emploi de personnes handicapées qui va au delà du légal (jusqu'à 12 % pour le CCAS).

Il s'agit de sensibiliser tous les acteurs, les équipes aux enjeux et d'apporter les adaptations nécessaires au dispositif qui a été mis en place.

Dans la phase d'écriture de la Convention, il s'agit également de définir l'effort d'engagement : celui-ci devra porter sur des emplois pérennes. Doré et déjà 20 à 25 personnes sont détectées comme étant éligibles au dispositif.

Dans leur globalité, les solutions résident dans :

- le développement de passerelles : des réunions doivent être conduites pour identifier les postes à pourvoir, en anticipant (par exemple sur un départ à retraite) pour ensuite permettre le repositionnement d'agents ;
- le type de postes à créer pour fluidifier ;
- la prise en compte des appétences de la personne ; l'ouverture de l'apprentissage sur certains métiers comme les finances, est facilitatrice

« Le rôle de chacun est essentiel : une direction générale, un agent qui se teste, un service formation présent et un accompagnant qui coordonne, qui explique » résume Cécile Lacrwoix-Trejaut.

Pour en savoir plus sur les maladies chroniques évolutives et la fonction publique territoriale

« *Maladies chroniques et emploi dans la fonction publique territoriale* », guide réalisé par la *Mutuelle Nationale Territoriale et (im)Patients, Chroniques & Associés*, 2015, consultable et téléchargeable sur le site de la MNT <http://www.mnt.fr>

<http://www.chronicite.org>

4-A

FICHE PRATIQUE

PRINCIPAUX REPÈRES RÉGLEMENTAIRES

Décret 2005-664 du 10 juin 2005 portant statut du Syndicat des transports d'Île-de-France et modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation des transports de voyageurs en Île-de-France.

Arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.

Décret 2005-1766 du 30 décembre 2005 fixant les conditions d'attribution et d'utilisation de la carte de stationnement pour personnes handicapées et modifiant le Code de l'action sociale et des familles.

Décret 2006-56 du 18 janvier 2006 relatif à l'accès des personnes sourdes ou malentendantes aux épreuves de l'examen du permis de conduire de la catégorie B et modifiant le code de la route.

Décret 2006-138 du 9 février 2006 relatif à l'accessibilité du matériel roulant affecté aux services de transport public terrestre de voyageurs.

Circulaire 2006-13 UHC/UH2 du 1^{er} mars 2006 relative à la mise en œuvre de la politique du logement et à la programmation des financements aidés de l'État pour 2006.

Arrêté du 13 mars 2006 relatif aux critères d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement (*modifié par l'arrêté du 5 février 2007*).

Décret 2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le Code de la construction et de l'habitation (*décret annulé partiellement par le Conseil d'État, décision n° 295382, 298315 du 21 juillet 2009*).

Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux caractéristiques techniques relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées lors de la construction et de l'aménagement des bâtiments d'habitation.

Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux caractéristiques techniques relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées lors de la construction ou de la création d'établissements recevant du public ou d'installations ouvertes au public.

Règlement (CE) 1107/2006 du Parlement européen et du Conseil **du 5 juillet 2006** concernant les droits des personnes handicapées et des personnes à mobilité réduite lorsqu'elles font des voyages aériens.

Arrêté du 1^{er} août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-18 à R. 111-18-7 du Code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des bâtiments d'habitation collectifs et des maisons individuelles lors de leur construction (*abrogé par arrêté du 24 décembre 2015*).

Arrêté du 1^{er} août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 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 lors de leur construction ou de leur création (*modifié par arrêté du 30 novembre 2007 et abrogé par arrêté du 20 avril 2017*).

Décret 2006-1089 du 30 août 2006 modifiant le décret n° 95-260 du 8 mars 1995 relatif à la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité.

Décret 2006-1287 du 20 octobre 2006 relatif à l'exercice du droit de vote par les personnes handicapées.

Décret 2006-1657 du 21 décembre 2006 relatif à l'accessibilité de la voirie et des espaces publics.

Décret 2006-1658 du 21 décembre 2006 relatif aux prescriptions techniques pour l'accessibilité de la voirie et des espaces publics.

Décret 2006-1746 du 23 décembre 2006 relatif à la prise en charge des frais de transport exposés par les assurés sociaux et modifiant le Code de la Sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État).

Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du Code de la Sécurité sociale.

Arrêté du 15 janvier 2007 portant application du décret n° 2006-1658 du 21 décembre 2006 relatif aux prescriptions techniques pour l'accessibilité de la voirie et des espaces publics.

Décret 2007-156 du 5 février 2007 relatif à la carte de stationnement pour personnes handicapées et modifiant le Code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire).

Arrêté du 5 février 2007 modifiant l'arrêté du 13 mars 2006 relatif aux critères d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement.

Arrêté du 26 février 2007 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-18-8 et R. 111-18-9 du Code de la construction et de l'habitation, relatives à l'accessibilité pour les personnes handicapées des bâtiments d'habitation collectifs lorsqu'ils font l'objet de travaux et des bâtiments existants où sont créés des logements par changement de destination.

Arrêté du 22 mars 2007 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-21 et R. 111-19-24 du Code de la construction et de l'habitation, relatives à l'attestation constatant que les travaux sur certains bâtiments respectent les règles d'accessibilité aux personnes handicapées.

Décret n° 2007-436 du 25 mars 2007 relatif à la formation à l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées pris en application de l'article 41-V de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et modifiant le Code de l'éducation (partie réglementaire).

Arrêté du 3 mai 2007 modifiant l'arrêté du 2 juillet 1982 relatif aux transports en commun de personnes.

Circulaire UHC n° 2007-33 du 4 mai 2007 relative à l'application des dispositions de la loi n° 2007-390 du 5 mars 2007 instituant le droit opposable au logement et portant diverses mesures relatives à la cohésion sociale.

Décret n° 2007-738 du 7 mai 2007 modifiant le décret n° 2003-107 du 5 février 2003 relatif au fonds d'intervention pour les services, l'artisanat et le commerce.

Arrêté du 9 mai 2007 relatif à l'application de l'article R. 111-19 du Code de la construction et de l'habitation.

Arrêté du 27 juin 2007 relatif aux modalités de l'épreuve pratique de l'examen du permis de conduire de la catégorie B et de la sous-catégorie B1.

Arrêté du 3 août 2007 modifiant l'arrêté du 2 juillet 1982 relatif aux transports en commun de personnes.

Décret n° 2007-1327 du 11 septembre 2007 relatif à la sécurité et à l'accessibilité des établissements recevant du public et des immeubles de grande hauteur, modifiant le Code de la construction et de l'habitation et portant diverses dispositions relatives au Code de l'urbanisme.

Arrêté du 11 septembre 2007 relatif au dossier permettant de vérifier la conformité de travaux de construction, d'aménagement ou de modification d'un établissement recevant du public avec les règles d'accessibilité aux personnes handicapées.

Décret n° 2007-1677 du 28 novembre 2007 relatif à l'attribution des logements locatifs sociaux, au droit au logement opposable et modifiant le Code de la construction et de l'habitation.

Arrêté du 30 novembre 2007 modifiant l'arrêté du 1^{er} août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-18 à R. 111-18-7 du Code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des bâtiments d'habitation collectifs et des maisons individuelles lors de leur construction.

Arrêté du 30 novembre 2007 modifiant l'arrêté du 1^{er} août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 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 lors de leur construction ou de leur création.

Circulaire interministérielle n° 2007-53 DGUHC du 30 novembre 2007 relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation.

Arrêté du 3 décembre 2007 modifiant l'arrêté du 22 mars 2007 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-21 et R. 111-19-24 du Code de la construction et de l'habitation, relatives à l'attestation constatant que les travaux sur certains bâtiments respectent les règles d'accessibilité aux personnes handicapées.

Circulaire du 18 février 2008 relative à l'accessibilité aux personnes handicapées et à mobilité réduite des véhicules de transport public urbain.

Décret n° 2008-346 du 14 avril 2008 relatif à la réception et à l'orientation des appels d'urgence des personnes déficientes auditives.

Arrêté du 26 mai 2008 fixant la liste des diplômes, titres et certifications concernés par l'obligation de formation à l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées.

Circulaire DGAS/SD 3A n° 2008-182 du 18 juin 2008 relative à la campagne du fonds interministériel pour l'accessibilité aux personnes handicapées des bâtiments anciens et ouverts au public qui appartiennent à l'État pour l'année 2008.

Arrêté du 30 juin 2008 relatif à l'obligation à l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées délivrées par le ministère chargé de l'éducation.

Décret n° 2008-1145 du 22 décembre 2008 relatif aux sanctions applicables aux manquements aux obligations en matière de transport aérien des personnes handicapées et des personnes à mobilité réduite.

Arrêté du 22 janvier 2009 fixant les références communes à la formation à l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées pris en application des articles R. 335-48 à R. 335-50 du Code de l'éducation et du décret n° 2007-436 du 25 mars 2007 relatif à la formation à l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées.

Circulaire du 20 avril 2009 relative à l'accessibilité des bâtiments d'habitation collectifs existants, et des établissements recevant du public et installations ouvertes au public existants, modifiant la circulaire interministérielle DGUHC n° 2007-53 du 30 novembre 2007.

Décret n° 2009-500 du 30 avril 2009 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public et des bâtiments à usage d'habitation.

Décret n° 2009-546 du 14 mai 2009, pris en application de l'article 47 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et créant un référentiel d'accessibilité des services de communication publique en ligne.

Décret n° 2009-723 du 18 juin 2009 relatif à la procédure de dérogation visant les travaux nécessaires à l'accessibilité de personnes handicapées à un logement existant.

Décret n° 2009-1272 du 21 octobre 2009 relatif à l'accessibilité des lieux de travail aux travailleurs handicapés (*décret partiellement annulé par le Conseil d'État, décision n° 334892 du 1^{er} juin 2011*).

Arrêté du 19 février 2010 relatif aux modalités de l'épreuve pratique de l'examen du permis de conduire de la catégorie B et de la sous-catégorie B1.

Note du 21 septembre 2010 relative à la place du plan handicap auditif pour les candidats au permis de conduire.

Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction.

Décret n° 2011-1461 du 7 novembre 2011 relatif à l'évacuation des personnes handicapées des lieux de travail en cas d'incendie.

Décret n° 2012-488 du 13 avril 2012 modifiant les obligations des opérateurs de communications électroniques conformément au nouveau cadre réglementaire européen.

Décret n° 2014-314 du 10 mars 2014 autorisant la tenue à distance d'épreuves et de réunions du jury du baccalauréat.

Décret n° 2014-337 du 14 mars 2014 relatif à l'accessibilité des logements destinés à l'occupation temporaire ou saisonnière dont la gestion et l'entretien sont organisés et assurés de façon permanente.

Arrêté du 14 mars 2014 fixant les dispositions relatives à l'accessibilité des logements destinés à l'occupation temporaire ou saisonnière dont la gestion et l'entretien sont organisés et assurés de façon permanente (*arrêté partiellement annulé par le Conseil d'État, décision n° 380267 du 16 mars 2016*).

Arrêté du 14 mars 2014 modifiant l'arrêté du 1^{er} août 2006 pris pour l'application des articles R. 111-18 à R. 111-18-7 du Code de la construction et de l'habitation relatifs à l'accessibilité aux personnes handicapées des bâtiments d'habitation collectifs et des maisons individuelles lors de leur construction (*abrogé par arrêté du 24 décembre 2015*).

Décret 2014-1321 du 4 novembre 2014 relatif au schéma directeur d'accessibilité – agenda d'accessibilité programmée pour la mise en accessibilité des services de transport public de voyageurs.

Décret 2014-1323 du 4 novembre 2014 relatif aux points d'arrêt des services de transport public à rendre accessibles de façon prioritaire aux personnes handicapées et précisant la notion d'impossibilité technique avérée.

Décret 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.

Décret 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.

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 no 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 partiellement annulé par décision Conseil d'État n° 387876 du 6 juillet 2016*) (*modifié par arrêté du 28 avril 2017*).

Circulaire 5784-SG du 27 avril 2015 relative à la mise en œuvre des Ad'AP dans les ERP.

Arrêté du 27 avril 2015 relatif aux conditions d'octroi d'une ou deux périodes supplémentaires et à la demande de prorogation des délais de dépôt et d'exécution pour les agendas d'accessibilité programmée pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public.

Arrêté du 29 avril 2015 relatif au référentiel général d'accessibilité pour les administrations.

Circulaire du 21 mai 2015 relative à la mise en œuvre de l'ordonnance 2014-1090 du 26 septembre 2014.

Arrêté du 27 mai 2015 relatif à la demande de prorogation des délais de dépôt ou d'exécution d'un schéma directeur d'accessibilité – agenda d'accessibilité programmée pour la mise en accessibilité des services de transport public des voyageurs.

Loi 2015-988 du 5 août 2015 ratifiant 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 et visant à favoriser l'accès au service civique pour les jeunes en situation de handicap

Arrêté du 18 décembre 2015 relatif aux transports en commun de personnes.

Décret 2015-1770 du 24 décembre 2015 modifiant les dispositions du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des bâtiments d'habitation collectifs et des maisons individuelles lors de leur construction.

Décret 2015-1755 du 24 décembre 2015 relatif à la détermination de la proportion minimale de matériel roulant accessible affecté aux services publics réguliers et à la demande de transport routier de voyageurs.

Arrêté du 24 décembre 2015 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des bâtiments d'habitation collectifs et des maisons individuelles lors de leur construction

Décret n° 2016-578 du 11 mai 2016 relatif aux contrôles et aux sanctions applicables aux agendas d'accessibilité programmée pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public.

Décret n° 2016-1515 du 8 novembre 2016 relatif aux places de stationnement adaptées incluses dans les parties communes des copropriétés à usage principal d'habitation.

Arrêté du 29 décembre 2016 relatif à l'accessibilité des établissements pénitentiaires existants aux personnes handicapées.

Décret du 28 mars 2017 relatif au registre public d'accessibilité et modifiant diverses dispositions relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public

Arrêté du 19 avril 2017 fixant le contenu et les modalités de diffusion et de mise à jour du registre public d'accessibilité

Arrêté du 20 avril 2017 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public lors de leur construction et des installations ouvertes au public lors de leur aménagement

Décret du 28 avril 2017 relatif aux places de stationnement adaptées dans les parties communes des copropriétés

Arrête du 28 avril 2017 modifiant diverses dispositions relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des logements destinés à l'occupation temporaire ou saisonnière dont la gestion et l'entretien sont organisés et assurés de façon permanente, des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant, des installations existantes ouvertes au public ainsi que des bâtiments d'habitation collectifs et des maisons individuelles lors de leur construction

**PRINCIPALES ÉCHÉANCES PRÉVUES
PAR LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005 POUR LA MISE EN ŒUVRE
DE L'ACCESSIBILITÉ**

ERP = établissements recevant du public

IOP = installation ouverte au public

Immédiat : accessibilité des bureaux de vote ;

1^{er} janvier 2007 : règles sur l'accessibilité des bâtiments d'habitation collectifs (*décret 2006-555 du 17 mai 2006*) ;

1^{er} juillet 2007 : règles d'accessibilité de la voirie (*décret 2006-1658 du 21 décembre 2006*) ;

1^{er} octobre 2007 : règles sur le contrôle de l'accessibilité (*décret 2007-1327 du 11 septembre 2007*) ;

31 décembre 2007 : accessibilité des bâtiments de préfecture (obligation de pouvoir délivrer l'ensemble des prestations dans au moins une partie des bâtiments) ;

1^{er} janvier 2008 : construction de rampes permettant le passage d'un fauteuil roulant depuis une pièce de vie jusqu'au balcon ou une terrasse (*décret 2006-555 précité*) ;

12 février 2008 : évaluation sur l'impact des loyers des mesures de mise en accessibilité ;

12 février 2008 : réalisation des schémas directeurs d'accessibilité des transports ; mise en place de transports de substitution et des procédures de dépôt de plainte en matière d'obstacles à la libre circulation des personnes handicapées ;

12 février 2008 : évaluation des mesures de mise en accessibilité des bâtiments collectifs existants ;

31 décembre 2008 : réalisation des diagnostics de l'accessibilité des ERP ;

1^{er} janvier 2009 : pour les formations commençant à cette date, obligation de formation à l'accessibilité pour les architectes et professionnels du bâtiment ;

23 décembre 2009 : réalisation des plans d'accessibilité de la voirie et des espaces publics ;

1^{er} janvier 2010 : accessibilité de la salle d'eau (*décret 2006-555 précité*) ;

12 février 2010 : accessibilité de la totalité des programmes télévision aux personnes sourdes et malentendantes ;

31 décembre 2010 : accessibilité des bâtiments de préfecture où sont délivrées des prestations au public ;

31 décembre 2010 : accessibilité des parties ouvertes au public dans les établissements d'enseignement supérieur appartenant à l'État (voir Partie 2) ;

31 décembre 2010 : accessibilité des nouveaux ERP de 5^e catégorie créés par changement de destination pour accueillir des professions libérales ;

31 décembre 2010 : mesures urgentes de mise aux normes des ascenseurs (*décret 2008-291 du 28 mars 2008*) (échéance initiale fixée au 3 juillet 2008) ;

1^{er} janvier 2015 : accessibilité des établissements existants sauf ceux qui sont classés en 5^e catégorie ;

12 février 2015 : accessibilité des établissements recevant du public existants et des transports (sauf réseaux souterrains de transport ferroviaire), y compris transports scolaires.

Des délais supplémentaires sont prévus avec la mise en place d'« agendas d'accessibilité programmée » (Ad'AP).

5-A FICHE PRATIQUE

LA CONVENTION AERAS ET LE DROIT À L'OUBLI

Lorsqu'une personne handicapée souhaite emprunter, l'accès à l'assurance, indispensable à l'obtention d'un prêt, peut s'avérer difficile.

La convention AÉRAS est destinée à favoriser l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes présentant un risque aggravé : Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé. Cette convention a été mise à jour à la suite de la mise en place d'un « droit à l'oubli » pour les personnes ayant eu certains cancers ou une hépatite C.

Le but est d'éviter les surprimes ou exclusion de garantie. Un délai maximum de dix ans est prévu à compter de la fin du protocole thérapeutique et en l'absence de rechute.

Ce délai est abaissé à cinq ans pour les cancers survenus avant l'âge de 18 ans (*Code de la santé publique art L 1141-5*).

Les modalités d'information des candidats à l'assurance-emprunteur sont précisées par décret (*Code de la santé publique art. D. 1141-2*). Un arrêté fixe le contenu du document d'information devant être remis par les organismes assureurs en même temps que le formulaire de déclaration du risque (*arrêté du 10 mai 2017, JO 11 mai*).

Une grille de référence détermine les délais applicables à certaines pathologies (disponible sur www.aeras-infos.fr).

Sont concernés par la convention :

- les prêts au logement et les prêts professionnels ;
- les crédits à la consommation.

Dans le cadre d'un prêt immobilier ou professionnel, si l'état de santé de la personne ne lui permet pas d'être assurée par le contrat de base, le dossier est réexaminé par un service médical spécialisé. Si à l'issue de cet examen, elle ne peut toujours pas être assurée, le dossier est transmis à un pool de risques aggravés et un contrat approprié aux circonstances est élaboré. Pour bénéficier de ce contrat, deux conditions doivent être respectées :

- emprunter une somme maximale de 320 000 € ;
- avoir 70 ans au maximum en fin de prêt.

Dans le cadre d'un crédit à la consommation, si le crédit à la consommation est destiné à un achat précis (si l'objet du prêt est spécifié dans l'acte), la personne peut bénéficier d'une assurance décès sans remplir de questionnaire médical. Il faut :

- avoir 50 ans au maximum ;
- faire un crédit inférieur ou égal à quatre ans ;
- avoir un montant cumulé des crédits entrant dans cette catégorie qui ne dépasse pas 17 000 €.

Les découverts ou les crédits renouvelables, même s'ils sont souscrits en vue d'un achat précis, n'entrent pas dans la catégorie des crédits à la consommation décrits ci-dessus.

Coût de l'assurance

Si le coût de l'assurance est trop élevé, un mécanisme de mutualisation permet la prise en charge des surprimes pour les personnes disposant de revenus modestes.

Pour en bénéficier, le prêt doit financer l'achat d'une résidence principale ou être un prêt professionnel. De plus, le revenu ne doit pas dépasser un plafond fixé en fonction du nombre de parts du foyer fiscal et du plafond de la Sécurité sociale.

Les professionnels de l'assurance et de la banque se sont engagés à donner une réponse à la demande de prêt immobilier dans un délai global de cinq semaines à compter de la réception du dossier complet.

Soulignons que le refus d'assurance est discriminatoire (*décision Défenseur des droits 2013-117 du 20 juin 2013* ; voir Partie 1).

Des sanctions sont applicables aux organismes assureurs en cas de non-respect de l'interdiction de recueillir des informations médicales ou de non respect de l'interdiction d'appliquer une majoration de tarifs ou une exclusion de garanties pour les pathologies recensées dans la grille de référence (Code de la santé publique, art. R. 1141-1).

Un appel devant une commission de médiation est possible si les règles de la convention ne semblent pas avoir été respectées.

Commission de médiation de la convention AERAS

61, rue Taitbout

75009 PARIS

Informations complémentaires : www.aeras-infos.fr

6-A

FICHES PRATIQUES

**ANNEXE 2-5 DU CODE
DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**

Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation
modifié en dernier lieu par le décret 2017-708 du 2 mai 2017

CHAPITRE 1^{ER}

**CONDITIONS GÉNÉRALES D'ACCÈS À LA PRESTATION
DE COMPENSATION**

1. Les critères de handicap pour l'accès à la prestation de compensation

a) Les critères à prendre en compte sont les suivants :

Présenter une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux des activités dont la liste figure au b¹.

Les difficultés doivent être définitives ou d'une durée prévisible d'au moins un an. Il n'est cependant pas nécessaire que l'état de la personne soit stabilisé.

b) Liste des activités à prendre en compte :

Activités du domaine 1 : mobilité :

- se mettre debout ;
- faire ses transferts ;
- marcher ;
- se déplacer (dans le logement, à l'extérieur) ;
- avoir la préhension de la main dominante ;
- avoir la préhension de la main non dominante ;
- avoir des activités de motricité fine.

Activités du domaine 2 : entretien personnel :

- se laver ;
- assurer l'élimination et utiliser les toilettes ;

¹ Liste des activités à prendre en compte pour l'ouverture du droit à la prestation de compensation : (Concernant des informations complémentaires sur les activités, se reporter à la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.) Domaine 1 : mobilité. Activités : se mettre debout ; faire ses transferts ; marcher ; se déplacer (dans le logement, à l'extérieur) ; avoir la préhension de la main dominante ; avoir la préhension de la main non dominante ; avoir des activités de motricité fine. Domaine 2 : entretien personnel. Activités : se laver ; assurer l'élimination et utiliser les toilettes ; s'habiller ; prendre ses repas. Domaine 3 : communication. Activités : parler ; entendre (percevoir les sons et comprendre) ; voir (distinguer et identifier) ; utiliser des appareils et techniques de communication. Domaine 4 : tâches et exigences générales, relations avec autrui. Activités : s'orienter dans le temps ; s'orienter dans l'espace ; gérer sa sécurité ; maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui.

- s'habiller ;
- prendre ses repas.

Activités du domaine 3 : communication :

- parler ;
- entendre (percevoir les sons et comprendre) ;
- voir (distinguer et identifier) ;
- utiliser des appareils et techniques de communication.

Ces activités sont ainsi définies :**Se mettre debout**

Définition : Prendre ou quitter la position debout, depuis ou vers n'importe quelle position.

Inclusion : quitter la position debout pour s'asseoir, quitter la position debout pour s'allonger, se relever du sol, y compris en adoptant de manière temporaire des positions intermédiaires.

Exclusion : rester debout, s'asseoir depuis la position allongée.

Faire ses transferts

Définition : Se déplacer d'une surface à une autre.

Inclusion : Se glisser sur un banc ou passer du lit à une chaise sans changer de position, également passer d'un fauteuil au lit.

Exclusion : Changer de position (s'asseoir, se mettre debout, s'allonger, se relever du sol, changer de point d'appui).

Marcher

Définition : Avancer à pied, pas à pas, de manière qu'au moins un des pieds soit toujours au sol.

Inclusion : Se promener, déambuler, marcher en avant, marcher en arrière ou sur le côté. Glisser ou traîner les pieds, boiter, avancer un pied et glisser l'autre.

Exclusion : Courir, sauter, faire ses transferts, se déplacer dans le logement, à l'extérieur.

Se déplacer (dans le logement, à l'extérieur)

Définition : Se déplacer d'un endroit à un autre, sans utiliser de moyen de transport.

Inclusion : Se déplacer d'une pièce à l'autre, changer de niveau, se déplacer d'un étage à l'autre notamment en utilisant un escalier, se déplacer dans d'autres bâtiments, se déplacer à l'extérieur des bâtiments, se déplacer dans la rue, sauter, ramper...

Exclusion : Se déplacer en portant des charges, marcher.

Avoir la préhension de la main dominante

Définition : Saisir, ramasser avec la main dominante. Etre capable de saisir et utiliser la préhension, quelle qu'elle soit, globale ou fine.

Inclusion : Ce qui précède l'action et la globalité du mouvement du bras nécessaire à l'action : chercher à prendre, tendre les mains et les bras pour saisir, viser et approcher la main de l'objet, attraper, porter, lâcher...

Exclusion : Savoir utiliser un objet, coordination bimanuelle, porter des charges en marchant, avoir des activités de motricité fine (coordination oculomotrice ou visiomotrice).

Avoir la préhension de la main non dominante

Définition : Saisir, ramasser avec la main non dominante. Etre capable de saisir et utiliser la préhension, quelle qu'elle soit, globale ou fine.

Inclusion : Ce qui précède l'action et la globalité du mouvement du bras nécessaire à l'action : chercher à prendre, tendre la main et le bras pour saisir, viser et approcher la main de l'objet. Attraper, porter, lâcher...

Exclusion : Savoir utiliser un objet, coordination bi manuelle, porter des charges en marchant, avoir des activités de motricité fine (coordination oculomotrice ou visiomotrice).

Avoir des activités de motricité fine

Définition : Manipuler de petits objets, les saisir et les lâcher avec les doigts (et le pouce) avec une ou deux mains.

Inclusion : Coordination occulo ou visiomotrice, manipuler les pièces de monnaie, tourner une poignée de porte.

Exclusion : Coordination bi manuelle, soulever et porter, ramasser et saisir des objets.

Se laver

Définition : Laver et sécher son corps tout entier, ou des parties du corps, en utilisant de l'eau et les produits ou méthodes appropriées comme prendre un bain ou une douche, se laver les mains et les pieds, le dos, se laver le visage, les cheveux, et se sécher avec une serviette.

Exclusion : Rester debout, prendre soin de sa peau, de ses ongles, de ses cheveux, de sa barbe, se laver les dents.

Assurer l'élimination et utiliser les toilettes

Définition : Prévoir et contrôler la miction et la défécation par les voies naturelles, par exemple en exprimant le besoin, et en réalisant les gestes nécessaires.

Inclusion : Se mettre dans une position adéquate, choisir et se rendre dans un endroit approprié, manipuler les vêtements avant et après, et se nettoyer.

Coordonner, planifier et apporter les soins nécessaires au moment des menstruations, par exemple en les prévoyant et en utilisant des serviettes hygiéniques.

S'habiller/se déshabiller

Définition : Effectuer les gestes coordonnés nécessaires pour mettre et ôter des vêtements et des chaussures dans l'ordre et en fonction du contexte social et du temps qu'il fait.

Inclusion : Préparer des vêtements, s'habiller selon les circonstances, la saison.

Exclusion : Mettre des bas de contention, mettre une prothèse.

Prendre ses repas (manger et boire)

Définition : Coordonner les gestes nécessaires pour consommer des aliments qui ont été servis, les porter à la bouche, selon les habitudes de vie culturelles et personnelles.

Inclusion : Couper sa nourriture, mâcher, ingérer, déglutir, éplucher, ouvrir.

Exclusion : Préparer des repas, se servir du plat collectif à l'assiette, les comportements alimentaires pathologiques.

Parler

Définition : Produire des messages faits de mots, de phrases et de passages plus longs porteurs d'une signification littérale ou figurée comme exprimer un fait ou raconter une histoire oralement.

Exclusion : Produire des messages non verbaux.

Entendre (percevoir les sons et comprendre)

Définition : Percevoir les sons et comprendre la signification littérale et figurée de messages en langage parlé, comme comprendre qu'une phrase énonce un fait ou est une expression idiomatique.

Inclusion : Traitement de l'information auditive par le cerveau.

Voir (distinguer et identifier)

Définition : Percevoir la présence de la lumière, la forme, la taille, le contour et la couleur du stimulus visuel.

Inclusion : Traitement de l'information visuelle par le cerveau.

Utiliser des appareils et techniques de communication

Définition : Utiliser des appareils, des techniques et autres moyens à des fins de communication.

Inclusion : Utilisation d'appareils de communication courants tels que téléphone, télécopieur (fax), ordinateur.

Exclusion : Utilisation d'appareils de communication spécifiques tels que téléalarme, machine à écrire en braille, appareil de synthèse vocale, puisque l'activité est envisagée sous l'angle de la capacité fonctionnelle, sans aide technique, dans un environnement normalisé.

S'orienter dans le temps

Définition : Etre conscient du jour et de la nuit, des moments de la journée, de la date, des mois et de l'année.

Inclusion : Connaître la saison, avoir la notion du passé et de l'avenir.

Exclusion : Etre ponctuel.

S'orienter dans l'espace

Définition : Etre conscient de l'endroit où l'on se trouve, savoir se repérer.

Inclusion : Connaître la ville, le pays où l'on habite, la pièce où l'on se trouve, savoir se repérer y compris lors de déplacements (même lors de trajets non stéréotypés).

Gérer sa sécurité

Définition : Effectuer les actions, simples ou complexes, et coordonnées, qu'une personne doit accomplir pour réagir comme il le faut en présence d'un danger.

Inclusion : Eviter un danger, l'anticiper, réagir, s'en soustraire, ne pas se mettre en danger.

Exclusion : Prendre soin de sa santé (assurer son confort physique, son bien-être physique et mental, avoir un régime approprié, avoir un niveau d'activité physique approprié, se tenir au chaud ou au frais, avoir des rapports sexuels protégés...).

Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui

Définition : Maîtriser ses émotions et ses pulsions, son agressivité verbale ou physique dans ses relations avec autrui, selon les circonstances et dans le respect des convenances. Entretenir et maîtriser les relations avec autrui selon les circonstances et dans le respect des convenances, comme maîtriser ses émotions et ses pulsions, maîtriser son agressivité verbale et physique, agir de manière indépendante dans les relations sociales, et agir selon les règles et conventions sociales.

Inclusion : Comportement provoqué ou induit par un traitement ou une pathologie, y compris repli sur soi et inhibition.

2. Détermination du niveau des difficultés

Cinq niveaux de difficultés sont identifiés :

0 – Aucune difficulté : La personne réalise l'activité sans aucun problème et sans aucune aide, c'est-à-dire spontanément, totalement, correctement et habituellement.

1 – Difficulté légère (un peu, faible) : La difficulté n'a pas d'impact sur la réalisation de l'activité.

2 – Difficulté modérée (moyen, plutôt) : L'activité est réalisée avec difficulté mais avec un résultat final normal. Elle peut par exemple être réalisée plus lentement ou en nécessitant des stratégies et des conditions particulières.

3 – Difficulté grave (élevé, extrême) : L'activité est réalisée difficilement et de façon altérée par rapport à l'activité habituellement réalisée.

4 - Difficulté absolue (totale) : L'activité ne peut pas du tout être réalisée sans aide, y compris la stimulation, par la personne elle-même. Chacune des composantes de l'activité ne peut pas du tout être réalisée.

Une activité peut être qualifiée de « sans objet » lorsque cette activité n'a pas à être réalisée par une personne du même âge sans problème de santé. Pour les adultes, cela concerne l'activité « faire ses transferts ». Pour les enfants, peut être qualifiée de « sans objet », chacune des activités qu'un enfant du même âge sans problème de santé ne réalise pas compte tenu des étapes du développement habituel.

La détermination du niveau de difficulté se fait en référence à la réalisation de l'activité par une personne du même âge qui n'a pas de problème de santé. Elle résulte de l'analyse de la capacité fonctionnelle de la personne, capacité déterminée sans tenir compte des aides apportées, quelle que soit la nature de ces aides. La capacité fonctionnelle s'apprécie en prenant en compte tant la capacité physique à réaliser l'activité, que la capacité en termes de fonctions mentales, cognitives ou psychiques à initier ou réaliser l'activité. Elle prend en compte les symptômes (douleur, inconfort, fatigabilité, lenteur, etc.), qui peuvent aggraver les difficultés dès lors qu'ils évoluent au long cours.

Pour chaque activité, le niveau de difficulté s'évalue en interrogeant quatre adverbes, pour évaluer la manière dont la personne est en capacité de réaliser l'activité. Cette

approche permet de prendre en compte les difficultés, quel que soit le type d'altération de fonction présentée, qu'il s'agisse d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Les adverbes à interroger successivement sont les suivants :

1. Spontanément (qui se produit de soi-même, sans intervention extérieure) : La personne peut entreprendre l'activité de sa propre initiative, sans stimulation de la part d'un tiers, sans rappel par une personne ou un instrument de l'opportunité de faire l'activité.

2. Habituellement (de façon presque constante, généralement) : La personne peut réaliser l'activité presque à chaque fois qu'elle en a l'intention ou le besoin, quasiment sans variabilité dans le temps lié à l'état de santé ou aux circonstances non exceptionnelles et quel que soit le lieu où la personne se trouve.

3. Totalement (entièrement, tout à fait) : La personne peut réaliser l'ensemble des composantes incluses dans l'activité concernée.

4. Correctement (de façon correcte, exacte et convenable, qui respecte les règles et les convenances) : La personne peut réaliser l'activité avec un résultat qui respecte les règles courantes de la société dans laquelle elle vit, en respectant les procédures appropriées de réalisation de l'activité considérée, dans des temps de réalisation acceptables, sans inconfort ou douleur et sans efforts disproportionnés. L'adverbe correctement peut être apprécié du point de vue de la méthode (respect des procédures, temps de réalisation, confort, absence de douleur) ou du point de vue du résultat (acceptable en fonction des règles sociales).

Concernant les enfants, il est nécessaire de faire référence aux étapes du développement habituel d'un enfant, définies par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées.

3. Détermination personnalisée du besoin de compensation

Pour déterminer de manière personnalisée les besoins de compensation, quel que soit l'élément de la prestation, il convient de prendre en compte :

- a) Les facteurs qui limitent l'activité ou la participation (déficiences, troubles associés, incapacités, environnement) ;
- b) Les facteurs qui facilitent l'activité ou la participation : capacités de la personne (potentialités et aptitudes), compétences (expériences antérieures et connaissances acquises), environnement (y compris familial, social et culturel), aides de toute nature (humaines, techniques, aménagement du logement, etc.) déjà mises en oeuvre ;
- c) Le projet de vie exprimé par la personne.

CHAPITRE 2

Aides humaines

Les besoins d'aides humaines peuvent être reconnus dans les trois domaines suivants :

- 1° Les actes essentiels de l'existence ;

2° La surveillance régulière ;

3° Les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective.

Section 1

Les actes essentiels

L'équipe pluridisciplinaire identifie les besoins d'aide humaine pour l'entretien personnel, les déplacements et la participation à la vie sociale. Elle procède à une quantification du temps d'aide humaine nécessaire pour compenser le handicap.

Pour les enfants, ces besoins sont appréciés en tenant compte des activités habituellement réalisées par une personne du même âge, selon les indications mentionnées au second alinéa du 2 du chapitre 1er de la présente annexe.

Pour les personnes présentant un handicap psychique, mental ou cognitif, sont pris en compte le besoin d'accompagnement (stimuler, inciter verbalement ou accompagner dans l'apprentissage des gestes) pour réaliser l'activité.

1. Les actes essentiels à prendre en compte

a) L'entretien personnel

L'entretien personnel porte sur les actes suivants :

Toilette² : le temps quotidien d'aide pour la toilette, y compris le temps nécessaire pour l'installation dans la douche ou la baignoire, peut atteindre 70 minutes.

L'acte « Toilette » comprend les activités « se laver », « prendre soin de son corps ». Le temps d'aide humaine pour la réalisation d'une toilette au lit, au lavabo, par douche ou bain, comprend le temps nécessaire pour l'installation dans la douche ou la baignoire (y compris les transferts entre la douche ou la baignoire et le fauteuil roulant). Il prend aussi en compte d'autres éléments contribuant à prendre soin de son corps, notamment l'hygiène buccale (le cas échéant l'entretien de prothèses dentaires), le rasage, le coiffage.

Il convient, concernant la nature de l'aide, de tenir compte du fait qu'il peut s'agir d'un accompagnement pour la réalisation de l'acte, d'une aide pour la toilette complète ou d'une aide pour la toilette pour une partie du corps.

² Toilette : comprend les activités « se laver », « prendre soin de son corps ». Le temps d'aide humaine pour la réalisation d'une toilette au lit, au lavabo, par douche ou bain, comprend le temps nécessaire pour l'installation dans la douche ou la baignoire (y compris les transferts entre la douche ou la baignoire et le fauteuil roulant). Il prend aussi en compte d'autres éléments contribuant à prendre soin de son corps, notamment l'hygiène buccale (le cas échéant l'entretien de prothèses dentaires), le rasage, le coiffage... Il convient, concernant la nature de l'aide, de tenir compte du fait qu'il peut s'agir d'une aide pour la toilette complète ou d'une aide pour la toilette pour une partie du corps.

Habillage³ : le temps quotidien d'aide pour l'habillage et le déshabillage peut atteindre 40 minutes.

L'acte « Habillage » comprend les activités « s'habiller » et « s'habiller selon les circonstances ». « S'habiller » comprend l'habillage et le déshabillage et, le cas échéant, le temps pour installer ou retirer une prothèse.

Il convient, concernant la nature de l'aide, de tenir compte du fait qu'il peut s'agir d'un accompagnement pour la réalisation de l'acte, que l'aide peut porter sur la totalité de l'habillage ou seulement sur une partie (aide pour l'habillage du haut du corps ou au contraire du bas du corps).

Alimentation⁴ : le temps quotidien d'aide pour les repas et assurer une prise régulière de boisson peut atteindre 1 heure et 45 minutes. Ce temps d'aide prend aussi en compte le besoin d'accompagnement ou l'installation de la personne. Il ne comprend pas le portage des repas ni le temps pour la préparation du repas lorsque ce temps est déjà pris en charge ou peut l'être à un autre titre que la compensation du handicap.

L'acte « Alimentation » comprend les activités « manger » et « boire », et le besoin d'accompagnement pour l'acte. Le temps d'aide prend aussi en compte le temps pour couper les aliments et/ ou les servir et assurer une prise régulière de boisson hors des repas.

Des facteurs tels que l'existence d'un besoin d'accompagnement ou de troubles de l'alimentation ou de la déglutition, notamment s'ils nécessitent le recours à une alimentation spéciale, hachée ou mixée, peuvent être de nature à justifier un temps d'aide quotidien important.

Élimination⁵ : le temps d'aide quotidien pour aller aux toilettes comprend le temps nécessaire pour le besoin d'accompagnement ou l'installation, y compris les transferts entre les toilettes et le fauteuil. Il peut atteindre 50 minutes. Les actes concernant l'élimination qui relèvent d'actes infirmiers ne sont pas pris en compte.

L'acte « Élimination » comprend les activités suivantes : « assurer la continence » et « aller aux toilettes ». « Aller aux toilettes » comprend notamment le fait de se rendre

3 Habillage : comprend les activités « s'habiller » et « s'habiller selon les circonstances ». « S'habiller » comprend l'habillage et le déshabillage et, le cas échéant, le temps pour installer ou retirer une prothèse. Il convient, concernant la nature de l'aide, de tenir compte du fait que l'aide peut porter sur la totalité de l'habillage ou seulement sur une partie (aide pour l'habillage du haut du corps ou au contraire du bas du corps).

4 Alimentation : comprend les activités « manger » et « boire ». Le temps d'aide prend aussi en compte l'installation de la personne pour prendre le repas, y compris couper les aliments et/ ou les servir et assurer une prise régulière de boisson hors des repas. Des facteurs tels que l'existence de troubles de la déglutition, notamment s'ils nécessitent le recours à une alimentation spéciale, hachée ou mixée, peuvent être de nature à justifier un temps d'aide quotidien important.

5 Élimination : comprend les activités suivantes : « assurer la continence » et « aller aux toilettes ». « Aller aux toilettes » comprend notamment le fait de se rendre dans un endroit approprié, de s'asseoir et de se relever des toilettes, le cas échéant de réaliser les transferts entre les toilettes et le fauteuil. Les actes concernant l'élimination qui relèvent d'actes infirmiers ne sont pas pris en compte.

Les aides

dans un endroit approprié, de s'asseoir et de se relever des toilettes, le cas échéant de réaliser les transferts entre les toilettes et le fauteuil.

Les actes concernant l'élimination qui relèvent d'actes infirmiers ne sont pas pris en compte.

b) Les déplacements

Le temps quotidien d'aide humaine pour les déplacements dans le logement peut atteindre 35 minutes. Il s'agit notamment d'une aide aux transferts, à la marche, pour monter ou descendre les escaliers ou d'une aide pour manipuler un fauteuil roulant.

Les déplacements à l'extérieur exigés par des démarches liées au handicap de la personne et nécessitant la présence personnelle de celle-ci peuvent majorer le temps d'aide attribué au titre des déplacements à concurrence de 30 heures par an.

Seuls les déplacements extérieurs mentionnés à l'alinéa précédent sont intégrés dans les temps de déplacement prévus au présent b, les autres déplacements extérieurs relèvent d'autres actes (participation à la vie sociale et surveillance).

c) La participation à la vie sociale

La notion de participation à la vie sociale repose, fondamentalement, sur les besoins d'aide humaine pour se déplacer à l'extérieur et pour communiquer afin d'accéder notamment aux loisirs, à la culture, à la vie associative, etc.

Le temps d'aide humaine pour la participation à la vie sociale peut atteindre 30 heures par mois. Il est attribué sous forme de crédit temps et peut être capitalisé sur une durée de 12 mois. Ce temps exclut les besoins d'aide humaine qui peuvent être pris en charge à un autre titre, notamment ceux liés à l'activité professionnelle, à des fonctions électives, à des activités ménagères, etc.

d) Les besoins éducatifs :

La prise en compte des besoins éducatifs des enfants et des adolescents soumis à l'obligation scolaire pendant la période nécessaire à la mise en œuvre d'une décision de la commission des droits et de l'autonomie d'orientation à temps plein ou à temps partiel vers un établissement mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du présent code donne lieu à l'attribution d'un temps d'aide humaine de 30 heures par mois.

2. Les modalités de l'aide humaine

L'aide humaine peut revêtir des modalités différentes :

- 1° Suppléance partielle, lorsque la personne peut réaliser une partie de l'activité mais a besoin d'une aide pour l'effectuer complètement ;
- 2° Suppléance complète, lorsque la personne ne peut pas réaliser l'activité, laquelle doit être entièrement réalisée par l'aidant ;
- 3° Aide à l'accomplissement des gestes nécessaires à la réalisation de l'activité ;
- 4° Accompagnement, lorsque la personne a les capacités physiques de réaliser l'activité mais qu'elle ne peut la réaliser seule du fait de difficultés mentales, psychiques ou cognitives.

L'aidant intervient alors pour la guider, la stimuler, l'inciter verbalement ou l'accompagner dans l'apprentissage des gestes pour réaliser cette activité.

3. Les facteurs pouvant avoir un impact sur le temps requis

L'appréciation du temps d'aide requis prend en compte la situation de la personne. Il n'y a pas de gradient de temps selon les modalités d'aide. Ainsi par exemple, le temps d'aide pour un accompagnement peut dans certaines situations être plus important que celui habituellement requis pour une suppléance.

Les temps indiqués au 1 de la présente section sont des temps plafonds dans la limite desquels peuvent être envisagées des majorations des temps ordinaires dès lors que les interventions de l'aidant sont rendues plus difficiles ou sont largement entravées par la présence au long cours de facteurs aggravants. Certains facteurs sont mentionnés ci-dessous, à titre d'exemples. D'autres peuvent être identifiés.

Facteurs en rapport avec le handicap de la personne

Des symptômes tels que douleurs, spasticité, ankylose de grosses articulations, mouvements anormaux, obésité importante, etc., tout autant que certains troubles du comportement, difficultés de compréhension, lenteur... peuvent avoir un impact et rendre plus difficiles les interventions des aidants pour la réalisation de tout ou partie des actes essentiels.

Facteurs en rapport avec l'environnement

Un logement adapté ou, au contraire, un logement inadapté, de même que le recours à certaines aides techniques, notamment lorsqu'elles ont été préconisées pour faciliter l'intervention des aidants, peuvent avoir un impact sur le temps de réalisation des activités.

4. Compensation et autres modes de prise en charge financière

L'ensemble des réponses aux différents besoins d'aide humaine identifiés qui doivent être mentionnées dans le plan personnalisé de compensation, y compris celles qui ne relèvent pas de la prestation de compensation.

Section 2

La surveillance régulière

La notion de surveillance s'entend au sens de veiller sur une personne handicapée afin d'éviter qu'elle ne s'expose à un danger menaçant son intégrité ou sa sécurité. Pour être pris en compte au titre de l'élément aide humaine, ce besoin de surveillance doit être durable ou survenir fréquemment et concerne :

- soit les personnes qui s'exposent à un danger du fait d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques ;
- soit les personnes qui nécessitent à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne. Il n'est pas nécessaire que l'aide mentionnée dans cette définition concerne la totalité des actes essentiels.

1. Les personnes qui s'exposent à un danger du fait d'une altération d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques

Le besoin de surveillance s'apprécie au regard des conséquences que des troubles sévères du comportement peuvent avoir dans différentes situations (se reporter aux activités correspondantes définies au chapitre 1^{er}) :

- s'orienter dans le temps ;
- s'orienter dans l'espace ;
- gérer sa sécurité ;
- utiliser des appareils et techniques de communication ;
- maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui.

Il s'apprécie aussi, de façon complémentaire, au regard de la capacité à faire face à un stress, à une crise, à des imprévus, ou d'autres troubles comportementaux particuliers comme ceux résultant de troubles neuropsychologiques.

Le besoin de surveillance peut aller de la nécessité d'une présence sans intervention active jusqu'à une présence active en raison de troubles importants du comportement.

L'appréciation de ce besoin au titre de la prestation de compensation nécessite de prendre en considération les accompagnements apportés par différents dispositifs qui contribuent à répondre pour partie à ce besoin. Ainsi, certaines des difficultés présentées par la personne handicapée relèvent d'une prise en charge thérapeutique, d'autres difficultés peuvent appeler un accompagnement par un service ou un établissement médico-social ou un groupe d'entraide mutuelle pour personnes présentant des troubles psychiques.

Les réponses de tout ordre au besoin de surveillance doivent être mentionnées dans le plan personnalisé de compensation y compris lorsqu'elles ne relèvent pas d'une décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Le temps de surveillance attribué au titre de la prestation de compensation peut atteindre 3 heures par jour.

Lorsque le handicap d'une personne requiert une surveillance régulière, il est possible de cumuler le temps d'aide qui lui est attribué au titre de la surveillance avec celui qui peut éventuellement lui être attribué au titre des actes essentiels. Toutefois, il faut considérer dans ce cas que le temps de présence d'un aidant pour la réalisation des actes essentiels répond pour partie au besoin de surveillance. Ainsi, le cumul des temps est autorisé à concurrence du temps maximum attribué au titre des actes essentiels.

2. Les personnes qui nécessitent à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne

La condition relative à l'aide totale pour la plupart des actes essentiels est remplie dès lors que la personne a besoin d'une aide totale pour les activités liées à l'entretien personnel définies au a du 1 de la section 1.

La condition relative à la présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne est remplie dès lors que

des interventions itératives sont nécessaires dans la journée et que des interventions actives sont généralement nécessaires la nuit.

Les éléments relatifs aux soins dans la journée comme dans la nuit comprennent notamment des soins liés à la prévention d'escarres ou des aspirations endotrachéales, dès lors que ces aspirations sont réalisées en conformité avec les dispositions prévues dans le décret n° 99-426 du 27 mai 1999 habilitant certaines catégories de personnes à effectuer des aspirations endotrachéales.

Dans ce cas, le cumul des temps d'aide humaine pour les actes essentiels et la surveillance peut atteindre 24 heures par jour.

Section 3

Frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective

L'aide liée spécifiquement à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective est apportée directement à la personne. Elle peut porter notamment sur des aides humaines assurant des interfaces de communication lorsque des solutions d'aides techniques ou d'aménagements organisationnels n'ont pas pu être mises en place. Toutefois, elle exclue :

- d'une part, les besoins d'aide humaine pour l'accomplissement des actes essentiels sur le lieu de travail, ces besoins étant pris en charge au titre de l'aide pour les actes essentiels quel que soit le lieu où cette aide est apportée ;
- d'autre part, les frais liés aux aides en lien direct avec le poste de travail.

Le nombre maximum d'heures est fixé à 156 heures pour 12 mois. Les heures peuvent être réparties dans l'année, en fonction des besoins. Dans ce cas, le programme prévisionnel doit figurer dans le plan de compensation.

Section 4

Dispositions communes aux aides humaines

1. Accès aux aides humaines

Cet accès est subordonné :

- à la reconnaissance d'une difficulté absolue pour la réalisation d'un des actes ou d'une difficulté grave pour la réalisation de deux des actes tels que définis aux a et b du 1 de la section 1 ou, à défaut
- à la constatation que le temps d'aide nécessaire apporté par un aidant familial pour des actes relatifs aux a et b du 1 de la section 1 ou au titre d'un besoin de surveillance atteint 45 minutes par jour.

Dans des situations exceptionnelles, la commission des droits et de l'autonomie ou le président du conseil général statuant en urgence dans les conditions fixées par l'article R. 245-36 peut porter le temps d'aide attribué au titre des actes essentiels ou de la surveillance au-delà des temps plafonds.

2. Quantification des temps d'aide

Pour déterminer de façon personnalisée le temps d'aide à attribuer, il convient de prendre en compte la fréquence quotidienne des interventions ainsi que la nature de l'aide, sans préjudice des facteurs communs mentionnés au 3 de la section 1.

Le temps d'aide est quantifié sur une base quotidienne. Toutefois, lorsque la fréquence de réalisation de l'activité n'est pas quotidienne ou lorsque des facteurs liés au handicap ou au projet de vie de la personne sont susceptibles d'entraîner, dans le temps, des variations de l'intensité du besoin d'aide, il convient de procéder à un calcul permettant de ramener ce temps à une moyenne quotidienne.

La durée et la fréquence de réalisation des activités concernées sont appréciées en tenant compte des facteurs qui peuvent faciliter ou au contraire rendre plus difficile la réalisation, par un aidant, des activités pour lesquelles une aide humaine est nécessaire.

L'équipe pluridisciplinaire est tenue d'élaborer le plan personnalisé de compensation en apportant toutes les précisions nécessaires qui justifient la durée retenue, notamment en détaillant les facteurs qui facilitent ou au contraire compliquent la réalisation de l'activité concernée.

CHAPITRE 3

Aides techniques

1. Définition

Les aides techniques qui peuvent être prises en compte au titre de la prestation de compensation sont tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel.

Les équipements qui concourent à l'aménagement du logement ou du véhicule ainsi que les produits consommables liés au handicap sont pris en compte respectivement dans les 3^e et 4^e éléments de la prestation de compensation.

Les dispositifs médicaux à caractère thérapeutique figurant dans la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) autres que ceux mentionnés dans l'arrêté fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés aux 2^e, 3^e, 4^e et 5^e de l'article L. 245-3 ne sont pas des aides techniques prises en compte au titre de la prestation de compensation.

2. Préconisations

a) Conditions d'attribution des aides

Les aides techniques inscrites dans le plan personnalisé de compensation doivent contribuer soit :

- à maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne pour une ou plusieurs activités ;
- à assurer la sécurité de la personne handicapée ;

– à mettre en oeuvre les moyens nécessaires pour faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne handicapée.

L'aide attribuée doit être suffisante et appropriée aux besoins de la personne compte tenu de ses habitudes de vie et de son environnement ou, le cas échéant, de l'aidant lorsque l'aide est destinée à favoriser son intervention. Son usage doit être régulier ou fréquent. La personne doit être capable d'utiliser effectivement la plupart des fonctionnalités de cette aide technique.

Dans le cas de pathologies évoluant par poussées, après avis d'un médecin spécialiste ou du centre de référence lorsqu'il s'agit d'une maladie rare, la préconisation des aides techniques requises pour maintenir l'autonomie dans l'accomplissement des actes essentiels de l'existence peut être envisagée, même si la durée prévisible des limitations d'activité est difficile à apprécier.

b) Dispositions communes aux aides techniques (qu'elles figurent ou non dans la liste des produits et prestations remboursables)

La possibilité et les conditions de périodes d'essai (essais comparatifs, essais en situation, etc.) sont prévues dans le plan de compensation lorsqu'elles sont jugées nécessaires par l'équipe pluridisciplinaire. Si tel est le cas, la prise en compte de l'aide technique considérée est subordonnée à une évaluation favorable de cette période d'essai, constatée par l'équipe pluridisciplinaire, par tout moyen qu'elle aura précisé.

De même, l'équipe pluridisciplinaire peut proposer le recours à une structure spécialisée de réadaptation fonctionnelle afin que la personne handicapée puisse développer toutes ses potentialités et appréhender, si besoin, des techniques spécifiques de compensation, avant la préconisation d'une aide technique.

Les accessoires ou options ne sont pris en charge que lorsqu'ils répondent à des besoins directement liés à la compensation de l'activité ou des activités concernées.

3. Catégories d'aides techniques

a) Aides techniques figurant sur la liste des produits et prestations remboursables

La prise en compte, au titre de la prestation de compensation, d'aides techniques appartenant à une catégorie de produits figurant sur la liste des produits et prestations remboursables, est subordonnée aux mêmes critères que ceux mentionnés dans cette liste. Cette aide technique devra faire l'objet d'une prescription médicale dans les conditions prévues au code de la sécurité sociale.

Lorsqu'il existe une liste nominative de produits dans la liste des produits et prestations remboursables, seuls les produits figurant dans cette liste sont pris en charge. Les produits écartés de la liste des produits et prestations remboursables ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge au titre de la prestation de compensation.

Le cas échéant, la possibilité et les conditions de périodes d'essai sont identiques à celles prévues dans la liste des produits et prestations remboursables pour les aides techniques concernées.

b) Aides techniques hors liste des produits et prestations remboursables

A efficacité égale, lorsqu'un choix est possible entre plusieurs solutions équivalentes pour compenser l'activité concernée, c'est la solution la moins onéreuse qui est inscrite dans le plan personnalisé de compensation.

Toutefois, la personne conserve la possibilité de choisir l'aide technique qu'elle préfère dès lors que les caractéristiques de celle-ci correspondent aux préconisations figurant dans le plan personnalisé de compensation et notamment que l'aide technique considérée apporte une réponse à ses besoins et ne met pas en danger sa sécurité.

c) Dispositions concernant les équipements d'utilisation courante ou comportent des éléments d'utilisation courante

Les surcoûts des équipements d'utilisation courante sont pris en compte dès lors qu'ils apportent une facilité d'usage pour la personne handicapée. Ce surcoût s'apprécie par rapport au coût d'un équipement de base.

Lorsque les équipements d'utilisation courante comportent des adaptations spécifiques, seules sont prises en compte les adaptations spécifiques. Toutefois, dans le cas où la combinaison d'un produit d'utilisation courante et d'une adaptation spécifique serait, à efficacité égale, moins onéreuse qu'un dispositif entièrement spécifique rendant le même service, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées peut prendre en compte l'ensemble de la combinaison, y compris l'élément d'utilisation courante.

CHAPITRE 4

Aménagement du logement

L'attribution du troisième élément de la prestation de compensation peut porter sur des charges de nature différente : aménagement du logement, du véhicule et surcoût résultant du transport. Ce chapitre porte exclusivement sur l'aménagement du logement.

Les aménagements pris en compte sont destinés à maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne handicapée. Ils doivent lui permettre de circuler, d'utiliser les équipements indispensables à la vie courante, de se repérer et de communiquer, sans difficulté et en toute sécurité. Ils visent également à faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent une personne handicapée à domicile pour la réalisation des actes essentiels de l'existence.

1. Facteurs en rapport avec le handicap de la personne

Les aménagements doivent répondre à des besoins directement liés aux limitations d'activités de la personne. Celles-ci peuvent être définitives ou provisoires. Dans le second cas, elles doivent être suffisamment durables (2) pour donner droit à la prise en charge des aménagements du logement.

En cas d'évolution prévisible du handicap, le projet d'adaptation et d'accessibilité du logement peut comprendre des travaux destinés à faciliter des aménagements

ultérieurs. Dans le cas d'un handicap lié à une pathologie évolutive, des aménagements du logement peuvent être anticipés dès lors qu'un médecin spécialiste ou un centre de référence lorsqu'il s'agit de cas de maladie rare atteste, en les précisant, que des limitations d'activité vont nécessiter, dans un délai inférieur à un an, de tels aménagements pour améliorer l'autonomie de la personne.

2. Facteurs en rapport avec les aménagements du logement

a) Les adaptations et aménagements concernés

Les aménagements concourant à l'adaptation et à l'accessibilité du logement peuvent concerner les pièces ordinaires du logement : la chambre, le séjour, la cuisine, les toilettes et la salle d'eau. Toutefois, la prestation de compensation peut aussi prendre en compte des aménagements concourant à l'adaptation et à l'accessibilité d'une autre pièce du logement permettant à la personne handicapée d'exercer une activité professionnelle ou de loisir et des pièces nécessaires pour que la personne handicapée assure l'éducation et la surveillance de ses enfants.

Les aménagements des pièces définies ci-dessus peuvent porter sur :

- l'adaptation de la ou des pièces concernées ;
- la circulation à l'intérieur de cet ensemble ;
- les changements de niveaux pour l'accès à l'ensemble des pièces constituant cet ensemble lorsque celui-ci s'organise sur deux niveaux et qu'il n'est pas possible de l'organiser sur un seul niveau faute d'espace nécessaire ;
- la domotique ;
- la création d'une extension si cela s'avère indispensable pour procéder à l'accessibilité requise du fait du handicap de la personne.

Lorsque le logement est une maison individuelle, les aménagements du logement et de l'environnement privatif peuvent également concerner : l'accès au logement depuis l'entrée du terrain et le cas échéant l'accès du logement au garage ; la motorisation extérieure (portail, porte de garage).

L'évaluation des caractéristiques du logement peut conduire à identifier d'autres types d'aménagements ou de travaux à envisager qui ne relèvent pas d'une prise en charge au titre de la prestation de compensation : travaux du fait de l'insalubrité ; mises aux normes du fait d'installations vétustes, défectueuses ou hors normes ; aménagements des parties communes d'une copropriété ; demandes d'aménagements résultant d'un manquement aux dispositions législatives et réglementaires relatives à l'accessibilité du logement.

Lorsque l'équipe pluridisciplinaire a connaissance de tels besoins, elle les mentionne dans le plan personnalisé de compensation.

b) Les frais pris en compte

Les frais pris en compte diffèrent selon qu'il s'agit de l'aménagement d'un logement existant ou d'une extension ou d'une construction neuve pour ce qui concerne des aménagements spécifiques ne relevant pas des réglementations en vigueur sur l'accessibilité.

Les frais relatifs à une extension sont pris en compte lorsque le logement ne peut être réaménagé de manière adaptée.

Les aides

Lorsqu'il s'agit de l'aménagement d'un logement existant, sont pris en compte le coût des équipements de second oeuvre, dès lors qu'ils apportent une facilité d'usage pour la personne handicapée ou celui des équipements spécifiques liés au handicap, ainsi que les frais liés à leur installation.

Lorsqu'il s'agit d'une extension ou d'une construction neuve, sont pris en compte le coût des équipements spécifiques liés au handicap ou le surcoût des équipements de second oeuvre, dès lors qu'ils apportent une facilité d'usage pour la personne handicapée. Ce surcoût s'apprécie par rapport au coût d'un équipement de second oeuvre de base.

L'équipe pluridisciplinaire fournit, en s'appuyant sur les compétences nécessaires, une description détaillée des adaptations qu'elle préconise, afin de permettre à la personne handicapée ou son représentant de faire établir des devis.

Lorsque la personne juge que l'adaptation du logement n'est pas techniquement ou financièrement possible et qu'elle fait le choix d'un déménagement vers un logement répondant aux normes réglementaires d'accessibilité, elle peut bénéficier d'une aide à la prise en charge des frais de déménagement et des frais liés à l'installation des équipements nécessaires.

HANDICAP PSYCHIQUE EVALUATION, COMPENSATION, INNOVATION

La modification du référentiel et la mise à disposition des MDPH, d'un guide d'appui pour prendre en compte le handicap psychique constitue des avancées importantes. D'autres aspects de la politique du handicap, en matière d'emploi, ou encore les pistes ouvertes vers la mutualisation de la prestation de compensation sont autant de signes d'une évolution significative.

Evolution des outils d'appréciation du handicap

La Cnsa diffuse un « *Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins de personnes vivant avec des troubles psychologiques* » (avril 2017)

Destiné aux équipes pluridisciplinaires des MDPH et à leurs partenaires, ce guide doit permettre de favoriser les coopérations en développant un langage commun et partagé des troubles psychiques, des pratiques et des cadres d'intervention de chacun des partenaires, accompagnant la personne handicapée et /ou intervenant auprès d'elle.

Il vise à répondre aux questionnements des équipes dans l'appréhension des troubles psychiques :

- que recouvrent ces troubles ?
- sur quelles données scientifiques s'appuyer ?
- quelles sont les différentes limitations d'activités et restrictions de participation qu'ils sont susceptibles d'impliquer ?
- faut-il adapter l'évaluation de la situation et des besoins de ces personnes présentant ces troubles et comment la réaliser ?
- quels partenaires doivent être sollicités ?
- quels sont les différents types et modalités de prise en charge ?
- quelles réponses apporter en termes de compensation ?

Le guide vise aussi à permettre :

- d'indiquer aux partenaires les informations nécessaires et attendues par les équipes pour mettre en oeuvre leurs missions d'évaluation des situations, d'identification des besoins et d'élaboration des réponses de compensation (Partie 1) ;
- d'accompagner les équipes pluridisciplinaires des MDPH dans l'appréhension des données transmises ou collectées et dans l'analyse des situations individuelles ;
- d'aider à la construction des réponses de compensation, incluant l'étude de l'éligibilité des personnes en situation de handicap d'origine psychique à des prestations de compensation.

Le guide contient un exemple de tryptique qui se décline en trois documents (*cf p. 139 à 144 du Guide précité*) : le premier à renseigner par la personne (mon projet de vie, mes besoins, mes attentes), le deuxième par l'entourage ((questionnaire des personnes désignées dans l'entourage), le troisième par l'équipe soignante (questionnaire à destination des équipes sociale et soignante).

Prise en compte dans le référentiel et harmonisation des appréciations

Venant en écho aux questions posées dans ce guide d'appui, le référentiel (annexe 2-5 servant à l'appréciation de la prestation de compensation du handicap) évolue pour

mieux prendre en compte le handicap et harmoniser les pratiques des MDPH. Le handicap psychique pouvait déjà donner lieu à attribution de la PCH mais l'interprétation des textes pouvait être restrictive dans certains départements.

Le référentiel clarifie les différentes activités à prendre en compte pour l'appréciation des conditions d'accès à la PCH et l'évaluation des difficultés. Cette clarification porte sur :

– le contenu des activités pour laquelle la personne rencontre une difficulté : le contenu des activités est plus précisément défini ; les activités qui sont incluses et celles à exclure sont précisées.

– et sur le niveau de difficulté : pour les 5 niveaux de difficultés retenus, une définition est donnée. Une modification concerne également la capacité fonctionnelle, qui s'apprécie désormais en prenant en compte tant la capacité physique à réaliser l'activité que la capacité en termes de fonctions mentales, cognitives ou psychiques à initier ou réaliser l'activité (*décret du 2 mai 2017, JO du 4 mai*)

Pour chaque activité, le niveau de difficultés est évalué avec les termes « spontanément », « habituellement », « totalement », « correctement ». Ceci doit permettre de mesurer la manière dont la personne est en capacité de réaliser l'activité et de prendre en compte les difficultés, quel que soit le type d'altération de fonction présentée (altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant).

Le référentiel précise par ailleurs les conditions d'octroi d'une aide humaine et intègre le besoin d'accompagnement correspondant à la stimulation, à l'incitation verbale ou à l'accompagnement dans l'accomplissement des gestes et nécessaire pour réaliser l'activité.

Des structures pour rompre l'isolement

Le « *Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins de personnes vivant avec des troubles psychologiques* » précité contient des développements sur les dispositifs favorisant l'insertion. L'entraide entre personnes vivant avec des troubles psychiques ou l'aide entre pairs (la pair-aidance) est un point d'appui majeur pour accompagner les personnes fragilisées et les conduire vers une plus grande participation citoyenne.

A ce titre, les GEM, qui accueillent des personnes présentant des troubles de santé similaires, constituent une forme de concrétisation, pour la personne, d'un plus grand contrôle ou pouvoir d'agir sur sa vie (notion d'« empowerment ») et reposent sur la philosophie de la **pair-aidance** (Voir aussi Partie 5 p. 202)

Un dispositif innovant pour accompagner vers l'emploi

Le dispositif d'emploi a fait l'objet d'expérimentation, avant sa reconnaissance législative (voir Partie 3). Des initiatives prises dans le domaine du handicap mental et psychique permettent de prendre du recul et d'en mesurer des impacts (*Actualités sociales hebdomadaires, n 3016, 23 juin 2017*). Parmi les enseignements à retirer et qui ressortent d'une étude sur l'emploi accompagné coordonnée par l'association Nexem et l'association Un autre regard, il convient de souligner :

– l'importance du rôle du coordinateur : l'accompagnement repose sur un intervenant unique, issu du monde du travail, plutôt que de celui des soins. Ce qu'il perd

en expertise (évaluation technique ou cognitive), il le gagne « *dans la continuité du suivi, la proximité de la relation d'aide, la possibilité d'élaborer une alliance du travail (avec la personne en situation de handicap et avec l'entreprise) et surtout dans l'autonomie ou le pouvoir d'initiative dont il jouit pour ajuster ses interventions en fonction des besoins propres aux différentes étapes du parcours et à la singularité des personnes* ».

– la différence de posture dans l'accompagnement des personnes, selon leur handicap : les personnes en situation de handicap mental « *sont des personnes qui ont tendance à en faire trop, à s'épuiser* ». D'où la nécessité de veiller à leur fatigabilité et s'assurer de leur compréhension (clarté des repères et des consignes).

Cette étude qui reste limitée démontre cependant un taux d'emploi de 30 % sur l'ensemble des personnes accompagnées.

Dispositif d'accès au logement

Le guide d'appui (précité) présente quelques dispositifs d'accès ou de maintien dans le logement (*cf extraits du Guide, p 145-146 – tableau ci dessous*).

Parmi ces dispositifs figurent les projets d'habitat partagés ou projets d'habitats inclusifs avec la mention du possible financement par la mise en commun de la prestation de compensation de handicap.

Dispositifs	Offre	Profils	Intervenants	Financement des intervenants
Habitats partagés ou projets d'habitats inclusifs. Dispositifs expérimentaux permettant la mutualisation des aides individuelles.	Logement en milieu de vie ordinaire, avec des espaces de vie individuelle et de vie collective. Mutualisation possible des compétences des sous-locataires. Veille à l'état psychique. Soutien quotidien. Fonction contenante.	Personne isolée dont la situation de handicap ne permet pas de vivre de façon complètement autonome (besoin de soutien régulier. Ce type de dispositif peut relativement bien comprendre aux situations de handicap psychique.	Auxiliaire de vie qui intervient de manière collective auprès de l'ensemble des sous-locataires.	PCH (voire mise en commun de PCH).

Les aides

Dispositifs	Offre	Profils	Intervenants	Financement des intervenants
Logements expérimentaux. Autres solutions de logement pouvant exister au niveau local à titre expérimental.	Logement individuel en location ou en sous-location en milieu ordinaire avec un été analysées accompagnement.	Mêmes profils que pour les accompagnements accompagnés ou pour les dispositifs d'habitats inclusifs.	Mêmes intervenants que pour les appartements accompagnés ou pour les dispositifs d'habitats inclusifs.	Mêmes financements que pour les appartements accompagnés ou pour les dispositifs d'habitats inclusifs.

La piste de l'habitat partagé est également explorée dans le rapport « *Evaluation de la Prestation de Compensation du Handicap* ». Une enquête a été menée dans 5 départements où des expériences différentes d'habitat partagé ont été analysées. Selon les auteurs du rapport. « *Les pratiques de mise en commun de la PCH entre des personnes vivant en habitat partagé contribuent à répondre à des besoins reconnus et sont à encourager sans méconnaître les dérives possibles* »... « *Deux cas type peuvent être dessinés : l'un où des heures de surveillance sont mises en commun, permettant d'obtenir une surveillance assurée 24 heures sur 24, toutes les autres heures demeurant individualisées ; l'autre où toutes les heures sont des heures de surveillance et sont mutualisées* ». Au vu de ces expériences, jugées positives, la vigilance reste de mise notamment sur « *le respect de l'individualisation du droit à compensation* », ainsi que sur « *la nécessité de ne pas réduire l'habitat partagé à une source d'économies systématiques* ».

Lire aussi « *Droit au logement et handicap psychique* », dans *Un autre regard*, Revue trimestrielle de l'UNAFAM, n° 4-2017

7-A

FICHE PRATIQUE

**PRINCIPAUX TEXTES APPLICABLES EN MATIÈRE
DE PROTECTION JURIDIQUE**

Suite à la réforme du régime de la tutelle et de la curatelle, de nombreux décrets et arrêtés sont parus.

Les principaux textes réglementaires sont cités ci-dessous.

- **Décret 2008-1276 du 5 décembre 2008** relatif à la protection juridique des mineurs et des majeurs et modifiant le Code de procédure civile.
- **Décret 2008-1484 du 22 décembre 2008** relatif aux actes de gestion du patrimoine des personnes placées en curatelle ou en tutelle, et pris en application des articles 452, 496 et 502 du Code civil.
- **Décret 2008-1485 du 22 décembre 2008** relatif à la tarification des certificats et avis médicaux établis dans le cadre des mesures judiciaires de protection juridique des majeurs.
- **Décret 2008-1486 du 30 décembre 2008** relatif au placement des mineurs et à la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial.
- **Décret 2008-1498 du 22 décembre 2008** fixant les listes de prestations sociales mentionnées aux articles L. 271-8 et L. 361-1 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article 495-4 du Code civil et le plafond de la contribution des bénéficiaires de la mesure d'accompagnement social personnalisé.
- **Décret 2008-1504 du 30 décembre 2008** relatif à la prestation de serment mentionnée aux articles L. 471-2 et L. 474-1, à l'autorisation et au règlement de fonctionnement des services mentionnés au 14° du I de l'article L. 312-1 et à l'autorisation des services mentionnés au 15° du I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- **Décret 2008-1505 du 30 décembre 2008** relatif à la déclaration prévue à l'article L. 472-6 du Code de l'action sociale et des familles.
- **Décret 2008-1506 du 30 décembre 2008** relatif à la mesure d'accompagnement social personnalisé et à la mesure d'accompagnement judiciaire.
- **Décret 2008-1507 du 30 décembre 2008** relatif à l'information et au soutien des personnes appelées à exercer ou exerçant une mesure de protection juridique des majeurs en application de l'article 449 du Code civil.
- **Décret 2008-1508 du 30 décembre 2008** relatif aux conditions d'âge, de formation et d'expérience professionnelle devant être satisfaites par les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et par les délégués aux prestations familiales (texte validé par le Conseil d'État, 4 février 2011, n° 325-886).
- **Décret 2008-1511 du 30 décembre 2008** portant diverses dispositions relatives aux mandataires judiciaires à la protection des majeurs et aux délégués aux prestations familiales.
- **Décret 2008-1512 du 30 décembre 2008** fixant les modalités d'inscription sur les listes prévues aux articles L. 471-2, L. 471-3, L. 474-1 et L. 474-2 du Code de l'action sociale et des familles.

- **Décret 2008-1553 du 31 décembre 2008** relatif à l'exercice à titre individuel de l'activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs et de l'activité de délégué aux prestations familiales (texte validé par le Conseil d'État, 4 février 2011, n° 325-722).
- **Arrêté du 31 décembre 2008**, JO du 9 janvier 2009, relatif aux tarifs mensuels pour l'exercice à titre individuel de l'activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs et de l'activité de délégué aux prestations familiales (texte partiellement annulé par le Conseil d'État, 4 février 2011, n° 325-887, à effet du 5 août 2011).
- **Décret 2008-1554 du 31 décembre 2008** relatif aux modalités de participation des personnes protégées au financement de leur mesure de protection.
- **Décret 2008-1556 du 31 décembre 2008** relatif aux droits des usagers des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales.
- **Arrêté du 2 janvier 2009** relatif à la formation complémentaire préparant aux certificats nationaux de compétence de mandataire judiciaire à la protection des majeurs et de délégué aux prestations familiales.
- **Arrêté du 25 juin 2009** relatif au formulaire de demande d'agrément pour l'exercice à titre individuel de l'activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs.
- **Arrêté du 29 juillet 2009** relatif au formulaire de déclaration semestrielle du nombre de mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial et de secrétaires spécialisés des personnes agréées pour exercer à titre individuel l'activité de délégué aux prestations familiales.
- **Décret 2009-1628 du 23 décembre 2009** relatif à l'appel contre les décisions du juge des tutelles et les délibérations du conseil de famille et modifiant diverses dispositions concernant la protection juridique des mineurs et des majeurs.
- **Arrêté du 23 décembre 2009** relatif à la notice d'information jointe au modèle de mandat de protection future sous seing privé.
- **Circulaire DGCS/SD4A 2010-217 du 23 juin 2010** relative à la formation complémentaire des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales.
- **Circulaire DGCS/2A/4A/2010-270 du 23 septembre 2010** relative aux conséquences de la loi 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures pour les mandataires individuels et à l'assiette de la participation des personnes protégées au financement des mesures de protection.
- **Décret 2010-1404 du 12 novembre 2010**, fixant le barème national de l'indemnité complémentaire allouée à titre exceptionnel aux mandataires judiciaires à la protection des majeurs.
- **Circulaire DREES/DGCS/DMSI/2A 2010-345 du 12 novembre 2010** relative à la protection juridique des majeurs.
- **Lettre du ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale du 4 mai 2011** sur la question du financement des mesures de protection juridique confiées aux préposés d'établissements sociaux ou médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou des adultes handicapés.
- **Décret 2011-936 du 1^{er} août 2011** relatif à la rémunération des mandataires judiciaires et à diverses mesures de simplification en matière de protection juridique des majeurs.

- **Instruction DGCS/4A/2011/423 du 9 novembre 2011**, relative au délai de formation des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales.
- **Arrêté du 6 janvier 2012**, relatif à la rémunération des personnes physiques exerçant l'activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs à titre individuel.
- **Décret n° 2016-1896 du 27 décembre 2016** portant diverses dispositions relatives aux mandataires judiciaires à la protection des majeurs.
- **Décret n° 2016-1898 du 27 décembre 2016** portant diverses dispositions relatives aux mandataires judiciaires à la protection des majeurs.