

KIT PÉDAGOGIQUE

Volet 1

*Orientation des politiques publiques pour
une société plus inclusive*



SOMMAIRE

PRÉAMBULE

CHAPITRE 1 :

Évolution de la politique du handicap

Fiche 1.1 : Définition et histoire du handicap	p.6
Fiche 1.2 : De 1970 à nos jours	p.11
Fiche 1.3 : Convention des Nations Unies	p.16
Fiche 1.4 : Société inclusive : la participation de la personne handicapée	p.19

CHAPITRE 2 :

Transformation de l'offre

Fiche 2.1 : Transformation de l'offre médico-sociale	p.25
Fiche 2.2 : Autodétermination et soutien par les Pairs	p.33

Evolution des pratiques

Fiche 2.3 : Le projet de vie	p.43
Fiche 2.4 : La réalisation d'un plan d'accompagnement personnalisé	p.51
Fiche 2.5 : La coordination de parcours	p.61

CHAPITRE 3 :

Développement de l'accessibilité universelle : comment la société s'adapte ?

Fiche 3.1 : <i>Définition et évolution des politiques publiques</i>	p.67
Fiche 3.2 : <i>Accessibilité à l'emploi</i>	p.80
Fiche 3.3 : <i>Accessibilité à l'éducation</i>	p.82
Fiche 3.4 : <i>Accessibilité à l'habitat</i>	p.95
Fiche 3.5 : <i>Accessibilité numérique</i>	p.102
Fiche 3.6 : <i>Accès aux sports, aux loisirs et à la culture</i>	p.106
Fiche 3.7 : <i>Accessibilité aux transports en commun</i>	p.110
Fiche 3.8 : <i>Territoires 100% inclusifs</i>	p.114

GLOSSAIRE

Les acteurs

PRÉAMBULE

Ce kit est à destination des professionnels (travailleurs sociaux et plus largement tous ceux concourant au projet de vie des personnes en situation de handicap) ; il a vocation à être un support dont les formateurs pourront se saisir afin d'élaborer le contenu de leurs interventions en tenant compte des évolutions récentes des politiques publiques dans le champ du handicap.

Il sera mis gratuitement à disposition des organismes de formation initiale et continue du travail social et plus largement, de l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de vie des personnes en situation de handicap. Il s'agit ainsi de s'assurer de l'actualité des enseignements dispensés au regard des évolutions des politiques publiques, d'orienter vers des outils et méthodes appropriés dans un cadre respectueux des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé.

CHAPITRE 1 : Évolution de la politique du handicap

Fiche 1.1 : Définition et histoire du handicap

1 – DÉFINITION DU HANDICAP DANS LA LÉGISLATION ACTUELLE

OBJECTIFS

- *S'approprier les différents regards que la société, durant son histoire a porté sur les personnes en situation de handicap*

MOTS-CLÉS

Définition

Handicap

Histoire

La politique en direction des personnes handicapées est marquée par la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » qui en a profondément renouvelé les fondements. Cette dernière nous propose une nouvelle définition de la notion de Handicap avec l'Article L 114 du code de l'action sociale et des familles : « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* » Elle repose essentiellement sur deux piliers répondant aux deux facteurs caractérisant le handicap :

- A l'inadaptation de la cité, la loi répond par « l'accessibilité à tout pour tous » : il s'agit de mettre en œuvre une accessibilité généralisée aux dispositifs de droit commun, en faisant en sorte que l'ensemble des politiques publiques sectorielles intègrent la dimension du handicap dans leurs préoccupations : santé, éducation, emploi, équipement, aménagement, transports, culture...
- Aux conséquences des déficiences de la personne, elle répond par la reconnaissance d'un droit à compensation par la solidarité nationale : une place centrale est donnée au projet de vie de la personne handicapée et à l'évaluation de ses besoins qui conditionnent les réponses individualisées qui lui sont apportées, notamment à travers la création de la prestation de compensation du handicap.

Il s'agit d'une politique qui mobilise des moyens financiers considérables, engageant à la fois l'État, l'Assurance Maladie (ONDAM), la CNSA, les collectivités territoriales. Cette politique a déjà beaucoup apporté, mais les attentes sont si importantes et évolutives qu'elles appellent une mobilisation et des améliorations permanentes (cf. les Conférences nationales du handicap et les comités interministériels du handicap).

Il est difficile d'appréhender le nombre de personnes handicapées, plusieurs approches sont possibles (limitation fonctionnelle, handicap ressenti, reconnaissance administrative : bénéficiaires de prestation, travailleurs bénéficiant d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, etc.). En 2008, selon l'enquête Handicap et Santé auprès des ménages (HSM), 9,9 millions de personnes, âgées de 15 à 64 ans et vivant à domicile, déclarent avoir une reconnaissance administrative du handicap ou plus largement « avoir un handicap » ou disposer d'une reconnaissance officielle d'un handicap ou d'une perte d'autonomie ou déclarent avoir une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) ou problème(s) de santé durable(s) et sont concernées par le handicap « au sens large ». La politique du handicap concerne également les familles et les aidants ainsi qu'un grand nombre de professionnels.

2 - HISTOIRE

Les dernières étapes de l'action publique en faveur des personnes handicapées couvrent approximativement une centaine d'années. Auparavant il n'existe pas ou peu d'action publique globale en faveur des personnes handicapées. Le devoir d'assistance fait l'objet de débats dans la période de construction révolutionnaire (Cf. les travaux du « comité de mendicité » présidé par La Rochefoucault-Liancourt en 1790), dans la ligne des réflexions des philosophes du siècle des Lumières (Cf. « *lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient* », Diderot, 1749) qui s'intéressent à l'éducabilité des personnes handicapées. La préoccupation d'éducation ou d'enseignement spécifique, comme l'assistance d'une manière générale, reste essentiellement d'initiative privée, telle que la création en 1784 de l'établissement qui deviendra plus tard l'institut national des jeunes aveugles ou le futur institut national des jeunes sourds de Paris en 1791.

Au XIX^e siècle, l'industrialisation va permettre de faire avancer la question sur les aides. L'idée de l'existence d'une aide pour une personne en incapacité de travailler germe. Des personnes devenues infirmes vont se voir aidées par des entreprises, des collègues ou par les membres de la communauté à laquelle ils appartiennent.

Le XIX^e siècle voit se poursuivre les réflexions sur l'éducation, des médecins théorisent des méthodes médico-éducatives pour les enfants « idiots », le congrès de Milan (1880) rejette le recours à la langue des signes ...

Le principe de la «solidarité nationale » est invoqué à l'appui de la loi du 14 juillet 1905 d'assistance aux vieillards, infirmes et incurables. Il s'exprime, à l'intention des indigents, comme participant d'une dette sociale à leur endroit et prenant en compte la capacité à se procurer des revenus à partir du travail.

2.1 ASSISTER

Il n'existe pas, préalablement à la loi du 14 juillet 1905, de droit à l'assistance. L'assistance est facultative. La loi introduit un dispositif d'assistance obligatoire limité aux indigents et lié aux capacités de travail. La commune, à défaut le département, à défaut l'Etat central sont tenus d'assurer une allocation aux indigents, ou, s'ils ne disposent pas d'un domicile, de les hospitaliser.

2.2 RÉADAPTER ET SOLVABILISER

Après-guerre, à la faveur de la création de la Sécurité Sociale, l'initiative privée est solvabilisée : les « établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux » font l'objet d'un dispositif d'autorisation qui, moyennant le respect de règles de fonctionnement, permet le remboursement des soins assurés dans les établissements accueillant des personnes handicapées (décret 46-1834 du 20 août 1946 et décret 56-284 du 9 mars 1956).

Dans le domaine du travail, le principe de « réparation » est introduit en 1945 ; il assure l'ensemble des salariés contre les conséquences de maladies et d'accidents non liés au travail mais qui les privent de leurs « capacités de gains ». La loi du 2 août 1949 généralise l'aide à la réinsertion à tous les grands infirmes par la création de l'allocation de compensation aux grands infirmes travailleurs et ouvre la formation professionnelle à tous les grands infirmes. En 1957, la loi du 23 novembre sur le reclassement professionnel introduit officiellement le terme de travailleur handicapé (au lieu de « grands infirmes »).

2.3 INTÉGRER

Dans les années 70, la notion de droits fondamentaux des personnes handicapées est développée. L'Assemblée générale des Nations Unies adopte, en 1971, la Déclaration des droits du déficient mental, puis, en 1975, la Déclaration sur les droits des personnes handicapées, qui définit des normes pour l'égalité de traitement de ces personnes et leur accès à des services leur permettant d'accélérer leur insertion sociale.

En même temps, en 1975, en France, apparaît le premier grand dispositif législatif sur le handicap avec la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.

La réadaptation fait place à l'intégration : la réduction des incapacités individuelles appelle une politique d'ensemble de prévention et de résolution des phénomènes d'exclusions, qui sont imputables moins à l'individu, qu'à la société l'excluant.

Ainsi, la loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des handicapés a pour objectif de promouvoir l'intégration des personnes handicapées dans tous les aspects de la vie collective. La personne handicapée est citoyenne à part entière. Elle porte en particulier, sur le dépistage et la prévention du handicap, qui s'appuient sur les effets de la politique de périnatalité contemporaine de l'élaboration et de l'adoption de la loi, sur l'amélioration du régime des ressources des personnes handicapées, avec la création de l'AES pour les parents d'enfants handicapés et de l'AAH pour les adultes.

Elle pose également le principe du remboursement intégral des frais de prise en charge, d'hébergement et de traitement des jeunes handicapés par l'Assurance Maladie (ou à défaut par l'Aide Sociale), à l'exclusion des dépenses « incombant à l'Etat » en matière d'éducation (i.e la scolarisation).

2.4 PARTICIPER PLEINEMENT ET CHOISIR SON PROJET DE VIE

Cette dernière étape débute avec la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. La loi du 11 février 2005 propose un dispositif global et traite de tous les aspects impactant la vie des personnes handicapées : recherche, accès aux soins, prévention, prestation, éducation des enfants handicapés, accès à l'emploi, vie sociale, et architecture institutionnelle (la Maison Départementale des Personnes Handicapées = guichet unique).

Fiche 1.2 : De 1970 à nos jours

À RETENIR

- *Connaître les différents repères historiques afin d'identifier les principales évolutions des politiques publiques dans le champ du handicap et dresser les principales perspectives qui se dessinent.*
- *Identifier les différents dispositifs permettant de rendre effectives citoyenneté des personnes en situation de handicap, à leur insertion sociale et à l'accessibilité des biens et services dans une société inclusive.*

MOTS-CLÉS

Droits des bénéficiaires et de leur entourage

Charte des droits et des libertés

Exercice de la citoyenneté

Egale dignité et accessibilité

Régulation et coopération des décideurs et acteurs du Handicap

Projet d'établissement

Non-discrimination

Zéro sans solution

Projet de vie

1- DE L'OBLIGATION NATIONALE DE L'INTÉGRATION DES PERSONNES HANDICAPÉES

En préambule, la période des années 1970, est marquée par le passage d'une prise en charge vers un accompagnement de l'intégration des personnes en situation de handicap.

« Dans les années 70, la notion de droits fondamentaux des personnes handicapées commence à être plus largement admise sur le plan international. L'Assemblée générale (des Nations Unies) a adopté, en 1971, **la Déclaration des droits du déficient mental**, puis, en 1975, **la Déclaration sur les droits des personnes handicapées**, qui définit des normes pour l'égalité de traitement de ces personnes et leur accès à des services leur permettant d'accélérer leur insertion sociale. »

Dans cet esprit, la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, en France, définit expressément 3 droits fondamentaux pour les personnes handicapées, enfants et adultes :

- Le droit au travail ;
- Le droit à une garantie minimum de ressource par le biais de prestations ;
- Le droit à l'intégration scolaire et sociale.

Elle fixe le cadre légal de l'action des Pouvoirs Publics ainsi que l'obligation éducative et professionnelle en priorité dans **un cadre ordinaire de travail et de vie** pour les personnes en situation de handicap. Elle crée, en ce sens, pour la reconnaissance du handicap des adultes, des commissions départementales spéciales, **les COTOREP** (Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel) et **les CDES** (Commissions Départementales de l'Éducation Spéciale). Elle priorise alors l'intégration dans l'emploi dans les entreprises ou administrations et organise le fonctionnement d'ateliers protégés et de centres d'aide par le travail pour ceux dont l'insertion en entreprise ordinaire est impossible. Elle traite également de leur garantie de ressources, de L'AES (Allocation d'Éducation Spéciale aujourd'hui AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) et de l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés).

Ainsi, cette loi règle tous les aspects de la vie, dans **l'objectif d'une intégration** la plus large des personnes handicapées.

La Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe du **9 décembre 1989**, quant à elle, engage les Etats membres à prendre les mesures nécessaires en vue de garantir aux personnes handicapées l'exercice du **droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté (art.15)**.

Dans la continuité, **la loi 2002-2 du 2 janvier 2002** définit et **structure l'action sociale et médico-sociale destinée à promouvoir, dans un cadre interministériel**, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.

Cette loi se décline en quatre axes :

- Affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires et de leur entourage, affirmer le droit des usagers sous l'angle d'une meilleure **reconnaissance de la personne en tant que citoyen**
- **Elargir les missions de l'action sociale et médicosociale** et diversifier les interventions des établissements et services concernés **en adaptant les structures aux besoins**
- Améliorer les procédures techniques de pilotage du dispositif et **renforcer la régulation et la coopération des décideurs et des acteurs**
- Rénover **le statut des établissements et services**

Consulter la loi du 2 janvier 2002 sur le [site Internet Légifrance](http://www.legifrance.gouv.fr).

2- DE L'INTÉGRATION À LA REFONDATION DE LA POLITIQUE DU HANDICAP VERSUS ACCESSIBILITÉ, INSERTION, ÉCOLE VRAIMENT INCLUSIVE...

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, permet de réaffirmer la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Cette loi réforme la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 **en mettant en avant cinq objectifs** :

- La création d'un droit à compensation ;
- L'intégration scolaire ;
- L'insertion professionnelle ;
- La simplification administrative, avec la création de maisons départementales des personnes handicapées (**MDPH**) en lieu et place des COTOREP et des commissions départementales de l'Education Spéciale (CDES) ;
- Le renforcement de **l'accessibilité**.

Consulter la loi du 11 février 2005 sur **le site de Légifrance**.

Voir fiches Accessibilité : Chapitre 2 - Développement de l'accessibilité universelle

En 2014, le rapport «Zéro sans solution» de Denis PIVETEAU, préconise d'identifier les transformations à opérer pour le secteur du handicap afin de **remettre l'usager au cœur du système** en apportant **une réponse globale aux besoins des personnes handicapées** confrontées à des **ruptures dans leur parcours** en établissement spécialisé. Ce rapport propose ainsi de nouvelles modalités de réponses aux situations des personnes sans solutions.

Ce rapport entérine le « devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et leurs proches » avec des ressources plus modulaires et composites dans un accompagnement trans-sectoriel et pluridisciplinaire.

Quelles nouveautés pour les personnes concernées par la maladie ou le handicap **au 1er janvier 2017** ? Des mesures pour l'emploi à domicile, le congé de proche aidant, le plafond de la Sécurité sociale, Et la nouvelle carte mobilité inclusion sont créés.

La **loi du 5 septembre 2018** « pour la liberté de choisir son avenir professionnel » **réforme l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés (OETH)**. Cette réforme doit améliorer l'emploi dans les entreprises et vise à **simplifier les démarches** des employeurs mais aussi à assurer aux citoyens en situation de handicap de **trouver un emploi** en fonction de leur projet personnel. Elle valorise différemment dans le calcul de l'obligation d'emploi. Les contrats de sous-traitance et **toutes les formes d'emploi des travailleurs handicapés** : stages, période de mise en situation professionnelle, intérim. Ces formes d'emploi pourront être comptabilisées dans le taux d'emploi direct des entreprises.

	2005	2018
DOETH (Déclaration d'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés)	Obligatoire pour toutes les entreprises de plus de 2 à salariés Périmètre «établissements avec autonomie de gestion» - SIRET Contribution versée à l'AGEFIPH ou au FIPHFP	Obligatoire pour toutes les entreprises Périmètre = entreprise au global : SIREN (plus de notion d'établissement) A partir du 01/01/2020, déclaration intégrée à la DSN et recouvrement transféré à l'URSAFF ou à la caisse des MSA
Taux 6%	Obligation d'emploi de 6%	L'obligation d'emploi de 6% sera évolutive (à la hausse)
RQTH	RQTH attribuée pour une durée limitée, de 2 à 10 ans, même en cas de handicap irréversible	En cas de handicap irréversible, la RQTH sera attribuée à vie, de façon définitive
Accords handicap	Présence d'accords handicap renouvelables	Les accords handicap wagrés auront une durée maximale de 6 ans (3 ans renouvelable une fois) et seront conclus au niveau d'une entreprise
Emploi Direct	Les modalités de réponses à l'obligation d'emploi direct sont : les stagiaires TH, le recours à l'intérim, l'emploi direct et la sous-traitance auprès du STPA	Seule l'emploi direct (CDD, CDI, Intérim et stage), comptabilisé au prorata du temps de travail sera comptabilisé dans l'emploi direct
Sous-Traitance	La sous-traitance auprès du STPA s'inscrit dans l'obligation d'emploi de 6% dans la limite maximale de 50% de l'OETH. Les dépenses auprès du STPA sont comptabilisées dans l'emploi direct	La sous-traitance auprès du STPA ne s'inscrit pas dans l'obligation d'emploi direct (+6%) mais permet de réduire sa contribution

Enfin, **la loi du 09/01/2019** met en place des mesures de simplification qui permettent à certains titulaires de **l'AAH** (Allocation Adulte Handicapé), de **la CMI** (Carte Mobilité Inclusion) et de **la RQTH** (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) de les obtenir à vie. Quant à **l'AEEH** (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé), elle peut être attribuée jusqu'aux 20 ans de l'enfant.

EN SAVOIR PLUS

- loi 2002, loi 2005, La convention internationale : à verbaliser, cadre non conforme à la convention
- Loi du 02/01/2002 : <https://www.reseau-gesat.com/Travail-handicap/Le-Gesat/Observatoire/Informations-legislatives/La-Loi-2002-2-du-2-janvier-2002-renovant-l-action-sociale-et-medico-sociale-i324.html>
- Loi du 05/08/2005 : <https://www.cairn.info/revue-reliance-2006-4-page-81.htm>
- 2014 : Rapport Piveteau : « Pour un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et leurs proches »
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000376/index.shtml>
- La réforme SERAFIN-PH 2018 : Sur le financement des établissements d'accueil de personnes en situation de handicap :
https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_19-04_seraphin_exe1_1sc.pdf
- La loi Elan : Evolution du logement, de l'aménagement et du numérique :
https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/loi-portant-evolution-du-logement-de-lamenagement-et-du-numerique-elan?id_courant=4297

Fiche 1.3 : Convention des Nations Unies

OBJECTIFS

- *Comprendre et connaître la convention des droits aux personnes handicapées adoptée par l'ONU*

MOTS-CLÉS

ONU

Handicap

Convention

Historique

1 - INTRODUCTION

L'Organisation des Nations Unies est une organisation internationale qui compte 193 Etats membres. Elle œuvre en faveur de la paix dans le monde, et du respect du principe d'égalité des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. De par ses principes et ses valeurs, l'organisation porte une attention toute particulière aux personnes en situation de handicap.

En 2006, un comité spécial de l'Assemblée de l'ONU adopte la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

2 – POURQUOI LES ETATS MEMBRES DE L'ONU ONT RATIFIÉ LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES ?

Quelques chiffres pour comprendre :

- Environ 10% de la population mondiale soit environ 650 millions de personnes à travers le monde souffre d'une situation de handicap liée à une déficience d'ordre physique, mental et/ou sensoriel. *Source ONU (Organisation des Nations Unies)*
- 90% des enfants en situation de handicap dans un pays en développement n'aura pas accès à l'éducation et ne saura pas lire à l'âge adulte. *Source UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture)*
- Jusqu'à 80% de personnes en situation de handicap peuvent être au chômage dans certains pays en développement. *Source OIT (Organisation Internationale du Travail)*

Un récit historique pour comprendre :

Depuis les années 1970, la question du handicap est posée au sein de l'ONU. En 1971 et en 1975, l'Assemblée adopte la Déclaration des droits du déficient mental et la Déclaration sur les droits des personnes handicapées, afin de permettre une meilleure insertion sociale des personnes en situation de handicap.

Cette volonté va être poursuivie dans les années 80 par des programmes d'actions en faveur de l'égalité et des droits pour les personnes en situation de handicap. L'Assemblée de l'ONU proclame la période de 1983 à 1992, « décennie des Nations Unies pour les personnes handicapées ».

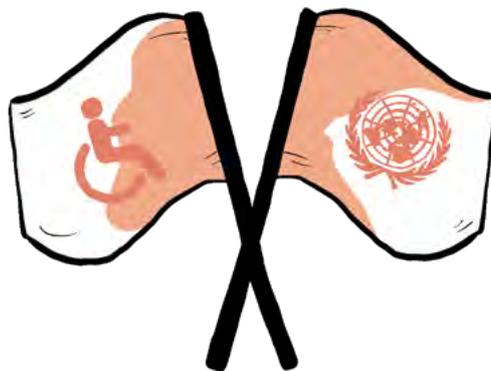
Ce mouvement se poursuivra au-delà de cette période jusqu'à aboutir après cinq années de négociations à la Convention relative aux droits des personnes handicapées le 13 décembre 2006.

La Convention relative aux droits des personnes handicapées :

La Convention relative aux droits des personnes handicapées se base sur le fait que l'ensemble des personnes en situation de handicap doivent bénéficier des droits et des libertés fondamentales. Elle rappelle le principe du respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie, de la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance de la personne.

Elle proclame le fait que les personnes en situation de handicap puissent participer pleinement et être intégrées au sein de la société. Il est essentiel que les biens communs soient accessibles aux personnes en situation de handicap. Elle proclame enfin le respect et l'acceptation de la personne en situation de handicap comme faisant partie intégrante de la diversité de l'humanité.

[Pour retrouver le texte intégral de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, veuillez cliquer sur cette phrase.](#)



Fiche 1.4 : Société inclusive : la participation de la personne handicapée

OBJECTIFS

- S'approprier la notion de société inclusive
- Comprendre les fondements d'une société inclusive

MOTS-CLÉS

Société

Inclusion

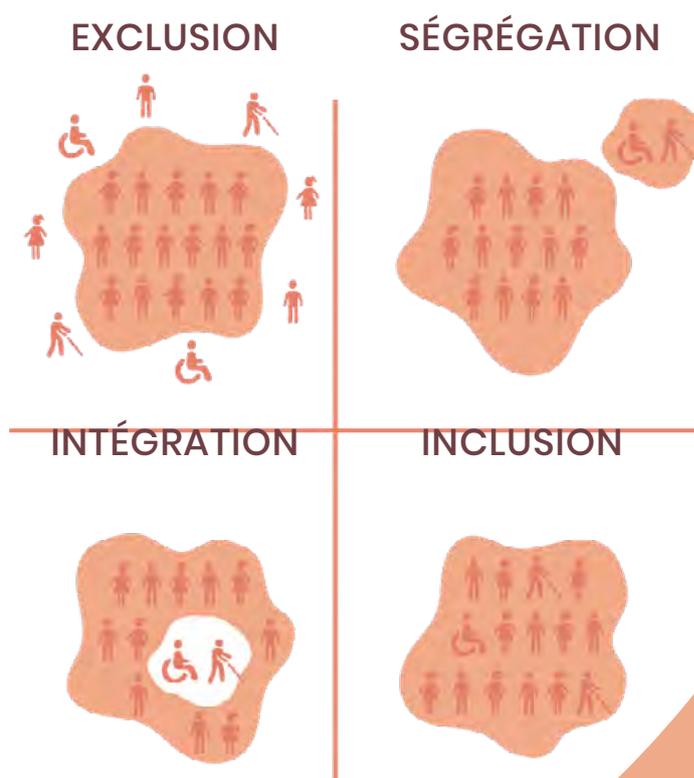
Personne en situation de handicap

Fondement

Avancée

1 - QU'EST-CE QUE LA SOCIÉTÉ INCLUSIVE ?

« La société inclusive est celle qui va mettre à l'intérieur de ses frontières, de ses valeurs, de ses normes, tous ceux qui en font partie de droit. Dans une société inclusive, chacun a sa place ! » - Sources



2 – LA SOCIÉTÉ INCLUSIVE ET SES FONDEMENTS :

Charles Gardou, (anthropologue), identifie 5 fondements sur lesquels une société inclusive peut s'organiser :

- Vivre sans exister est la plus cruelle des exclusions ;
- Il n'y a ni vie minuscule, ni vie majuscule ;
- Tout être humain est né pour l'équité et la liberté ;
- L'exclusivité de la norme, c'est personne et la diversité, c'est tout le monde ;
- Nul n'a l'exclusivité du patrimoine humain et social.

Pour C. Gardou, « une société inclusive ne défend pas seulement le droit de vivre mais celui d'exister ». Selon lui, « la plupart des personnes en situation de handicap sont dans la société sans y être réellement et sans en être vraiment. Elles gardent toujours un sentiment d'extranéité. [...] Aux mains des autres qui décident pour elles ; qui les prennent en charge sans les prendre en compte comme sujets et acteurs de leur propre histoire et d'un récit commun. Privées du droit à l'insoumission et réduites au rôle de patients, elles vivent ou survivent. »

Pour C. Gardou, 4 éléments sont nécessaires pour permettre d'exister à une personne fragilisée par un handicap :

« Valoriser ses ressources, ses capacités, d'intensité et d'expression variable. Sous ses limites apparentes, ses compétences enfouies, ses talents, sa créativité. son génie singulier, il n'est personne qui n'apporte une contribution, du moins potentielle, à la culture et qui n'interroge le fonctionnement social. »

« Reconnaître leurs désirs. Le sentiment d'exister ne consiste pas seulement à combler les besoins de bien-être organique ou ceux nés de la vie en société. Il repose aussi sur l'expression et la prise en compte des désirs : ils ne sont pas un luxe réservé à ceux qui n'auraient pas de besoins « spéciaux ». [...] On leur signifie pourtant trop souvent : « Leurs besoins sont satisfaits, n'est-ce pas suffisant ? »

« Nécessité « d'entendre » les personnes handicapées, en dépit parfois de l'absence de mots »

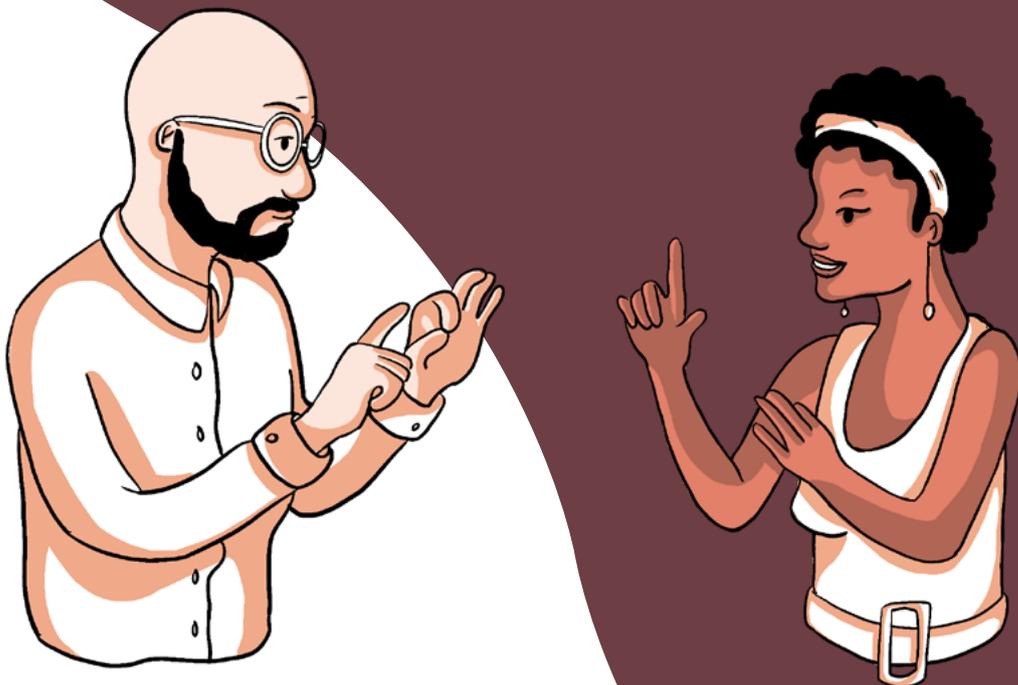
« Les libérer de la cage des peurs ancestrales et des ignorances superstitieuses »

3- LES AVANCÉES EN FAVEUR D'UNE SOCIÉTÉ INCLUSIVE :

Depuis 2017, des avancées majeures ont été mises en place à destination des personnes en situation de handicap. Parmi elles :

- Revalorisation de l'Allocation Adultes Handicapés (AAH) ;
- Une couverture santé améliorée ;
- Instauration d'une consultation dite complexe ;
- Mise en place d'un forfait « bilan et interventions précoces » pour les troubles neuro-développementaux ;
- Une école accessible à tous grâce à la création du service public de l'école inclusive ;
- L'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé jusqu'à 20 ans ;
- Un meilleur accès à l'apprentissage grâce à un référent handicap dans tous les CFA ;
- DUODAY : une journée de sensibilisation pour allier emploi et handicap ;
- Un accès simplifié aux droits ;
- Une pleine citoyenneté ;
- Une plus grande accessibilité ;
- Une aide à la garde d'enfant ;
- Etc.

CHAPITRE 2 : La relation avec la personne



Fiche 2.1 : Transformation de l'offre médico-sociale

OBJECTIFS

- *Prévenir les ruptures de parcours, l'absence ou l'inadéquation des solutions aux besoins des personnes en situation de handicap*
- *Développer des réponses inclusives*
- *Consolider une organisation territoriale intégrée*
- *Améliorer la qualité des accompagnements*

MOTS-CLÉS

Plus de coordination

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Convention relative aux droits des personnes handicapées, ratifiée par la France en 2010 et par l'Union européenne en 2011

Projet stratégique quinquennal

Près de quinze ans après la loi du 11 février 2005, les besoins exprimés par les personnes en situation de handicap ont évolué et la réponse sous la forme de « places » dans un établissement ou un service, si elle peut encore être pertinente, ne suffit plus pour tenir compte de la diversité des aspirations des personnes.

Ainsi, le mouvement de transformation de l'offre déjà engagé sur le terrain doit être amplifié. Le secteur médico-social doit être rénové pour davantage :

- Partir des besoins et des attentes des personnes handicapées et de leurs aidants
- Promouvoir leurs capacités et leur participation
- Favoriser une vie en milieu ordinaire lorsque cela est possible et conforme aux souhaits de la personne
- Répondre à la logique d'un « parcours » global alliant précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale
- Répondre à des besoins spécifiques et parfois complexes, en fonction du type de handicap
- Anticiper, prévenir et gérer les ruptures de parcours

Pour y parvenir il faut à la fois renforcer les liens entre les différents dispositifs médico-sociaux pour sortir de la logique des filières, renforcer les liens entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire afin de garantir la cohérence et la complémentarité des accompagnements, et enfin renforcer les liens entre le secteur médico-social et le milieu ordinaire dans tous les domaines - soins, scolarisation, logement, emploi, accès à la culture et aux loisirs - afin de promouvoir l'inclusion. Cela implique, notamment dans le cadre du PRS 2 et s'appuyant sur une gouvernance partenariale renforcée entre les ARS avec les Conseils Départementaux et les MDPH, de faire évoluer l'organisation territoriale de l'offre et de construire, avec les acteurs des territoires, de nouveaux outils qui permettront prioritairement à partir de l'existant, de :

- Favoriser une vie en milieu ordinaire, par la mobilisation des dispositifs de droit commun tout en conservant l'accès aux dispositifs spécialisés lorsque c'est nécessaire (notion de graduation de l'offre par degré de spécialisation et d'expertise, autour d'un principe de subsidiarité)
- Favoriser des dispositifs souples et modulaires pour mieux répondre à la diversité des besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants
- Tenir compte de l'évolution dans le temps des besoins des personnes, de l'enfance à l'avancée en âge
- Promouvoir la complémentarité des réponses de tous les acteurs (notamment des secteurs sanitaire, social et médico-social) contribuant à la qualité du parcours de vie des personnes
- Améliorer le parcours de prévention et de soins des personnes handicapées
- Organiser des réponses aux situations complexes et d'urgence lorsqu'elles se présentent afin de prévenir ou gérer les ruptures de parcours

Cette transformation de l'offre pour les personnes handicapées » se traduit par une feuille de route « ambition transformation de l'offre médico-sociale pour les personnes handicapées ». Cette feuille de route s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre. Cette feuille de route répond à ces enjeux d'un plan comprenant 5 objectifs.

LES 5 OBJECTIFS :

- *Donner à voir et expliquer*
- *Poursuivre l'enrichissement des réponses inclusives*
- *Poursuivre l'assouplissement du cadre pour lever les freins administratifs et organisationnels*
- *Fédérer les acteurs et former les professionnels*
- *Accélérer le changement avec le déploiement de la démarche des territoires 100 % inclusifs.*

POUR SUIVRE L'ENRICHISSEMENT DES RÉPONSES INCLUSIVES » À TRAVERS DES ACTIONS CONCRÈTES. IL S'AGIT DE :

- Développer les services (SESSAD, SAMSAH, SSIAD, SPASAD...)
- Développer les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) dans une logique de correction des inégalités territoriales
- Généraliser l'habitat inclusif à l'ensemble des territoires
- Renforcer le rôle des ESAT en matière de sécurisation des parcours des travailleurs handicapés et développer l'emploi accompagné
- Modélisation de nouvelles réponses à partir d'expériences existantes puis appui à leur déploiement : Maison de répit / Plateforme de services
- Généraliser les dispositifs
- Modélisation et déploiement de nouvelles fonctions pouvant mobiliser les pairs : «assistant au parcours de vie» ou «agenceur de solutions» et «accompagnateur de solutions»

POUR SUIVRE L'ASSOUPLISSEMENT DU CADRE POUR LEVER LES FREINS ADMINISTRATIFS ET ORGANISATIONNELS

- Capitaliser à partir des bonnes pratiques existantes pour définir un socle commun en matière de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) permettant leur plein développement et l'identification d'objectifs ciblés en matière d'inclusion.
- Simplifier les modes de financement notamment pour les dispositifs co-tarifés (CAMSP, FAM et SAMSAH).
- Rendre possible les orientations en mode « parcours ».

Une convention-cadre nationale pour accélérer la démarche de transformation et accompagner les professionnels avec les principales associations et fédérations gestionnaires d'ESMS afin de :

- Engager chaque acteur dans le champ de sa responsabilité.
- Garantir l'opérationnalité de la convention d'engagement à travers deux accords. Un accord de méthode Etat-Département sur le fonctionnement et le pilotage des MDPH et un accord de méthode Etat-Départements, Organismes gestionnaires sur l'évolution de l'offre médico-sociale, la planification et l'accompagnement en termes de moyens.
- Garantir les conditions de réussite de la convention d'engagement.
- Prévoir la mesure de l'action et en faire une condition d'un pouvoir d'agir transparent.

CONFÉRENCE NATIONALE DU HANDICAP DU 11 FEVRIER 2020

Pour une inconditionnalité de l'accompagnement

1- LE CHANGEMENT DE PARADIGME POSÉ LORS DE LA CNH 2020

Lors de la Conférence Nationale du Handicap du 11 février 2020, le Président de la République a posé l'ambition forte de l'inconditionnalité de l'accompagnement, matérialisée par le projet « 360 ».

Le projet « 360 » doit permettre l'émergence au 1er janvier 2021 de quatre cents « communautés territoriales d'accompagnement » :

Des communautés mobilisées et solidaires pour ne laisser personne au bord du chemin, et renforcer le pouvoir d'agir de chacun.

Des communautés qui doivent pouvoir être accessibles par un N° unique actif, le 360, sur tout le territoire national, pour pouvoir être identifié par toutes les personnes qui en ont besoin.

« 360 » : trois chiffres symboles d'un changement de vision.

Un changement de vision pour modifier notre angle de vue : en partant des besoins et des attentes de la personne, de son environnement de vie et des acteurs qui jalonnent son parcours, et non plus de l'offre telle qu'elle existe et a longtemps conditionné les choix de vie.

Un changement de vision également pour combler les angles morts de notre système : personnes sur listes d'attente, personnes isolées à domicile, acteurs de droit commun en attente d'un « accompagnement à accompagner ».

L'objectif est de susciter une coopération renforcée au plus près des personnes en situation de handicap, avec le concours dans les bassins de vie de l'ensemble des établissements et services médico-sociaux, des partenaires de droit commun, des collectivités locales, de la MDPH, des associations et de tous nos concitoyens.

C'est le filet de sécurité créé par le collectif pour entourer mieux les parcours de vie des personnes.

Le 360, c'est une ambition d'union servie par un projet commun et une méthode d'action. Sans substitution aux missions dévolues habituellement à chaque acteur.

Deux défis conjoints : accompagner la personne, accompagner son environnement.

Les communautés « 360 » sont là pour créer un lien de proximité le plus précoce possible, dès la première demande d'accompagnement. Il ne nous faut plus attendre les situations de rupture pour former ce collectif d'accompagnement. Prévenir, c'est déjà agir.

Si le « 360 » et les communautés ne constituent pas des points de passage obligés de tout parcours d'une personne en situation de handicap ou de son proche aidant, ils sont la garantie qu'en cas de difficulté rencontrée, une porte d'entrée facilement identifiable est en capacité d'assurer la prise en charge des personnes et familles isolées, et permet de construire une solution, même partielle dans les premiers temps.

Les communautés « 360 » sont également ce laboratoire permanent d'innovation pour créer les solidarités nouvelles dans les territoires. Il nous faut créer ce collectif en capacité de mobiliser, avec l'appui des forces vives du médico-social, les ressources citoyennes du milieu ordinaire pour mieux adapter l'environnement des personnes.

Accompagner à « 360 », ce n'est plus seulement proposer une offre, mais susciter un environnement de vie accompagnant. Il ne s'agit plus seulement d'accueillir, mais de susciter partout, pour tous, les conditions de l'autonomie dans un environnement qui s'adapte.

La transformation de l'offre est donc un véritable projet de société, qui dépasse les clivages habituels de nos secteurs et la catégorisation historique de nos établissements et services.

Elle est l'occasion d'un rendez-vous historique entre l'Etat, central et territorial, les départements, les MDPH, les organismes gestionnaires et les associations représentant les personnes.

L'objectif est d'impulser dans le quotidien des Français en situation de handicap, comme de leurs proches aidants, une réalité nouvelle :

- Une société montant en compétences pour renforcer leur pouvoir d'agir ;
- Une offre qui crée une vraie possibilité de choix, en milieu spécialisé et/ou en milieu ordinaire ;
- Des solutions accessibles en proximité, au cœur des bassins de vie ;
- La certitude d'appartenir à un collectif mobilisé pour les accompagner.

2 – CINQ PRINCIPES DE TRANSFORMATION DES ACCOMPAGNEMENTS :

◇ **Renforcement des compétences**

L'inconditionnalité de l'accompagnement passe par une montée en compétences de l'ensemble des acteurs :

- Soutien par tous des compétences et habilités des personnes en situation de handicap, afin d'accompagner et renforcer leur pouvoir d'agir
- Compétences d'agilité, d'innovation et de coopération des établissements et services médico-sociaux avec leur environnement
- Compétences d'accueil et d'accompagnement du handicap par le droit commun, avec le soutien et la coopération active du secteur médico-social

◇ **Proximité**

Une politique du handicap ancrée dans les territoires de proximité, à un niveau infra-départemental, afin d'animer au plus près des habitudes de vie des personnes des collectifs organisés pour adapter l'environnement de vie des personnes (écoles, médecin traitant, logement, commerces, services publics, loisirs, vie citoyenne) et accompagner leurs parcours de vie personnalisés.

◇ **Précocité**

Un accompagnement systématique de toutes les personnes et de leurs proches aidants, dès la première demande d'orientation et de recherche de solutions, afin d'agir vite et tôt avant que des situations de rupture ne s'observent au sein des familles.

◇ **Choix de vie**

Des solutions qui se diversifient et donnent la possibilité d'un réel choix entre des dispositifs d'accompagnement gradué dans le droit commun et/ou des dispositifs spécialisés, avec la possibilité d'une évolution facilitée d'un projet à l'autre, si la personne modifie ses choix.

◇ **Intérêt commun à agir**

Service de l'intérêt général, sous la supervision et le soutien concerté de l'Etat et des départements.

Il devient possible aussi par la mission que se donnent les établissements et services médico-sociaux de partager leur expertise avec les acteurs de droit commun.

Fiche 2.2 : Autodétermination et soutien par les pairs

1 – LES PRINCIPES INCONTOURNABLES DE LA TRANSFORMATION DE L’OFFRE

1.1. L’AUTODÉTERMINATION ET LE POUVOIR D’AGIR

OBJECTIFS

- *Intégrer la définition, les différentes conceptions de l’autodétermination*
- *Comprendre l’influence de l’environnement dans le développement de comportements*
- *Evaluer l’autodétermination et les parcours de vie autodéterminés*
- *Mettre en pratique dans le cadre professionnel*
- *Accompagner la participation et la citoyenneté*

MOTS-CLÉS

*Autodétermination
autonomie
autorégulation
empowerment
pouvoir d’agir
participation
décision
choix.*

DÉFINITION THÉORIQUE

L’autodétermination est la capacité à faire un choix personnel, sans influence exagérée de l’environnement. C’est une autonomie décisionnelle qui concerne les grands choix de la vie, ce qu’une personne souhaite être.

Trois conditions :

L’autodétermination d’une personne n’est possible qu’à quatre conditions essentielles :

- La capacité à concevoir un choix
- La capacité à exprimer le choix
- Le respect de ce choix par l’environnement
- Une pluralité de choix possibles

Comment accompagner l'autodétermination ?

Selon Wehmeyer, psychologue américain ayant promu ce concept, l'autodétermination relève de quatre dimensions complémentaires :

- L'autonomie : c'est la capacité à décider et à agir seul. L'autonomie peut être acquise grâce à un accompagnement, une aide technique ou une aide humaine.
- L'auto-régulation : c'est la capacité à se gérer soi-même, à planifier sa vie, à ajuster ses compétences, à adapter son comportement.
- Le pouvoir d'agir (ou empowerment psychologique): c'est la capacité à influencer le cours de sa vie soi-même, parfois contre l'avis des autres, ou à contourner une difficulté.
- L'auto-réalisation : c'est la confiance en soi, la compréhension de soi-même et la capacité à se projeter dans un futur plus ou moins proche.

Pour certaines personnes, en situation de handicap ou rencontrant d'autres difficultés d'ordre psychologique ou social, ces capacités peuvent être altérées momentanément ou définitivement. Il convient alors de les accompagner grâce à des méthodes et des outils ciblés.

L'autodétermination se distingue de l'autonomie en ce qu'elle la détermine. L'autonomie doit être choisie, comprise, afin d'en faire un usage au service de ses propres choix. Apprendre à faire ses choix est donc un préalable aussi nécessaire que l'apprentissage des gestes du quotidien et doit faire l'objet d'un accompagnement au plus tôt.

Que change l'autodétermination dans la pratique ?

Avant d'être bénéficiaire d'une action d'aide et d'accompagnement, chaque personne est un sujet doté de capacités et d'une autonomie propre et porteuse d'un projet de vie et d'attentes spécifiques.

L'autodétermination est la capacité à prendre des décisions pour soi-même sans influence ou interférence extérieure exagérée. L'autodétermination est donc une forme d'autonomie du choix et demande une certaine mesure de l'intervention dans ce processus. Cette mesure est faite par l'écoute de la personne dans son besoin d'assistance, et nécessite donc un positionnement en « soutien ».

Le soutien est l'assistance à la mobilisation des ressources dans l'environnement de la personne pour répondre à ses besoins et ses envies, dans le cadre d'une coopération équitable entre la personne, ses soutiens et les ressources extérieures.

Concrètement, l'autodétermination a pour conditions :

- La personne connaît clairement les prestations proposées par les prestataires de service, médico-sociaux, sociaux ou autre. Elle connaît ses droits et peut revenir en arrière.
- La personne est considérée comme une interlocutrice à part entière. Des outils et des aides peuvent être convoqués pour aider cette interlocution.
- Les professionnels accompagnent la citoyenneté de la personne et sont garant du respect des droits fondamentaux.

- Les professionnels prennent en compte les capacités propres de la personne à apprendre, à s'adapter, à évoluer : ces ressources sont à évaluer et à mobiliser en premier. Les professionnels prennent aussi en compte les potentiels de la personne.
- Les professionnels accompagnent l'expression des choix et des préférences des personnes et sont garants de leur respect inconditionnel.
- Les professionnels adaptent leurs modalités de communication avec la personne afin de tenir compte des éventuelles spécificités cognitives (attention, mémoire, etc.).
- La personne s'autodétermine dans tous les moments du quotidien, au maximum. S'il y a une marge de progression, elle doit faire l'objet d'un accompagnement et ce progrès à prendre des décisions en autonomie doit être évalué régulièrement.
- La personne accompagnée a le pouvoir de décision et d'action sur sa vie.
- La personne doit pouvoir choisir, refuser un contact, un acte, une séance, une activité... pour cela, la demande systématique du consentement est nécessaire, grâce à des outils adaptés si nécessaire.

LES OUTILS :

Accompagner l'autodétermination nécessite une palette d'outils afin d'accompagner la personne dans la conception de son parcours ou projet de vie, et dans l'expression du choix.

- Pour les personnes avec handicap intellectuel, le « Facile à Lire et à Comprendre » est une condition nécessaire pour les formulaires, documents, plaquette d'établissements et service... un facilitateur formé au FALC et à la transmission peut être nécessaire dans certains cas.
- Pour les personnes avec un handicap empêchant l'expression ou la communication, des outils sont là aussi nécessaires : sous toutes ses formes, la Communication Alternative Augmentée doit être proposée aux personnes accompagnées qui ont ces formes de trouble de la communication. Des aides techniques peuvent aussi venir compenser, comme la commande oculaire, les commandes vocales, ou encore les synthèses vocales.

Pour toutes les personnes faisant l'objet d'un accompagnement, afin de bien se repérer dans son parcours, des outils d'assistance au projet de vie doivent être mis en place. Pour ce faire, les professionnels doivent être formés à ces nouveaux modes d'accompagnement et à l'utilisation de ces nouveaux outils.

QUELQUES FORMATIONS :

<https://trisomie21-france.org/se-former/#auto-d%C3%A9termination>

<https://irtshdf.fr/formations/formation-continue/penser-lautodetermination-institution-modes-daccompagnement/>

<https://drive.google.com/file/d/1fQCrM4Uoj0qqv01qRaiFJM5hvEYROFJc/view>

<https://www.infipp.com/formation/10735-d%C3%A9velopper-la-capacit%C3%A9-d%E2%80%99autod%C3%A9termination-chez-les-personnes-en-situation-de-handicap-mental-etou>

POUR ALLER PLUS LOIN :

Différents outils et différentes pratiques existent pour développer l'autodétermination sur des sujets précis comme la santé ou la citoyenneté comme par exemple :

- Le guide santé de Santé BD « Santé Très Facile » : <http://santetresfacile.fr/telechargements>
- Un serious game comme « Nos Droits aussi » pour accompagner le droit de vote : <https://nous-aussi.fr/posts/%22nos-droits-aussi%22,-un-jeu-sur-la-citoyennet%C3%A9>

Afin de garantir la pleine participation des personnes et amorcer une transformation des pratiques et des institutions vers l'autodétermination, quelques bonnes pratiques sont à mettre en œuvre. Par exemple, le recrutement des professionnels doit se faire avec les personnes accompagnées, via les élus du Conseil de la Vie Sociale (CVS) ou par le volontariat. Les personnes sont associées à la conception et à l'élaboration de tous les projets d'un établissement, d'une association, d'un groupe de travail... Les personnes participent aussi activement aux instances de gouvernance des établissements et services et sont accompagnées pour cela (facilitation, outils, préparations). Les personnes accompagnées deviennent donc des co-décisionnaires de ce qui est mis en place pour elles.

S'approprier les concepts :

L'autodétermination est le résultat de l'interaction entre différents concepts qui traduisent la réalité du quotidien des personnes et des professionnels qui les rencontrent. Bien connaître ces concepts permet une meilleure appréhension du réel et de l'autodétermination dans le quotidien.

La valorisation des compétences de la personne nécessite de se positionner en tant que soutien que la personne convoque lorsqu'elle en ressent le besoin. Ressentir le besoin d'aide peut nécessiter un apprentissage pour les personnes qu'il convient d'accompagner avec une formation et des outils adaptés (auto-régulation).

En complément, il est aussi nécessaire que la personne puisse contrôler son environnement de manière autonome (éteindre la lumière, la position pour dormir, la température de la pièce...) ou à défaut, savoir commander auprès des aidants, ses préférences pour améliorer sa qualité de vie (maîtrise du contrôle de sa vie : *empowerment* psychologique).

Enfin, l'autodétermination, est l'aboutissement de ces choix du quotidien pour choisir sa vie, l'orientation professionnelle, le choix du mode d'habitation, le type d'accompagnement, d'aide technique... (auto-réalisation).

En conclusion, le professionnel accompagne la personne à l'autonomie dans les gestes du quotidien par l'autonomie dans les choix du quotidien. De manière réciproque, cette habitude à faire des choix améliore la capacité à les formuler et à concevoir son projet. Les préférences, les souhaits et les désirs doivent faire l'objet d'un apprentissage et d'un respect dès le début des accompagnements.

RÉFÉRENCES :

- Stiker H-J., Puig J., Huet O., Handicap et accompagnement - *Nouvelles attentes, nouvelles pratiques*, éd. Dunod, 2014
- Geurts H., et al. « *Autodétermination et déficience intellectuelle : quels enjeux et quels défis pour les pratiques de soutien ?* », *Contraste*, vol. 51, no. 1, 2020, pp. 119-138.
- Bara, M., et Haelewyck M-C. « *Chapitre 9. Une méthodologie au service de l'autodétermination* », Marie-Claire Haelewyck éd., *Adolescence et retard mental*. De Boeck Supérieur, 2010, pp. 123-13
- Caouette M., Plichon R., et Lussier-Desrochers D., « *Autodétermination et création du « chez-soi » : un nouvel enjeu pour les technologies de soutien aux personnes en situation de handicap* »
- <https://cote-a-cote-inclusion.com/>

VIDÉOS :

- <https://youtu.be/N1JoJR4AbYc>
- <https://youtu.be/thz33ND-LhA>

1.2. L'intervention et le soutien par les pairs

OBJECTIFS

- *Intégrer la définition, les différentes conceptions de l'intervention des pairs*
- *Développer l'intervention de pairs auprès des personnes en situation de handicap*
- *Mettre en pratique dans le cadre professionnel*
- *Accompagner la participation et la citoyenneté*

MOTS-CLÉS

Intervention de pairs
pair-accompagnement
pair-aidance
pair-émulation
pair-advocacy
pair-formation

Histoire et définitions

Bien accompagner les personnes vers l'autonomie et l'autodétermination, nécessite des compétences professionnelles précises et indispensables issues de l'expertise scientifique. Elles doivent nécessairement être complétées par l'intervention de personnes ayant préalablement vécu la même situation. Il s'agit alors d'un « pair » qui transmet son expertise d'usage. Ces deux expertises sont nécessaires et complémentaires.

Cette intervention des pairs a vocation à rendre visibles les capacités et compétences dont ils disposent, elle facilite la compréhension de ce qu'implique la vie avec des situations de handicap, elle permet de donner des exemples de réussite en matière de renforcement de l'autonomie et de ressources mobilisables ainsi que de co-construire les outils qui y sont nécessaires. Les pairs contribuent ainsi à ce que les personnes en situation de handicap se positionnent de manière plus active et affirmée face à leurs proches, à leurs accompagnants professionnels, à leur environnement...

L'entraide formalisée entre pairs est née dans le secteur des addictions au début des années 30 aux Etats-Unis. Les médecins avaient formé et intégré des personnes sorties de la dépendance dans leurs équipes.

En France, l'entrée s'est faite par les champs de la santé mentale et de la précarité grâce à la transposition en France des programmes américains, notamment via le CCOMS de Lille et quelques associations.

Deux programmes nationaux fondateurs lancés en 2011 :

- Un chez soi d'abord (*Housing first*) : une équipe médico-sociale est assistée par une ancienne personne SDF avec troubles psychiques afin d'accompagner une personne SDF avec troubles psychiques à sortir de sa situation et à trouver un logement, dans une perspective d'autodétermination (même si pas explicite). Programme soutenu par le ministère du logement. <https://www.ecologie.gouv.fr/chez-soi-dabord>
- Médiateurs de santé pairs (MSP) : une personne souffrant de troubles psychiques et qui est rétablie, intègre via une formation une équipe de soins pour aider d'autres personnes ayant les mêmes troubles à se rétablir. Le pair est médiateur entre équipe médicale psychiatrique et patients.

Ces deux programmes relèvent de ce que l'on appelle : la pair-aidance.

Qui est le « pair » ?

Fondamentalement, le « pair » est une personne qui a vécu la même situation personnelle. On dit alors qu'il a acquis un « savoir d'expérience » ou « savoir expérientiel ». Ce savoir, ces compétences, peuvent donc se transmettre à une personne qui va vivre ou est en train de vivre la même situation. Le pair transmet donc son expérience vécue, les solutions qu'il a identifiées, sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que les répercussions de cette situation sur sa vie personnelle et celle de ses proches.

Un pair est choisi et est reconnu par l'autre. La relation de pair à pair doit être voulue et choisie, elle ne peut être imposée par un tiers.

Un pair doit être formé : vivre une expérience est une condition nécessaire mais pas suffisante. La transmettre nécessite des compétences pédagogiques propres au formateur. Il existe pour cela des formations d'intervenants-pairs, encadrées par un cahier des charges national.

Comment un pair intervient-il ?

Les pairs interviennent auprès de personnes qui en ressentent le besoin. Avant de traverser une difficulté, d'opérer un changement de vie, de surmonter une appréhension, l'expérience de ceux qui l'ont déjà vécue est essentielle pour mieux réussir.

Les pairs viennent donc en soutien, en complément ou non d'un accompagnement professionnel.

L'exercice en tant que pair peut se faire dans des cadres divers : intégration au sein d'une équipe en tant que salarié, intervention en tant que prestataire rémunéré, intervention en tant que bénévole, ou encore en mission intérim. Des spécificités du vécu des situations de handicap peuvent être propres à la nature de celles-ci. Enfin, les objectifs de l'intervention varient selon le cadre d'exercice : formation, médiation en santé, pairémulation, *pair-advocacy*, éducation thérapeutique, etc. Pour autant, il existe des enjeux partagés à ces différentes interventions de pairs.

Quelles sont les conditions ?

- Un pair doit avoir été formé par une formation spécifique relevant de l'intervention des pairs
- Le pair-accompagnant doit être indépendant et ne répondre qu'à la demande du pair-accompagné
- Le pair-accompagné doit choisir librement de recourir à un pair
- Le pair-accompagné doit choisir librement le pair

Comment mettre en place une offre de pair-accompagnement ?

- Former les personnes qui souhaitent devenir pairs-accompagnant via l'une des formations de référence
- Faire connaître l'offre à de futurs pairs-accompagnés
- Organiser des temps de rencontre entre pairs en préalable
- Co-construire l'offre d'accompagnement globale avec les pairs-accompagnants
- Sensibiliser les environnements (professionnels, familles, autres) à cette nouvelle fonction

RÉFÉRENCES :

- Gardien E., L'accompagnement et le soutien par les pairs, PUG, 2019
- <https://expairsenjeux.sciencesconf.org/>
- Guide « La pair-aidance » dans les établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap :
https://www.fehap.fr/jcms/la-federation/publications/guides/guide-la-pair-aidance-dans-les-etablissements-et-services-accompagnant-des-personnes-en-situation-de-handicap-fehap_302625

VIDÉOS :

- Témoignage d'un intervenant-pair :
<https://www.youtube.com/watch?v=t8h4dcdViNs>
- En FALC :
<https://www.youtube.com/watch?v=n3jyks0zZwk>
<https://www.youtube.com/watch?v=4wdoD7pvo7k>
<https://www.youtube.com/watch?v=0Rs-CVmM-5s>
<https://www.youtube.com/watch?v=SkDsk3PCQlg>

UNE LISTE DE FORMATIONS :

- DU Personne experte en situation de handicap par l'Université Paris-Diderot
- Formation en pratique de pair-advocacy par 2IRA (Organisme de formation) – Association SOCRATIE
- Déployer la pair-aidance en établissement par Kajuci (société de conseil et formation)
- Professionnalisation des pairs-aidants au sein de l'action sociale et médico-sociale par la Fondation ITSRS
- Intervenir pair : l'expertise d'usage au service du pouvoir d'agir par ARIFTS (association de formation)
- Licence 3 Sciences sanitaires et sociales parcours « médiateurs de santé-pairs » par Université Sorbonne Paris Nord
- Le rétablissement dans les pratiques d'accompagnement en santé mentale par la FER : formation et recherche santé mentale
- Formation de formateurs pairs par ALFAPSY (organisme de formation privé)
- Diplôme d'université – pair-aidance en santé mentale par Université Claude Bernard, Lyon 1
- Formation professionnelle continue à la démocratie en santé pour les représentants des usagers par Université des patients – Sorbonne

3 – UNE CONVENTION D’ENGAGEMENT QUADRIpartite FONDATRICE D’UNE AMBITION PARTAGÉE.

A l’occasion de la CNH, une convention d’engagement partagée entre l’Etat, les départements, les associations gestionnaires et celles représentant les personnes est venue officialiser les fondements de l’ambition. Elle compte à ce jour 17 associations signataires.

Elle a vocation à se décliner dans les prochains mois par un accord de méthode sur la transformation de l’accompagnement, qui traitera notamment, mais pas seulement, des communautés territoriales d’accompagnement.

Dans le futur, les communautés territoriales d’accompagnement pourront être encadrées par des dispositifs conventionnels simples : l’agilité, la capacité d’innovation et d’initiative devant rester les marqueurs premiers de ces « collectifs de mission ».

Les communautés territoriales d’accompagnement pourront faire l’objet à terme d’une convention d’objectifs partagée avec l’ARS, le Conseil départemental et la MDPH, afin de définir dans un cadre commun concerté, l’ambition que se donne chaque année la communauté, en fonction des ressources disponibles, pour mieux accompagner les habitants.

Les ARS, en lien avec les Départements, seront garantes de la qualité et de l’équité territoriale des réponses apportées aux personnes.

Fiche 2.3 : Le projet de vie

Le projet de vie est devenu la pierre angulaire de l'autodétermination de la personne en situation de handicap concernant son parcours de vie. Les diverses aides apportées et le plan d'accompagnement personnalisé qui les programment et les organisent doivent s'appuyer sur ce socle.

GÉNÉRALITÉS

Impulsé par la loi du 11 février 2005, loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le concept de projet de vie (inspiré du Life map anglo-saxon : littéralement « carte de vie », ce qui s'accorde parfaitement avec la notion de parcours) est devenu une pièce essentielle du virage inclusif et du changement de prisme de l'action médico-sociale.

Cette loi présente celui-ci comme une notion indispensable : le projet de vie y est en effet mentionné dans plus de 10 articles ! Elle précise notamment que :

« La personne en situation de handicap a la possibilité d'exprimer ses besoins, ses souhaits et ses attentes dans un projet de vie. C'est notamment sur cette base que s'appuiera la démarche d'évaluation de la situation et des besoins de la personne.

[...] Les besoins de compensation, sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou à défaut avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis.

[...] Le droit à la compensation vise à permettre à la personne handicapée de faire face aux conséquences de son handicap quelles que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. »

Le droit à la compensation comprend :

- L'accueil de la petite enfance ;
- La scolarité, l'enseignement et l'éducation ;
- L'insertion professionnelle ;
- Les aménagements du logement ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de la citoyenneté et de la capacité d'autonomie ;
- Le développement ou l'aménagement de l'offre de services pour vivre en milieu ordinaire ou adapté ;
- La prestation de compensation du handicap (aides humaines, aides techniques, aménagements du logement ou du véhicule, aides spécifiques ou ponctuelles, aides animalières). **Source CNSA.**

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a pour mission de garantir l'égalité de traitement et l'équité des réponses sur l'ensemble du territoire et pour toutes les situations de handicap. Elle vient en appui aux équipes des MDPH dans leurs pratiques professionnelles.

DÉFINITION

Au-delà d'un concept qui peut paraître abstrait et global, le projet de vie est constitué des diverses orientations intéressantes qu'une personne souhaite donner à sa vie. Il se présente sous la forme d'aspirations idéales, voire mythiques, de souhaits ou encore d'attentes plus pragmatiques et plus terre-à-terre qui peuvent concerner tous les domaines de la vie : par exemple, « je souhaite vivre avec quelqu'un, accéder à un logement indépendant ou pouvoir faire des courses tout seul, monter dans un avion, utiliser Internet, apprendre à lire ».

BON À SAVOIR

Il représente le moteur profond du parcours d'une personne dans les actes et interactions de sa vie. Le projet de vie n'est en rien spécifique à l'action médico-sociale, il est de plus en plus largement usité dans le langage courant.

Si le projet de vie a toutefois autant de difficulté à se mettre en place au sein de l'action médico-sociale, comme l'a souligné la Commission sénatoriale dans son rapport d'évaluation de l'application de la loi 2005-102, c'est que : « l'individualisation totale de la prestation de compensation et l'évaluation des besoins en fonction du projet de vie des personnes constituent une révolution pour les gestionnaires car elles supposent de sortir de la logique uniquement administrative et comptable qui préside encore trop souvent au calcul des droits des personnes concernées. »

La loi 2005-102 prévoit que « La Maison Départementale des Personnes Handicapées assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie » mais dans les faits c'est encore rarement le cas. Aussi, bien souvent, ce sont les professionnels des opérateurs qui proposent cette opportunité lorsqu'il existe naturellement une volonté institutionnelle.

MÉTHODOLOGIE

La plupart du temps, parce qu'il s'agit d'un concept récent et exotique, un projet de vie ne se présente pas de manière écrite ou spontanée car tout un chacun en possède un de manière implicite sans le dénommer ainsi. Cela signifie que l'acteur (coordinateur de parcours, assistant personnel, aidant, coach, etc.) qui va aider une personne à exprimer son projet de vie devra parfaitement maîtriser les techniques de consultation et d'interview afin de lui permettre de réaliser ce travail intérieur et très personnel.

Pour faciliter ce travail « d'accouchement », il est intéressant pour cet acteur de disposer d'une trame afin de balayer les divers domaines de la vie et de susciter le point de vue de la personne pour chacun de ces thèmes. Il est également important de reformuler, d'approfondir si nécessaire, afin d'amener la personne à établir des priorités, à faire état éventuellement d'expériences passées de façon à recueillir pour le futur, d'éventuelles informations facilitatrices.

Les qualités et compétences requises concernant l'interviewer portent sur la maîtrise des techniques d'interview et de consultation et sur de grandes capacités d'adaptation, d'écoute, d'empathie et de gestion d'échanges intimes. Bref, c'est un exercice pour lequel le feeling s'avère capital.

Si l'on ne peut solliciter un modèle unique en matière de recueil du projet de vie, nous pouvons aisément nous accorder sur le fait que notre vie se compose de diverses rubriques répertoriées. Le tableau ci-après propose une trame (extrait de J.-R. Loubat, *Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2017 ; voir également Martine Bechtold et Jean-René Loubat, « Il faut faire vivre le projet de vie ! », in ASH n° 2645, 5 février 2010).

Les questions figurant au sein de chaque rubrique sont données à titre d'exemple afin de relancer éventuellement l'entretien. L'interviewer doit doser l'écoute et le questionnement chaque fois qu'il sentira la nécessité de susciter ou d'approfondir.

Domaines de vie	Aspirations	Expériences déjà vécues dans ce domaine (éventuellement)
1. Mode de vie		
Logement	<p>Quel mode de logement envisagez-vous ?</p> <p>Par exemple, souhaitez-vous vivre en résidence collective, en appartement, individuel ou partagé, au sein d'une famille ? À la ville ou à la campagne ? Pensez-vous à d'autres modes de logement ?</p>	
Consommation	<p>Quels sont vos souhaits en matière de consommation ?</p> <p>Qu'aimez-vous particulièrement consommer ? Avez-vous connaissance de votre budget actuel ? Vous paraît-il suffisant pour couvrir vos attentes ?</p>	
Loisirs	<p>Est-ce important pour vous d'avoir des loisirs ?</p> <p>Quels loisirs souhaitez-vous ou souhaiteriez-vous pratiquer ?</p>	
Développement personnel	<p>Vos conditions de vie actuelles vous satisfont-elles ?</p> <p>Souhaitez-vous les améliorer et si oui dans quel domaine ?</p> <p>Êtes-vous satisfait de votre image personnelle ? Avez-vous suffisamment confiance en vous ? Avez-vous des aspirations philosophiques ou religieuses ?</p>	

Domaines de vie	Aspirations	Expériences déjà vécues dans ce domaine (éventuellement)
-----------------	-------------	--

2. Activités

Activité professionnelle	<p>Avez-vous des souhaits en matière d'activité professionnelle ?</p> <p>Par exemple, Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ? Si oui, vous convient-elle ? Comment voyez-vous votre évolution vis-à-vis du travail ? Que souhaiteriez-vous exercer comme profession ? En milieu ordinaire ou en milieu protégé ?</p>	
Formation ou scolarité	<p>Suivez-vous actuellement une scolarité ou une formation ?</p> <p>Si oui comment se passe-t-elle ? Comment voyez-vous votre scolarité ou votre formation pour l'avenir ? Avez-vous des souhaits en la matière ?</p>	
Activité bénévole	<p>Êtes-vous intéressé par une activité bénévole ?</p> <p>Savez-vous à quoi elle vous engage ? Si oui, dans quel domaine ?</p>	

3. Relations

Relations familiales	<p>Quels sont vos souhaits concernant vos relations familiales ?</p> <p>Par exemple, souhaitez-vous maintenir ou non vos liens avec votre famille, les développer ? Renouer avec un membre de votre famille ? Fonder une famille ?</p>	
Relations intimes	<p>Souhaitez-vous faire évoluer vos relations intimes et affectives ?</p> <p>Par exemple, faire des rencontres ? Établir une relation de couple durable ? Vivre avec quelqu'un ? Vous marier ?</p>	
Relations amicales	<p>Avez-vous des amis ?</p> <p>Souhaitez-vous vous faire des amis ? Est-ce quelque chose d'important pour vous ?</p>	
Relations publiques	<p>Souhaitez-vous élargir votre cercle de relations ?</p> <p>Quel genre de personnes souhaitez-vous connaître ? Dans quel domaine : le travail, les loisirs, la culture, etc. ?</p>	

Domaines de vie	Aspirations	Expériences déjà vécues dans ce domaine (éventuellement)
4. Santé		
État physiologique	Avez-vous des souhaits concernant votre état de santé ? Par exemple en matière de consultations, de suivi, d'examens ?	
Hygiène de vie	Avez-vous des souhaits concernant votre hygiène de vie ? Par exemple en matière d'alimentation, de sommeil, de soins corporels ?	
Bien-être	Vous sentez-vous bien dans votre peau actuellement ? Avez-vous envie d'améliorer votre bien-être ? Par exemple, d'abaisser certaines sources douloureuses ?	

À RETENIR

Que veut-on faire de sa vie ? Voilà la question que pose fondamentalement le projet de vie. Penser sa vie, c'est la projeter, c'est-à-dire tenter d'en maîtriser les ressorts, de l'orienter en tous cas vers des fins intéressantes au lieu de simplement la subir au jour le jour. Lorsque des problèmes de santé, des accidents de la vie, une situation de handicap, engendrent des difficultés et des limitations dans ses choix, le projet de vie devient une nécessité pour permettre à la personne de se réapproprier sa vie, son avenir, son autonomie et sa citoyenneté.

En posant comme préalable au plan de compensation la prise en compte du projet de vie de la personne en situation de handicap, le législateur a placé au centre du dispositif la citoyenneté de la personne.

Une formation dédiée à la construction du projet de vie :

En complémentarité des professionnels d'établissement pour une ouverture sur le monde ordinaire, une nouvelle formation est née :

Le diplôme universitaire « Assistant(e) aux projets et parcours de vie » (DU APPV) de l'École Universitaire de Management (IAE) Limoges, a pour objectif de former des « Assistant(e)s aux projets et parcours de vie » (APPV). Ce métier émerge, expérimenté par Nexem depuis 2016¹, est dédié à l'accompagnement des familles, des aidants et/ou des personnes en situation de handicap dans une logique inclusive et de renforcement du pouvoir d'agir.

Contenu de la formation :

- Changement de positionnement : mode parcours et mode projet
- Intégrer la démarche d'autodétermination
- Les systèmes de coopération
- Travailler en partenariat
- La société inclusive
- L'approche systémique dans les pratiques professionnelles
- Connaissances de base de droit commun et spécifique

Des témoignages de construction de projet de vie

L'objectif final de THINKCODE :

Créer le 1er centre de formation adaptée « Polyhandicap » en 2020 (une Académie)

Initiative : un service civique

Cette association participe également à une initiative « Cap sur l'engagement », en lien avec le Ministère de la Jeunesse et a créé un agrément pour un service civique dans sa structure. Jade, âgée d'un peu plus de 20 ans en a bénéficié après sa formation en BEP Administratif. Son gros problème a été d'envisager la poursuite de ses études, avec une rupture de parcours dès sa sortie de l'IME au regard de son âge (prise en charge jusqu'à 20 ans seulement). L'objectif du service civique pour un poste de Community Manager était de déceler un potentiel chez Jade avec une démarche RH incluant des objectifs professionnels classiques. Mission accomplie ! Son service civique terminé, elle réfléchit à intégrer l'Académie de Think Code.

EN SAVOIR PLUS

- Le métier d'APV : Assistante au Projet de Vie : <https://www.youtube.com/watch?v=dg63WTZiRFQ>
- La CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie) : <https://www.youtube.com/watch?v=NSaLMQFSAq8>
- "Exemple d'un projet de vie accompagné, coordonné et... réalisé", par Rachel Ricard in Optimiser les ressources des organisations de l'action sociale et medico-sociale, J.-R. Loubat, Dunod, 2020.

Auteurs de la conception de la fiche pédagogique :
Alliance C et M. Loubat

Fiche 2.4 : La réalisation d'un plan d'accompagnement personnalisé

La personnalisation des réponses apportées aux personnes en situation de handicap s'est progressivement affirmée avec la montée en puissance des divers mouvements pour les droits civiques (Independent Living Movement dès 1960 aux USA), des associations de consommateurs et des ONG internationales représentatives comme Independent Living Network, European Coalition for Community Living, Advocacy Europe, etc.). Cette personnalisation est donc à mettre en relation avec une évolution globale des mœurs dans les sociétés développées et libérales qui accorde plus de place aux manifestations et aux droits individuels, rejette le mode de vie collectiviste et se méfie de l'emprise des institutions sur les personnes.

DÉFINITION

Un plan d'accompagnement personnalisé est un plan d'action, prenant une forme documentaire, qui rend compte de la stratégie et des modalités choisies afin de répondre aux mieux aux attentes d'une personne ayant besoin de l'accompagnement de tiers. Il constitue un document de référence qui organise et programme les réponses pour les divers tiers intervenants comme pour la personne elle-même et ses aidants.

GÉNÉRALITÉS

- Durant longtemps, les institutions dites éducatives reposèrent largement sur une vie communautaire issue des pensions, internats, orphelinats, maisons de redressement et transposée dans les établissements d'action sociale et médico-sociale. L'appréciation de la personne se superposait alors à son intégration dans l'institution. Cette dernière était jugée « contenante, éducative ou thérapeutique » en soi, comme l'avait été auparavant l'hôpital psychiatrique conçu comme un village. Issue de l'univers psychiatrique, une réunion annuelle dite de « synthèse » abordait surtout la question des comportements des personnes et des attitudes à adopter. Des comptes rendus écrits de cette réunion constituaient la seule trace de personnalisation.
- En France, la réforme des Annexes XXIV de 1989, qui concernait des établissements pour enfants, mentionna la nécessité d'une individualisation de la prise en charge et d'y associer la famille dans son article 3 : « La famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation. »
- En 1992, Jean-René Loubat produisit un fascicule, demandé et diffusé par le CREAL Rhône-Alpes, intitulé « Le projet personnalisé » (in Bulletin d'information du CREAL Rhône-Alpes n°104) dans lequel il parle de « révolution galiléenne en développant que la personne accueillie ne doit plus s'adapter à l'institution mais que c'est à l'institution de s'adapter à elle. Cette dernière étant appelée à devenir un gestionnaire de sa vie. » Il jeta les bases d'un concept et d'une méthodologie de personnalisation des prestations de service délivrées, qui sera largement reprise par la suite.
- La loi 2002-2 réaffirma et généralisa cette intention « d'une prise en charge et d'un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion de la personne et respectant son consentement éclairé qui doit être systématiquement recherché »... sans toutefois mentionner explicitement (curieusement) la nécessité d'un écrit.
- En 2008, l'ANESM produisit une recommandation intitulée « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », largement inspiré par la méthodologie développée par J.-R. Loubat, et replaçant la personne bénéficiaire au cœur du dispositif d'accompagnement et du processus d'élaboration du projet personnalisé.

Il est important de noter que la personnalisation des accompagnements et des prestations proposés fut le fruit d'un long combat historique de la part des mouvements militants internationaux qui devaient défendre les droits et la citoyenneté des personnes en situation de handicap. « Porter un changement de prisme sociétal est un vrai combat » dicit Pascal Jacob, auteur de « Il n'y a pas de citoyens inutiles », Dunod, 2016.

Tel qu'il se définit aujourd'hui, le plan d'accompagnement personnalisé s'avère indissociable des notions d'autodétermination et d'empowerment. Il ne saurait constituer une compilation d'écrits d'experts mais un document (papier ou électronique) parfaitement accessible à la personne accompagnée, co-construit et co-évalué avec elle sur la base de son projet de vie et de ses besoins. Il détaille les modalités d'accompagnement, les prestations délivrées, les objectifs poursuivis, les acteurs concernés, les délais proposés, etc. Ce document essentiel est devenu une pièce maîtresse de l'accompagnement, à la fois boussole et organisateur de celui-ci.

BON À SAVOIR

La personnalisation des réponses se traduit par des dénominations variables quant au document support. Les textes ne sont pas harmonisés à ce sujet : il est tantôt question de projet personnalisé (comme dans la recommandation de feu l'ANESM, de projet individualisé d'accompagnement (PIA), de Plan d'intervention personnalisé (PIP), de plan d'accompagnement global (PAG), etc. Certains secteurs possèdent en outre leurs propres appellations, comme l'Éducation Nationale avec le Projet personnalisé de scolarisation (PPS)...

Les appellations ne sont pas indifférentes, l'individualisation renvoie à l'idée d'unité (individu/indivisible) tandis que la personnalisation exprime la singularité (un repas servi à l'assiette est un repas individualisé mais pas nécessairement un repas personnalisé, c'est-à-dire adapté aux goûts de chacun...). L'adjectif renvoie au sujet tandis que le participe passé renvoie au destinataire (le prêt personnalisé d'un banquier n'est pas un prêt personnel du banquier...). Quant au terme de projet, il exprime une intention tandis que celui de plan exprime une programmation.

La montée en précision des plans d'accompagnement est fortement reliée à la mise en place de coordinateurs de parcours qui disposent du temps et de la formation nécessaires à leur élaboration, leur négociation, leur suivi et leur évaluation.

MÉTHODOLOGIE

Le plan d'accompagnement personnalisé a pour vocation de tracer les modalités d'accompagnement, négociées et contractualisées avec la partie bénéficiaire, et d'en permettre le suivi, l'évaluation et les réajustements nécessaires ou souhaités.

À ce titre, même s'il n'existe pas de modèle unique, il doit comprendre des étapes méthodologiques incontournables propres à toute logique d'action et à toute relation de service :

- En premier lieu, il fait part des attentes de la personne telles qu'elle les a formulées ;
- Ensuite, il mentionne les réponses proposées par l'opérateur qui assure l'accompagnement de la personne ;
- Il rend compte des points d'accord et de désaccord de la personne bénéficiaire et des suggestions qu'elle peut fournir ;
- Il doit permettre de suivre les avancées du plan comme de ses éventuelles difficultés ;
- Il doit contenir des éléments d'évaluation contradictoire (co-évaluation) ;
- Enfin, il doit mentionner son impact sur le parcours de la personne et les évolutions envisagées.

Rajoutons que d'un point de vue gestionnaire, il devrait dans l'avenir permettre de chiffrer le coût de l'accompagnement pour telle ou telle personne.

Il existe diverses versions formelles d'un tel plan. Il apparaît pratique de procéder par des fiches utilisant la nomenclature SERAFIN-PH : chaque prestation SERAFIN faisant l'objet d'une fiche (si la personne accompagnée a besoin de cette prestation naturellement). D'une part, cela facilite la lecture du document et, d'autre part, oblige à être précis en évitant de mélanger les registres.

EXEMPLE DE FICHE-ACTION PAR PRESTATION SERAFIN-PH

Attentes de la partie bénéficiaire	
Attentes du bénéficiaire	
Attentes des parents (selon les cas)	
Priorités de la partie bénéficiaire	
Préconisations éventuelles des professionnels	
Correspondance en besoins SERAFIN-PH	
Réponses apportées par l'opérateur	
Réponses de l'opérateur	
Correspondance en prestations SERAFIN-PH	
Objectifs	
Moyens mobilisés	
Modalités de mise en œuvre	
Conditions à réunir (éventuellement)	
Conduites à tenir (éventuellement)	
Acteurs concernés	
Délais de mise en œuvre de la réponse	
Durée de validité de la réponse	
Indicateurs d'évaluation	
Négociation avec la partie bénéficiaire	
Accords	
Désaccords	
Solutions trouvées	
Suivi & Co-évaluation du plan d'accompagnement	
Chronologie de la mise en oeuvre	
Appréciation des effets par la partie bénéficiaire	
Évaluation des effets par les professionnels	
Évolutions du parcours du bénéficiaire	
Réajustements, choix, décisions, changements, etc.	

Quelques conseils peuvent s'avérer utiles quant à la rédaction et gestion de ces plans d'accompagnement personnalisés :

- Faire des phrases et éviter tout style télégraphique (qui comporte trop d'implicite) ;
- Transcrire les points de vue de la partie bénéficiaire tels quels et éviter toute interprétation ;
- Utiliser un style simple, éviter les phrases alambiquées, conceptuelles, abstraites pour être le plus accessible possible (voir utiliser le FALC ou parfois l'aide de pictogrammes) ;
- Utiliser une présentation visuelle permettant de relier facilement les attentes et les réponses afin d'améliorer la lisibilité ;
- Constituer et mettre à disposition un glossaire pour que les divers acteurs mettent les mêmes significations à des termes faussement clairs et bien appréhendés comme objectifs (généraux, spécifiques), moyens, conditions, modalités, prestations, évaluation, indicateurs, compétences, capacités, etc.

A RETENIR

La personnalisation constitue un processus culturel général valorisant l'individu dans sa singularité en lui proposant chaque fois que possible des réponses les plus adaptées à sa situation évolutive, à ses choix et ses attentes. Elle va de pair avec l'affirmation historique des droits de l'homme, du citoyen et du consommateur. Concernant l'action médico-sociale, elle s'inscrit également dans une logique de développement personnel et de promotion sociale. S'appuyant sur la motivation et la responsabilisation de la personne, elle s'avère plus efficace en mobilisant sa participation active, clé de la réussite de tout projet et de tout processus d'accompagnement.

L'intérêt des nomenclatures SERAFIN-PH:

La mission SERAFIN-PH (Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées) renvoie à une équipe de travail qui avait pour objectif, dans la foulée des rapports Vachey-Jeannet de 2012 et Piveteau de 2014, de proposer une réforme de la tarification afin de faciliter le parcours des personnes accueillies ou accompagnées par des structures. L'équipe SERAFIN-PH a mis à contribution un ensemble de partenaires représentatifs de l'action médico-sociale réunis en un Groupe Technique National (fédérations et associations, administrations et agences de l'État), ainsi qu'un comité scientifique.

Les travaux de l'équipe SERAFIN-PH et du GTN ont produit des « nomenclatures de besoins et de prestations » pouvant à la fois grandement faciliter le travail des acteurs et permettre enfin l'adoption d'un répertoire commun. Ces nomenclatures, validées en janvier 2016 par le secrétariat d'État concerné, s'appuient sur la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) et sont compatibles avec le GEVA (Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées). La nomenclature des besoins est découpée en trois champs : « Santé, Autonomie et Participation sociale ». La nomenclature des prestations est subdivisée en deux grands blocs : les prestations délivrées directement aux bénéficiaires en réponse aux besoins (où l'on retrouve les trois champs précités) et les prestations dites « indirectes » comme la logistique, la gestion, le management, etc. Les versions plus détaillées de ces nomenclatures sont disponibles sur le site de la CNSA.

Au dire même de cette dernière :

- « Les nomenclatures constituent un dictionnaire et non un référentiel tarifaire. Leur structuration permet de partir des besoins pour définir des prestations. Ainsi, les réponses aux besoins peuvent consister en une combinaison de prestations du secteur médico-social (présentes dans un ou plusieurs ESMS, voire en dehors de l'ESMS) et/ou de dispositifs de droit commun.
- Pour définir les besoins des personnes et préciser leur accompagnement, que ce soit dans le cadre de l'établissement d'un Plan d'Accompagnement Global (PAG), de projets individualisés d'accompagnement ou pour l'élaboration du plan personnalisé de compensation par les MDPH ;
- Pour cartographier l'offre médico-sociale sur un territoire ;
- Pour structurer la présentation de l'offre de service d'un établissement ou service dans le cadre de l'élaboration d'un projet d'établissement ou de service ou de contractualisation avec l'Agence Régionale de Santé – ARS (CPOM). »

La Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et la CNSA conduisent, depuis fin 2014, les travaux nécessaires à la réforme de la tarification des établissements et services qui accueillent et accompagnent les personnes handicapées en France. L'objectif du projet SERAFIN-PH (services et 4/15 établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées) est de proposer un nouveau dispositif d'allocation de ressources à ces établissements et services.

Focus Nomenclatures SERAFIN-PH

Les nomenclatures des besoins et des prestations contribuent à mieux décrire les besoins des personnes en situation de handicap et les réponses apportées par les établissements et services médico-sociaux. Elles permettent, par un langage commun à tous les acteurs, de personnaliser l'accompagnement dans un cadre partenarial et modulaire.

Ces nomenclatures visent deux objectifs distincts :

Elles sont utilisées dans le cadre des travaux relatifs à la connaissance des coûts (phase 1 du projet SERAFIN-PH) mais plus largement, dans la mise en œuvre de la politique du handicap et de la transformation de l'offre d'accompagnement, dans une visée descriptive :

- au niveau national, en étant incrémentées dans les principaux outils et systèmes d'information nationaux du secteur médico-social (répertoire opérationnel des ressources, tableau de bord de la performance, système d'information des MDPH) ;
- par des acteurs locaux qui s'en sont emparés pour divers objectifs.

Fin 2020, la CNSA a publié un guide sur les usages qualitatifs des nomenclatures des besoins et des prestations. Ce guide s'adresse à tous les utilisateurs potentiels des nomenclatures : professionnels médico-sociaux, professionnels et décideurs de la programmation et de la planification d'une offre d'accompagnement, personnes handicapées, associations...

Il promeut les bonnes pratiques d'utilisation des nomenclatures. Il propose notamment des fiches illustrant les usages possibles des nomenclatures.

Présentation synthétique de l'usage potentiel des nomenclatures SERAFIN-PH



EN SAVOIR PLUS

- CDAPH
- SERAFIN-PH Prestations détaillées.
- Lien vers le guide des bonnes pratiques sur les usages des nomenclatures d'octobre 2020 : https://www.cnsa.fr/documentation/guide_bonnes_pratiques_usages_nomenclatures_vf.pdf
- J.-R. Loubat, Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale, Dunod, 2017

*Auteurs de la conception de la fiche pédagogique :
Alliance C et M. Loubat*

Fiche 2.5 : La coordination de parcours

La coordination du parcours de personnes en situation de handicap assure la liaison cohérente entre leur projet de vie et leurs besoins et les réponses qui leur sont proposées par les divers acteurs du droit commun ou de secteurs spécialisés, que ceux-ci opèrent dans les champs de la santé, de l'autonomie ou de la participation sociale. Il constitue le nouveau paradigme de l'accompagnement au sein d'une logique inclusive.

BON A SAVOIR

“Historiquement, la structuration de la coordination a suivi le processus de diversification qui caractérise plus généralement l'action publique dans le domaine de la santé en France. En revanche, ce sont les représentants des droits des personnes en situation de handicap qui, aux côtés de professionnels militants, ont œuvré à promouvoir la problématique dans le champ du handicap”. *Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut, in Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et medico-social, Dunod, 2014.*

La coordination de parcours peut emprunter des noms différents : facilitateur de parcours, référent de parcours, assistant personnel de vie, gestionnaire de cas, etc. Sans être rigoureusement synonymes, ceux-ci sont issus d'une matrice commune (le Case management) et partagent largement une posture au service de la personne et une méthodologie d'action.

GÉNÉRALITÉS

- « La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de la vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. » CNSA, Prospective, Rapport « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité à un engagement partagé. »
- Le projet de vie est l'élément moteur du parcours de la personne en situation de handicap. Cela signifie que la parole et les choix de chacune des personnes accompagnées (et/ou de ses représentants légaux lorsqu'il s'agit de mineurs ou de personnes dans l'incapacité totale avérée d'exprimer des attentes) deviennent centraux.
- Jusqu'ici, chaque personne accueillie bénéficiait de l'offre globale que l'établissement ou le service médico-social vers lequel elle avait été orientée pouvait lui proposer en fonction d'un agrément. Le recours au droit commun n'était pas nécessairement privilégié. À présent et en accord avec l'ensemble du socle législatif le recours au droit commun est devenu la norme.
- La coordination de parcours entraîne une action sur un territoire donné au sein d'un réseau de partenaires à développer et non plus une action au sein d'un seul établissement ou service.
- La coordination s'appuie sur le projet de vie et les attentes de la personne bénéficiaire mais aussi sur les compétences et expériences de ce dernier ainsi que sur les diverses ressources de son écosystème.
- À partir de là, il élabore avec les partenaires concernés un plan d'accompagnement personnalisé (qui s'appelle aussi tour à tour projet personnalisé, projet individualisé d'accompagnement, etc.) et veille à sa mise en œuvre, son suivi et son évaluation avec la personne bénéficiaire. Il cherche des solutions alternatives chaque fois que nécessaire.

MÉTHODOLOGIE

La coordination de parcours comprend les étapes suivantes :

1. Accueil du bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none">Échanges sur la situation et le parcours de la personne bénéficiaire, informations et conseil éventuel aux démarches
2. Recueil des aspirations du bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none">Recueil et formalisation du projet de vie du bénéficiaire (ou de ses représentants légaux)
3. Évaluation de la situation du bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none">Recueil des attentes du bénéficiaire (ou de ses représentants légaux) et traduction en besoins SERAFIN-PHSollicitation de bilans de compétences du bénéficiaire + préconisations auprès de professionnels concernésÉtat des lieux des ressources de l'écosystème de la personne
4. Recherche de prestations réponses	<ul style="list-style-type: none">Traduction en prestations SERAFIN-PH (Recherche de ressources : dans le droit commun ou dans d'autres champs)Élaboration d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP)
5. Négociation du PAP avec la partie bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none">Accord, désaccord, solutions
6. Mise en oeuvre des prestations auprès du bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none">Prises de contact et suivi
7. Réajustement du parcours du bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none">Co-évaluation des prestations avec le bénéficiaire (et/ou ses représentants légaux)Retour sur le projet de vie et le parcours

Les compétences nécessaires à l'exercice de la coordination de parcours :

- Posséder de fortes qualités relationnelles et d'adaptation et maîtriser parfaitement les techniques d'entretien, de consultation et de négociation.
- Savoir gérer et développer un réseau de partenaires.
- Savoir élaborer, suivre et évaluer un projet et un plan d'action.
- Savoir s'auto-organiser et planifier ses diverses actions professionnelles.

À RETENIR

Le coordinateur de parcours représente une interface entre divers acteurs, un ajusteur entre des attentes et des réponses, un avocat au service des droits de la personne, un ambassadeur auprès de l'environnement, mais aussi un coach capable de soutenir et conseiller celle-ci. En somme, il est l'élément pivot de l'accompagnement et doit occuper une place centrale au sein des dispositifs et plateformes de service sur un territoire donné. Il suit un portefeuille d'environ 40 situations pour un temps plein (mais ce chiffre peut fortement diminuer pour des situations dites complexes).

Précisément c'est dans cet état d'esprit que Jean-René LOUBAT renvoie à la fonction de coach social qu'il appréhende comme suit :

« Le coaching social s'avère donc une forme d'action engagée auprès de la personne visant sa promotion et l'amélioration de sa participation sociale, amenant ses pratiquants à s'intéresser à de très nombreux domaines de la vie : la recherche de logement et d'emploi, mais aussi le conseil conjugal, l'hygiène de vie ou la médiation avec l'environnement. Ainsi, le champ du coaching ne cesse de s'étendre, parce qu'il répond aux besoins montants de conseil, mais aussi d'efficacité, de la part des individus et des organisations dans un environnement en rapide mutation et à la complexité croissante, où le potentiel personnel est de plus en plus sollicité. » Article de J.-R. Loubat in ASH n°2901, du 13 mars 2015, « Voici venu le temps des coachs sociaux »

Les perspectives de cette nouvelle fonction de coordination de parcours sont immenses et peuvent déboucher sur des statuts différents : salarié de bénéficiaires ou de parents eux-mêmes, intervenant libéral, auto-entrepreneur, membre d'une association, d'une société ou d'une coopérative. La question de son statut ainsi que de sa rémunération et de son balisage déontologique vont rapidement se poser, car jusqu'alors cette fonction s'est imposée récemment et largement de manière empirique au sein des opérateurs.

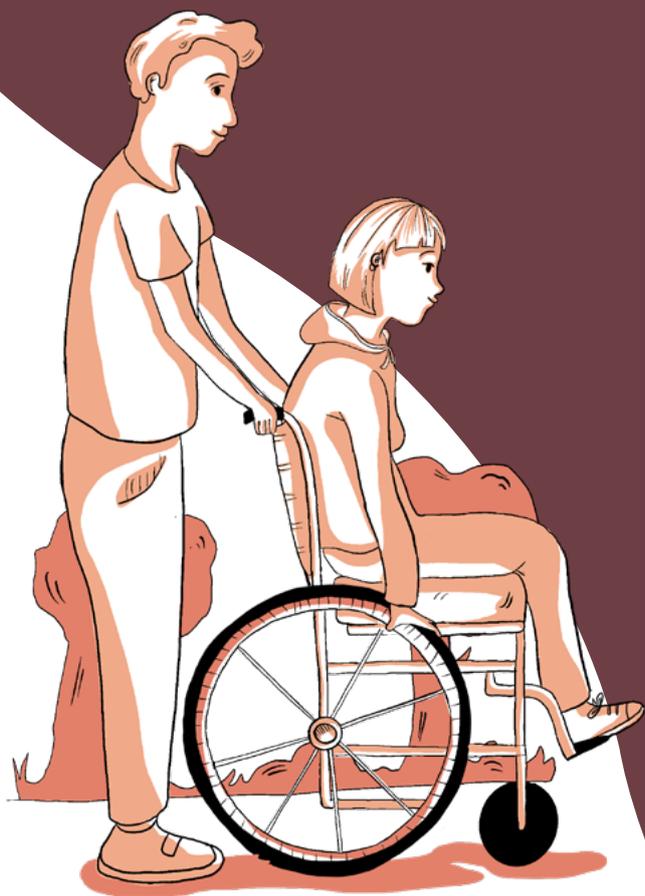
EN SAVOIR PLUS

- <https://youtu.be/lk9pwtSPtEc>
- Colloque Besoins- Parcours-Plateformes « *Logiques de parcours: le nouveau paradigme de l'action médico-sociale* »
- Plan Séraphin PH : Réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées :
<https://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/reforme-de-la-tarifification-des-etablissements-de-services-pour-personnes/article/serafin-ph>
- Synthèse des recommandations des bonnes pratiques professionnelles - HAS – ANESM - Mars 2018 :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/coordination_synthese_et_outils.pdf
- Vidéo : colloque « *Besoins, Parcours, Plateformes : Une réponse coordonnée pour tous* » le 20 mars 2018 à Amiens.
<https://nouvelleaquitaine.erhr.fr/videos-realisees-lors-du-colloque-besoins-parcours-plateformes-une-reponse-coordonnee-pour-tous-le-20-mars-2018-a-amiens>
- http://jeanreneloubat.fr/pdf/Archives_dernieres-reflexions/de-la-reference-a-la-coordination.pdf J.-R. Loubat, *Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale*, 2e éd., Dunod, 2017.
- Loi Santé du 26 janvier 2016 Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut : *Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, 2014

Auteurs de la conception de la fiche pédagogique :
Cabinet Kajuci

CHAPITRE 3 :

Développement de l'accessibilité universelle : comment la société s'adapte ?



Fiche 3.1 : Définition et évolution des politiques publiques

OBJECTIFS

- *Appréhender les politiques publiques et notamment celles propres au secteur du handicap*
- *Comprendre l'évolution et les enjeux*

MOTS-CLÉS

Lois du 30 juin 1975

ONU

Traité d'Amsterdam

Charte des Droits Fondamentaux

Loi du 2 janvier 2002

Loi du 11 février 2005

Circulaire du 2 mai 2017

« La solidarité est au fondement du système français de protection sociale : solidarité entre les générations pour le régime des retraites, solidarité nationale en direction des personnes défavorisées, solidarité de proximité à travers l'aide sociale départementale ou l'action sociale ». LÖCHEN Valérie, Comprendre les politiques sociales, DUNOD, p.7

Les publics concernés par l'ensemble des dispositifs de solidarité existants sont par conséquent nombreux et variés.

En France, le secteur dédié aux personnes en situation de handicap est l'un des plus importants en nombre de personnes concernées. En France, en 2019 « quelques 15 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnent plus de 158 000 enfants et 335 000 adultes en situation de handicap ». Source: **Secrétariat d'Etat auprès du Premier Ministre chargé des Personnes Handicapées.**

De grandes étapes structurantes et des réformes se sont succédées. Celles-ci étant notamment soutenues par les conventions internationales que la France a ratifiées.

Tour d'horizon des politiques publiques relatives au secteur des personnes en situation de handicap.

1- BRÈVE CHRONOLOGIE

Depuis les années 40 la solidarité est portée par l'action publique et elle se fonde sur le caractère légal, garantissant ainsi l'universalité de l'accès aux droits. Elle vient en relais de la charité, qui elle répondait, à des idéaux religieux ou politiques.

Les politiques spécialisées viennent répondre à un besoin particulier, une situation particulière, à laquelle la solidarité universelle ne répond pas. Leur action vise, au travers de l'aide apportée, à faire en sorte que les publics concernés puissent à terme à nouveau jouir du droit commun.

La politique publique propre au champ du handicap vise également cette ambition.

Le mouvement associatif dédié au handicap se structure dès les années 30.

En 1950 les premiers établissements de travail protégé débutent leur activité. Ils sont dédiés aux adultes en situation de handicap, jugés inadaptés pour une activité professionnelle ordinaire. Les foyers d'hébergement et d'accueil seront créés quelques années plus tard.

Le 30 juin 1975 sont votées deux lois très importantes pour le secteur : **la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées** et **la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales**. La première va définir le handicap pour la première fois et rassembler ainsi toutes ses formes sous une même dénomination (surdité, mutité, d ficiency intellectuelle, handicap moteur, etc.). Elle va également reconnaître des droits aux personnes handicap es et solliciter une logique d'intégration nationale. La seconde loi promulgu e le 30 juin 1975 viendra quant à elle « structurer » le secteur médico-social dans son entier.

Dès lors de nombreuses places en établissements médico-sociaux seront cr ees.

2- UNE APPROCHE PAR LES DROITS

A l'échelle supranationale :

L'article 19 de la Convention des Nations Unies « relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole facultatif » mentionne très explicitement que « Les États Parties à la présente Convention reconnaissent à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit ainsi que leur pleine intégration et participation à la société (...). » La France a ratifié ladite convention en 2010.

Au niveau européen, la politique s'oriente « vers le refus de toutes les discriminations (...) initié, en 1997, par le traité d'Amsterdam qui contient une clause explicite de non-discrimination en raison des handicaps.» Vie Publique. Politiques du handicap en Europe <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/handicap-europe>

Celle-ci a été complétée de la Charte des Droits Fondamentaux. Elle mentionne en son article 26 : « L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté ». **Charte des Droits fondamentaux de l'Union Européenne, 18/12/2000.**

Plus récemment, en 2010, l'Europe a construit sa stratégie relative aux personnes en situation de handicap dont l'objectif général est de mettre les personnes « *en mesure d'exercer l'ensemble de leurs droits et de tirer pleinement parti de leur participation à la société* » par la mise en place de différentes mesures. Commission Européenne, Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées : un engagement renouvelé pour une Europe sans entraves, Bruxelles, 15/11/2010, p.4

A l'échelle nationale :

Une évolution des politiques au début des années 2000 s'est traduite par l'adoption de textes faisant apparaître une plus grande promotion des droits et libertés individuels des personnes accueillies.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, réforme l'ensemble du secteur social et médico-social en introduisant notamment, dans sa seconde section, un volet entièrement dédié aux droits des usagers. Aussi est-il question de proposer un accompagnement de qualité, personnalisé en favorisant le développement et l'autonomie de chaque personne, en veillant à respecter leur consentement.

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. Ce texte, propre au champ du handicap, mentionne un grand nombre de droits et d'obligations pour la société dans son ensemble en vue de garantir une meilleure inclusion sociale et participation des personnes via, notamment, le droit à compensation. Il y est question d'inclusion scolaire des enfants, de la création d'un guichet unique relatif aux droits des personnes handicapées (Maison Départementale des Personnes Handicapées, MDPH), d'accessibilité des bâtiments. Autant de mesures permettant une société accessible à toutes et à tous.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et plus particulièrement dans son article 89, où il est rappelé le droit à compensation pour toute personne en situation de handicap mais aussi la nécessité de trouver ou de construire des réponses individualisées et concrètes pour chaque personne à travers notamment la création d'un Plan d'Accompagnement Global (PAG). L'objectif est de prévenir tout risque de rupture de prise en charge. Ces dispositions participent à la mise en oeuvre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », préconisée par le rapport Piveteau.

A présent opère la « transformation de l'offre d'accompagnement » explicitée notamment par la circulaire N° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2017/150 du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées. Celle-ci vise à sécuriser les parcours quel que soit le lieu de vie choisi et surtout « à garantir à chaque personne **un accompagnement souple, modulaire et construit au regard de ses attentes**, en développant son accès effectif aux apprentissages, à la formation et l'emploi, à la santé, au logement, et à toutes activités favorisant sa pleine participation à la vie sociale. »

L'inclusion renvoie précisément à cette notion car il s'agit d'un mouvement permettant la participation de chacun sans entrave. Cela induit le recours en premier lieu au droit commun et ce, quelle que soit la situation de la personne et ses caractéristiques.

3- UNE APPROCHE PAR THÉMATIQUE

Lors du Comité interministériel du handicap le 20 septembre 2017 le Gouvernement s'est engagé en faveur d'une société plus inclusive. Cela s'est traduit par différentes actions :

Depuis 2020 :

Bilan des engagements 2019/2020 - Comité Interministériel du Handicap 2020 (CIH)

<https://handicap.gouv.fr/le-secretariat-d-etat/acteurs/comite-interministeriel-du-handicap-cih/la-conference-nationale-du-handicap/article/les-propositions-de-la-cnh-le-11-fevrier-2020>

Les propositions de la CNH - le 11 février 2020

<https://handicap.gouv.fr/presse/dossiers-de-presse/article/comite-interministeriel-du-handicap-2020>

Emploi :

Historiquement, en France il est fait mention de « travailleurs handicapés » pour la première fois dans la loi n°57-1223 du 23 novembre 1957. Apparaît dans ce texte et pour la première fois, un quota d'emploi de personnes « infirmes » ou « mutilées ». Cependant, faute de contrôles il ne sera pas appliqué.

La structuration viendra plus tardivement avec la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Celle-ci va créer et instaurer les Commissions permettant la reconnaissance du handicap et l'octroi de prestations y étant rattachées. La loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés viendra réaffirmer un taux d'emploi de travailleurs handicapés par entreprise avec une obligation de moyens et de mise en œuvre concrète.

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 va venir étendre cette obligation au secteur public et l'octroi de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) se fera désormais par la Commission Des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) dans chaque Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

A présent il a été réaffirmé la volonté du Gouvernement, via la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, de « faciliter l'accès à l'emploi pour les personnes en situation de handicap, en renforçant les obligations d'emploi direct des employeurs soumis à l'OETH, en facilitant le recours au télétravail lorsque la demande émane d'un travailleur handicapé ou d'un proche aidant ou encore en renforçant le cadre d'intervention des entreprises adaptées. » Site du Ministère du Travail :

<https://travail-emploi.gouv.fr/demarches-ressources-documentaires/documentation-et-publications-officielles/textes-et-circulaires/lois/article/loi-avenir-professionnel>

Scolarisation :

Depuis la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et celle du 1^{er} février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, de nombreuses mesures ont été prises pour améliorer la scolarisation des enfants en situation de handicap et renforcer les mesures de scolarisation à l'école ordinaire. L'objectif de l'école inclusive est d'assurer une scolarité de qualité pour tous les élèves par la prise en compte de leurs singularités et de leurs besoins éducatifs particuliers.

Des mesures importantes ont ainsi été déployées au service des parcours de scolarisation des enfants en situation de handicap :

- la diversification des dispositifs de scolarisation adaptée :
 - ◊ en milieu ordinaire à l'école avec par exemple la multiplication des Unités Localisées d'Inclusion Scolaire (ULIS) et des unités d'enseignement externalisé
 - ◊ au sein des établissements et services médico-sociaux avec le renforcement des unités d'enseignement et l'augmentation de places en services pour accompagner la scolarisation en milieu ordinaire
- la reconnaissance apportée au métier d'accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH) ;
- les efforts portés sur la formation des acteurs (enseignants, personnels de l'éducation, formations croisées avec les acteurs du médico-social) ;
- le renforcement de la coopération entre l'Éducation Nationale et les acteurs du médico-social.

La loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance conforte les mesures en faveur de l'école inclusive avec la création du service public de l'école inclusive.

« Réussir l'école inclusive » est le premier engagement de la conférence nationale du handicap du 11 février 2020 « car c'est l'enfant d'aujourd'hui qui sera citoyen dans la société inclusive de demain » (dossier de presse).



Accès aux loisirs, aux sports et à la culture :

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 s'adresse à toutes les personnes en situation de handicap, qu'elles soient accueillies en établissement médico-social ou non. Pour permettre l'exercice de cette pleine citoyenneté deux leviers ont été créés : le droit à compensation et l'accessibilité universelle.

Cependant il n'a pas été fait mention explicitement de l'accès à la vie sociale. Ceci a notamment pour conséquence « de constater que l'intérêt ou le bien-fondé de l'accès à la culture peut être perçu comme mineur et, de ce fait, négligé. »
- Rapport d'information «Culture et handicap : une exigence démocratique », déposé au Sénat le 19 juillet 2017 http://www.senat.fr/rap/r16-648/r16-648_mono.html

Un rapport d'information «Culture et handicap : une exigence démocratique », déposé au Sénat le 19 juillet 2017 http://www.senat.fr/rap/r16-648/r16-648_mono.html, dresse une liste de 12 propositions permettant de renforcer cet accès à la culture.

S'agissant du sport, la participation des personnes en situation de handicap reste à développer. Bien que la pratique du sport adapté, de l'handisport soit reconnue il n'en demeure pas moins un cloisonnement dans la pratique sportive entre personnes valides et non-valides.

En 2019 le Ministère des Sports a lancé le «Handiguide des sports» qui recense l'offre sportive adaptée près de chez soi. Le site (<https://www.handiguide.sports.gouv.fr/>) propose plusieurs fonctionnalités :

- Un système de géolocalisation
- Des trajets d'accès aux structures sportives
- Un espace de partage d'expériences
- Une animation de communautés autour du parasport

Par ailleurs, le label « Valides-Handicapés » tend notamment à promouvoir des pratiques « mixtes » en Nouvelle Aquitaine :

<https://www.sport-handicap-n-aquitaine.org/pages/label-valides-handicapes>

Charte CSA :

<https://www.csa.fr/Informer/Toutes-les-actualites/Actualites/Signature-d-une-charte-relative-a-la-representation-des-personnes-handicapees-et-du-handicap-dans-les-medias-audiovisuels>

Accès aux soins :

La politique du handicap a la double ambition de promouvoir une bascule rapide de l'offre d'accompagnement au profit de l'accompagnement sur le lieu de vie des personnes, en milieu ordinaire, et de faire évoluer les pratiques d'accompagnement des personnes handicapées pour une société réellement plus inclusive. Cela concerne l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire et la promotion de l'adaptation des pratiques de tous les professionnels qui concourent au projet de vie des personnes en situation de handicap, dont les professionnels de santé.

Pour les soins de santé généraux, les personnes en situation de handicap ont des besoins spécifiques par rapport à la population générale. Ce constat est lié au cumul de besoins de santé non spécifiques au handicap et de problèmes somatiques, psychiques et cognitifs spécifiques accrus pour les personnes en situation de handicap :

Les difficultés pour les personnes handicapées d'identifier leurs douleurs et/ou de l'exprimer peuvent induire d'importants troubles du comportement et des ruptures de parcours.

L'accompagnement d'une personne handicapée nécessite une prise en charge coordonnée compte tenu de multiples intervenant du parcours du fait du handicap.

En dépit de ces besoins accrus, les personnes en situation de handicap font l'expérience de nombreux obstacles pour accéder aux soins :

- les problèmes somatiques sont sous-diagnostiqués,
- le recours à certaines spécialités médicales est plus faible, comme c'est le cas des consultations chez le gynécologue ou des consultations bucco-dentaires.

Les obstacles à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap sont à la fois liés aux facteurs propres à la personne (mobilité et capacités de communication réduites, déficience mentale, crainte des soins, raisons financières) et à la fois aux facteurs environnementaux (accessibilité des locaux et des équipements, manque de formation au handicap des professionnels de santé). La stigmatisation du handicap constitue également un obstacle à l'accès aux soins.

Ces restrictions d'accès aux soins ont des conséquences importantes sur la qualité de vie quotidienne des personnes et peuvent être responsables de rupture de parcours et d'une dégradation physique et psychique considérable, dont des risques accrus en matière de santé sexuelle et reproductive par exemple. Il résulte ainsi de ces limitations de l'accès aux soins une proportion élevée d'hospitalisations ou d'autres prises en charge en urgence, de même que des décès évitables.

Les objectifs de la politique d'accès aux soins sont donc de :

- Sensibiliser les professionnels en formation aux évolutions récentes des politiques publiques en faveur du handicap et aux adaptations qu'elles supposent de leurs pratiques professionnelles de manière individuelle ou collective ;
- Renforcer l'éducation à la santé de façon adaptée aux besoins des personnes handicapées ;
- Repérer de façon précoce des pathologies somatiques y compris bucco-dentaire ;
- Renforcer la prise en compte de la douleur ;
- Susciter un accompagnement coordonné de qualité, sécurisé et sans rupture en développant des pratiques plus intégrées, vers plus de coordination notamment avec les professionnels du secteur médico-social pour des parcours mieux accompagnés dans le respect et au bénéfice des personnes ;
- Susciter une plus grande prise en compte de l'expertise d'usage dans la formation des professionnels ;
- Réduire le nombre d'hospitalisations évitables, dont les hospitalisations urgentes ;
- Réduire le risque de mortalité précoce des personnes en situation de handicap.

Différentes mesures participent de cette démarche d'accès aux soins :

- L'ouverture de l'hospitalisation à domicile (HAD) aux structures médico-sociales,
- La mise en place de « consultations longues » rémunérées spécifiquement,
- L'incitation à la prévention,
- L'encouragement de dispositifs expérimentaux financés spécifiquement et visant à identifier de nouvelles modalités d'organisation de parcours de soins.

Elles procèdent de différents rapports et initiatives, parmi lesquels :

- Le rapport de Philippe JACOB « Un droit citoyen pour la personne handicapée, Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement » en avril 2013.
- Le rapport relatif à l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité élaboré à la demande du Gouvernement par Marianne CORNU-PAUCHET et Philippe DENORMANDIE,
- Le rapport de Philippe Denormandie chargé par le gouvernement d'approfondir sa proposition visant à la création et à la définition d'un « panier de soins » des ESMS pour améliorer l'accès aux « soins courants » des personnes handicapées accompagnées par une structure médico-sociale.

Le rapport remis le 2 décembre 2019 propose une modalité de financement alternative, plus cohérente avec le parcours de vie inclusif des personnes en situation de handicap et permettant de clarifier ce qui relève de l'établissement médico-social (ONDAM médico-social) et ce qui relève du financement de droit commun (ONDAM de ville).

Cette proposition participe enfin à recentrer l'établissement médico-social sur son cœur de métier en termes d'accompagnement des personnes dans leur parcours de santé.

Les différents travaux et études réalisés ces dernières années mettent en avant les difficultés d'accès et de continuité des soins pour les personnes en situation de handicap :

- Pour des raisons financières,
- Pour des raisons tenant à la complexité d'accès à une couverture santé, à l'offre de soins, aux pratiques professionnelles, à l'appréhension des soins par les personnes ou leur entourage, etc.

Ces différents obstacles peuvent induire un renoncement aux soins, des retards et des besoins de soins alourdis du fait d'un état de santé altéré.

Néanmoins, les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de handicap sont difficiles à appréhender. Les données médicales et économiques sur l'accès aux soins et l'état de santé de ces personnes sont peu nombreuses et peu disponibles.

Plusieurs propositions sont formulées pour améliorer l'accès aux soins et répondre aux objectifs suivants :

- Assurer une fluidité et une accessibilité du parcours de santé
- Renforcer la prévention, l'« aller vers »
- Réaffirmer la responsabilité des ESMS dans la prévention et la coordination des soins
- Favoriser au maximum le droit commun et le libre choix
- Une expérimentation est programmée.

Initiatives :

- Carnet de santé informatisé :
<https://compilio.sante-ra.fr/>
- Handident : pour faciliter l'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes en situation de handicap :
<https://www.handident-alsace.com/reseau-handident>
- Santé BD : outil imagé permettant de préparer un RDV médical :
<https://santebd.org/>

Habitat inclusif :

Face à la demande toujours plus grande de personnes souhaitant continuer à vivre au sein de leur domicile malgré l'âge ou le handicap et au regard d'expérimentations telles qu' « Un chez soi d'abord », il a été adopté, lors du Comité Interministériel du Handicap du 2 décembre 2016, une démarche nationale pour le développement de l'habitat inclusif.

Cette démarche comporte 12 propositions concrètes, qui s'articulent autour de 3 grands axes :

- Impulser une démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- Sécuriser économiquement les modèles d'habitat inclusif ;
- Lever les obstacles juridiques au montage de projets d'habitat inclusif.

« La loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (loi ELAN) du 23 novembre 2018, permet ensuite de donner un véritable cadre juridique à l'habitat inclusif. Elle définit l'habitat inclusif, assure la création d'un forfait pour financer le projet de vie sociale et partagée et étend les compétences de la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie à l'habitat inclusif pour personnes âgées et personnes handicapées.

L'instruction interministérielle du 04 juillet 2019 précise les modalités de mise en œuvre du forfait pour l'habitat inclusif prévu par le décret n° 2019-629 du 24 juin 2019.

EN SAVOIR PLUS

- LÖCHEN Valérie, Comprendre les politiques sociales, 5ème édition DUNOD, février 2016
- JAEGER Marcel (ouvr.coord.), Diriger un établissement ou en service en action sociale et médico-social, DUNOD, mars 2013
- CNSA, Le secteur médico-social : comprendre pour mieux agir :
<https://www.cnsa.fr/documentation/guide-secteur-ms-web.pdf>

*Auteurs de la conception de la fiche pédagogique :
Cabinet Kajuci*

Fiche 3.2 : Accessibilité à l'emploi

OBJECTIF

- *Appréhender la question de l'accessibilité à l'emploi*

GLOSSAIRE

RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)

MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

OETH (Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés) ESAT ou EA (secteur protégé)

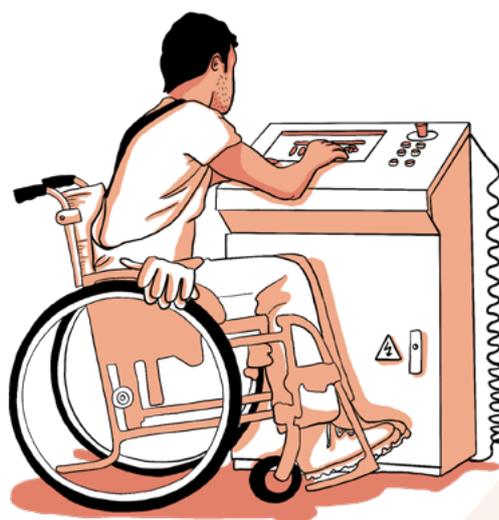
AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle de Personnes Handicapées)

1- LE DISPOSITIF D'EMPLOI ACCOMPAGNÉ

Le dispositif d'emploi accompagné a été créé par la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Il complète les dispositifs existants, que ce soit sur le volet accès à l'emploi ou sur le volet maintien dans l'emploi. Il s'adresse aux travailleurs handicapés nécessitant un accompagnement médico-social qui ne trouvent pas dans l'offre existante, une réponse adaptée à leur problématique.

Il permet l'accompagnement vers et dans l'emploi ordinaire des travailleurs reconnus handicapés au moyen d'un dispositif qui combine un accompagnement médico-social et un accompagnement à visée d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. L'objectif est de permettre un soutien, tant des personnes handicapées que de leurs employeurs, souple et adapté à leurs besoins. Ce soutien existe tout au long du parcours professionnel et les travailleurs handicapés y sont orientés sur prescription de la CDAPH en complément de la décision d'orientation en milieu ordinaire de travail. Depuis 2020, cet accompagnement par un dispositif d'emploi accompagné peut également être prescrit directement par le service public de l'emploi (SPE).

Il permet et garantit aux personnes handicapées l'accès et le maintien dans l'emploi par la sécurisation et la fluidification de leur parcours professionnel en milieu ordinaire de travail. Cet accompagnement sur le long terme concerne également l'employeur. Le dispositif d'emploi accompagné intervient ainsi pour l'évaluation de la situation du travailleur handicapé, la détermination du projet professionnel et l'aide à sa réalisation, l'assistance du bénéficiaire dans sa recherche d'emploi, l'accompagnement dans l'emploi en fonction des besoins et des évolutions du projet de vie de la personne et, le cas échéant de son handicap.



Fiche 3.3 : Accessibilité à l'éducation

OBJECTIFS

- *Connaître les objectifs et les dispositifs de l'école inclusive*
- *Connaître le projet personnalisé de scolarisation*
- *Connaître les modalités de coopération entre les professionnels de l'éducation et les acteurs du médico-social*

MOTS-CLÉS

École inclusive

Service public de l'école inclusive

Dispositifs de scolarisation

Projet personnalisé de scolarisation

GLOSSAIRE

UE (Unité d'Enseignement)

UEE (Unité d'Enseignement Externalisée)

ULIS (Unité Localisée d'Inclusion Scolaire)

LPI (Livret de Parcours Inclusif)

PIAL (Les Pôles Inclusifs d'Accompagnement Localisés)

AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap)

PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)

ESS (Equipe de Suivi de la Scolarisation)

CAPPEI (Certificat d'Aptitude Professionnelle aux Pratiques de l'Education Inclusive)

CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées)

1- LE CADRE JURIDIQUE

LE DROIT À L'ÉDUCATION

Le droit à l'éducation pour tous les enfants, quel que soit leur handicap, est un droit fondamental :

- **Article 24 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (2006)**

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

- **Article L112-1 du Code de l'éducation**

« Pour satisfaire aux obligations qui lui incombent en application des articles L. 111-1 et L. 111-2, le service public de l'éducation assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant. Dans ses domaines de compétence, l'Etat met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes en situation de handicap. »

- **La loi de refondation de l'école du 8 juillet 2013** a posé les fondements de l'école inclusive et indique que le système s'adapte aux besoins de tous les élèves, et non l'inverse :

- **Article L 111-1 du Code de l'éducation**

« L'éducation est la première priorité nationale. Le service public de l'éducation est conçu et organisé en fonction des élèves et des étudiants. Il contribue à l'égalité des chances et à lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de réussite scolaire et éducative. Il reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à la scolarisation inclusive de tous les enfants, sans aucune distinction. (...)».

LE PROJET PERSONNALISÉ DE SCOLARISATION DE L'ÉLÈVE EN SITUATION DE HANDICAP

A partir des besoins identifiés et des souhaits exprimés par l'élève, l'équipe pluridisciplinaire de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) élabore le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) de l'élève en situation de handicap. Le PPS assure la cohérence d'ensemble du parcours scolaire de l'élève en situation de handicap. C'est sur la base de ce projet que la CDAPH prend les décisions utiles :

- Le recours à une aide humaine individuelle ou mutualisée (AESH) ;
- Le recours à des accompagnements, par exemple médico-sociaux au sein d'un établissement ou par un service ;
- Le recours à un matériel pédagogique adapté (ordinateur, logiciel, etc.) ;
- Les aménagements pédagogiques à prévoir par l'enseignant.

La mise en œuvre du PPS est évaluée au moins une fois par an par l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS) qui réunit l'ensemble des professionnels qui y concourent (l'élève et sa famille, l'enseignant, les professionnels du médico-social et de santé).

Afin d'accélérer la mise en place des aménagements et d'améliorer les échanges d'informations entre les acteurs autour du PPS, un outil est en cours de déploiement à partir de la rentrée 2021 : le livret de parcours inclusif.

EN SAVOIR PLUS

- Page du site de la CNSA consacrée au livret de parcours inclusif :
<https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/programme-si-commun-mdph/le-livret-parcours-inclusif>

UN CADRE EN FAVEUR DE L'ÉCOLE INCLUSIVE RENFORCÉ ET LA CRÉATION DU SERVICE PUBLIC DE L'ÉCOLE INCLUSIVE

Suite à la concertation «Ensemble pour une École Inclusive» lancée en octobre 2018, la loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance renforce les mesures en faveur de l'école inclusive. Elle prévoit que dans chaque académie et dans chaque département sera institué un service public de l'École inclusive. Ce service a pour attribution l'organisation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique de scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers, dont les élèves en situation de handicap.

EN SAVOIR PLUS

- Page d'Eduscol consacrée au service public de l'école inclusive : <https://eduscol.education.fr/1144/le-service-public-de-l-ecole-inclusive>

2- LES CONSTATS

UNE AUGMENTATION CONSTANTE DU NOMBRE D'ÉLÈVES EN SITUATION DE HANDICAP AU SEIN DE L'ÉCOLE ORDINAIRE

À la rentrée 2018, 408 000 élèves en situation de handicap sont scolarisés :

- 83 % d'entre eux le sont en milieu ordinaire, soit environ 338 000 élèves ;
- 17 % dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux, soit environ 70 000 élèves¹.

Le nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire augmente chaque année de manière très importante comme en attestent les données de l'Education Nationale de 2019 ci-dessous :



Des besoins non couverts en matière de scolarisation des élèves en situations de handicap

Si le nombre d'enfants en situation de handicap bénéficiant d'une scolarisation à l'école ordinaire ou en milieu spécialisé augmente chaque année, il reste encore des besoins non couverts. Par exemple, la circulaire interministérielle du 2 juillet 2020 relative au cahier des charges d'unité d'enseignement pour les élèves polyhandicapés s'appuie sur le faible nombre d'enfants polyhandicapés scolarisés pour encourager le développement de dispositif de scolarisation adapté.

Pour en savoir plus :

- Circulaire interministérielle du 2 juillet 2020 relative au cahier des charges d'unité d'enseignement pour les élèves polyhandicapés : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45054>

Une mobilisation sans précédent pour renforcer les mesures en faveur de l'école inclusive

Suite à la loi pour une école de la confiance de 2019, la Conférence nationale du handicap du 11 février 2020 fait de la réussite de l'école inclusive le premier engagement. Le Président de la République s'est engagé à renforcer le service public de l'école inclusive en garantissant à chaque enfant en situation de handicap, l'accès à une scolarisation adaptée à ses besoins éducatifs. Il est prévu un renforcement important des moyens et des dispositifs existants comme par exemple :

- En matière de formation des enseignants : renforcement de la formation initiale et continue, valorisation de la plateforme Cap école inclusive
- Vis-à-vis des accompagnants d'élève en situation de handicap : amélioration des conditions d'emploi
- En matière de coopération entre les professionnels de l'éducation et les acteurs médico-sociaux : transformation de l'offre médico-sociale, généralisation des équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation des élèves en situation de handicap, etc...

EN SAVOIR PLUS

Dossier de presse de la CNH 2020 :

- https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_cnh_2020.pdf
- Cap école inclusive : <https://www.reseau-canope.fr/cap-ecole-inclusive>

3- LES DISPOSITIFS

LES DIFFÉRENTES FORMES DE SCOLARISATION

Un élève en situation de handicap peut être scolarisé :

- Individuellement dans une école, un collège ou un lycée, sans ou avec l'aide d'un accompagnant d'élève en situation de handicap (AESH) ou d'un service médico-social (SESSAD, SSEFS, S3AS).

Focus – accompagnant d'élève en situation de handicap (AESH)

Les AESH sont des agents contractuels de l'État recrutés par contrat de droit public par l'Education Nationale.

Ils ont pour mission de favoriser l'autonomie de l'élève en situation de handicap, qu'ils interviennent au titre de l'aide humaine individuelle, de l'aide humaine mutualisée ou de l'accompagnement collectif. Ainsi, sous le contrôle des enseignants, et sans se substituer à l'élève, ils ont vocation à accompagner des élèves dans les actes de la vie quotidienne, l'accès aux activités d'apprentissage, les activités de la vie sociale et relationnelle.

À la rentrée 2019, 66 589 ETP d'AESH accompagnent au quotidien des élèves en situation de handicap.

POUR EN SAVOIR PLUS :

https://www.education.gouv.fr/devenir-accompagnant-des-eleves-en-situation-de-handicap-12188?gclid=Cj0KCQiA34OBBhCcARIsAG32uvP2T97V7CiupFupNyC_3SkkIZidYZkvB7IXLthH3I8MBNaV3b0Da-4aAtj3EALw_wcB&gclid=aw.ds

Collectivement dans un dispositif de l'Education Nationale :

- Une Unité Localisée d'Inclusion Scolaire (ULIS) située dans une école, un collège ou un lycée. Les élèves sont inscrits dans une classe de référence en fonction de leur âge dans laquelle ils suivent certains apprentissages. Ils bénéficient de temps de regroupement dans la classe de l'ULIS (10 à 12 élèves maximum) où intervient un enseignant spécialisé en collaboration avec un AESH en dispositif collectif (AESH-co) ;
- Une SEGPA ou une EREA sont également des dispositifs d'enseignement adaptés collectifs qui accueillent les élèves en situation de handicap.

Collectivement l'unité d'enseignement d'un établissement médico-social permet aux élèves de bénéficier d'un accompagnement médico-social en plus de temps de scolarisation. L'enseignement y est assuré par des personnels qualifiés relevant du Ministère chargé de l'Education. Plusieurs modalités sont possibles : l'unité d'enseignement est organisée en interne aux EMS (unité d'enseignement interne), au sein des établissements scolaires (unité d'enseignement externalisée) ou les deux. Cette scolarisation comporte des temps d'inclusion. Elle peut également se dérouler à temps partagé (entre UE et milieu ordinaire).

Des formes spécifiques de scolarisation ont été instituées pour les enfants présentant des TSA (unité d'enseignement maternel autisme, unité d'enseignement élémentaire autisme, dispositif d'auto-régulation) : cf kit pédagogique autisme.

EN SAVOIR PLUS

- Les dispositifs relatifs à l'Enseignement Supérieur :
<https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid24670/www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid24670/www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid24670/etudiants-handicapes.html>
- Dossier de l'ONISEP études supérieures et handicap :
<https://www.onisep.fr/Formation-et-handicap/Les-parcours-de-scolarite/Niveau-d-etudes/Etudes-superieures-et-handicap>

LES NOUVEAUX DISPOSITIFS EN FAVEUR DE L'ÉCOLE INCLUSIVE

Le pôle inclusif d'accompagnement localisé (PIAL)

Le PIAL est défini comme une organisation collective de la gestion des besoins d'accompagnement des élèves en situation de handicap dans un territoire défini. Les trois grands objectifs du PIAL sont :

- Un accompagnement défini au plus près des besoins de chaque élève en situation de handicap ;
- Plus de réactivité et plus de flexibilité dans l'organisation de l'accompagnement humain dans les établissements scolaires et les écoles ;
- Une professionnalisation des accompagnants et une amélioration de leurs conditions de travail ;

Le PIAL peut s'organiser selon trois modalités :

- Le PIAL à l'échelle du premier degré ;
- Le PIAL à l'échelle du second degré ;
- Le PIAL inter-degré.

Le PIAL peut être renforcé par une collaboration avec des acteurs du médico-social intervenant sur le territoire.

EN SAVOIR PLUS

- VAEMECUM PIAL – Rentrée 2019 :
https://cache.media.education.gouv.fr/file/23/38/1/ensel816_annexe_1135381.pdf

Aide handicap école

Un numéro vert permet aux familles d'obtenir des renseignements durant toute l'année scolaire sur les dispositifs existants et le fonctionnement du service public de l'école inclusive et des informations sur le dossier de leur enfant. La réponse est apportée par la cellule nationale ou la cellule départementale.

EN SAVOIR PLUS

- Aide handicap école :
<https://www.education.gouv.fr/aide-handicap-ecole-mieux-accueillir-les-parents-et-l-eleve-et-simplifier-les-demarches-9803>

L'équipe mobile d'appui médico-social à la scolarisation des enfants en situation de handicap

Les équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation des élèves en situation de handicap ont vocation à intervenir en amont de toute décision d'orientation médico-sociale par la CDAPH. Elles apportent aux équipes éducatives des écoles un appui en expertise et conseil, assurent, exceptionnellement, un accompagnement individuel dans l'attente d'une décision de la CDAPH.

EN SAVOIR PLUS

- CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2019/138 du 14 juin 2019 relative à la création d'équipes mobiles d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap
<https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44755>

Le renforcement de la coopération entre les professionnels de l'éducation et les acteurs du médico-social

La loi du 11 février 2005 a marqué une évolution déterminante de la scolarisation des élèves en situation de handicap, en posant notamment le principe de leur scolarisation dans l'établissement dont relève leur domicile (qui devient établissement de référence). Cette scolarisation au plus près a reposé notamment sur le renforcement de la coopération entre les secteurs scolaires et médico-social pour assurer l'accompagnement des jeunes en situation de handicap en faveur de leur inclusion et leur autonomie, renforcement mis en œuvre notamment par le décret du 2 avril 2009.

Depuis lors, la coopération entre ces acteurs, mais également l'évolution de l'offre scolaire et de l'offre médico-sociale, avec des modalités renouvelées d'accompagnement, permettent de proposer de multiples formes de scolarité adaptée aux enfants en situation de handicap : accompagnement médico-social d'élèves scolarisés en inclusion individuelle (le mode « SESSAD »), les dispositifs de scolarisation adaptée collective, tels que les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), les classes d'autorégulation, unités d'enseignement.

Par ailleurs, la coopération s'exprime aussi par la possibilité pour l'école de recourir à la ressource en expertise et conseil du secteur médico-social avec par exemple la mise en place depuis la rentrée 2019 des équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation.

Dans chacun département, un comité de suivi de l'école inclusive est institué afin d'assurer le suivi, la coordination, et l'amélioration des parcours de scolarisation et de formation des enfants ou jeunes adultes en situation de handicap. Composé de représentants des services de l'ARS, du Rectorat, de la MDPH, et des collectivités territoriales, il a pour missions de dresser un état des lieux des moyens consacrés à l'école inclusive, d'établir un bilan des résultats, d'examiner les programmations en vue d'assurer la coordination et le maillage territorial.

Au niveau national, un comité national de suivi de l'école inclusive présidé par le Ministre de l'Éducation Nationale et la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, se réunit deux fois par an pour faire le bilan des actions menées et échanger sur les perspectives de travail avec les acteurs impliqués.

EN SAVOIR PLUS

- Décret n° 2020-515 du 4 mai 2020 relatif au comité départemental de suivi de l'école inclusive : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=IT8if9CWRBXj50edS9mQhIstvrVw7vibSIX3L_C8eE=
- Page consacrée au comité national de suivi de l'école inclusive du 9 novembre 2020 : <https://www.education.gouv.fr/ecole-inclusive-comite-national-de-suivi-du-9-novembre-2020-307119>

EN SAVOIR PLUS

- Site Eduscol : <https://eduscol.education.fr/>
- Site de la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance : <https://archives-statistiques-depp.education.gouv.fr/Default/accueil-portal.aspx>
- grand dossier école inclusive du site handicap.gouv.fr : <https://handicap.gouv.fr/grands-dossiers/l-ecole-inclusive/>
- Site de la CNSA : <https://www.cnsa.fr/>
- Plateforme Cap école inclusive : <https://www.reseau-canope.fr/cap-ecole-inclusive>
- La circulaire de rentrée 2019 – pour une école pleinement inclusive – et le dossier de presse de la rentrée 2019 : <https://www.education.gouv.fr/pour-une-rentree-pleinement-inclusive-en-2019-11405>
- Le dossier de presse de la conférence nationale du handicap du 11 février 2020 : <https://handicap.gouv.fr/presse/dossiers-de-presse/article/conference-nationale-du-handicap-2020>
- vademecum Le Pôle inclusif d'accompagnement localisé – Rentrée 2019 : http://dcalin.fr/textoff/reentr%C3%A9e_2019.pdf

A RETENIR

- *L'école inclusive vise à assurer une scolarisation de qualité pour tous les élèves par la prise en compte de leurs singularités et de leurs besoins éducatifs particuliers ;*
- *La création du service public de l'école inclusive met en oeuvre un ensemble de moyens au service des parcours de scolarisation des enfants en situation de handicap ;*
- *Il existe une coopération renforcée entre les professionnels de l'éducation et les acteurs du médico-social.*

Fiche 3.4 : Accessibilité à l'habitat

OBJECTIFS

- *Maîtriser les grands principes d'accessibilité et d'évolutivité en matière de logement*
- *Connaître le concept d'habitat inclusif*
- *Accompagner les projets d'autodétermination en matière d'habitat*
- *Appréhender le lien entre habitat inclusif et insertion et inclusion dans la vie locale et de la cité*

MOTS-CLÉS

Loi Elan

Habitat partagé ou groupé

Projet de vie partagé

1- QUE DIT LA LOI ? LES GRANDS PRINCIPES EN MATIÈRE D'ADAPTATION DES LOGEMENTS : ACCESSIBILITÉ ET ÉVOLUTIVITÉ

ACCESSIBILITÉ

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a posé l'obligation générale d'accessibilité des bâtiments d'habitation et des lieux recevant du public à tous, notamment aux personnes en situation de handicap. Cette notion d'accessibilité est définie dans le code de la construction et d'habitation, à son article R111-18-1 :

« Est considéré comme accessible aux personnes handicapées tout bâtiment d'habitation collectif ou tout aménagement lié à un bâtiment permettant à un habitant ou à un visiteur handicapé, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer et de communiquer. Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des autres publics ou, à défaut, présenter une qualité d'usage équivalente. »

Seuls les bâtiments d'habitation neufs sont soumis à des obligations d'accessibilité, et ce, dès leur construction. Sont alors prévus les aménagements et les prescriptions techniques propres à l'accessibilité, dans les parties communes ainsi que dans les logements, tels que les largeurs des circulations et des portes, l'organisation des espaces, les équipements.

Évolutivité

La loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (loi ELAN) du 23 novembre 2018 ainsi que le décret n°2019-305 du 11 avril 2019 fixent à 20% des logements en rez-de-chaussée ou desservis par un ascenseur, l'obligation d'accessibilité. Le reste des logements sont évolutifs :

- Une personne en fauteuil roulant peut y accéder, circuler dans le séjour et utiliser les toilettes ;
- Ce logement peut être rendu accessible par la réalisation de travaux simples, sans incidence sur les éléments de structure et certains réseaux encastrés en cloisons.

L'adaptation du logement est un impératif pour les personnes présentant une déficience, quelle qu'en soit sa nature, notamment car leurs besoins peuvent évoluer au cours de l'occupation du logement. Dans ce cadre, le logement évolutif peut être une réponse au besoin des occupants d'avoir la possibilité d'adapter et de personnaliser leur logement avec des travaux simples. Le logement évolutif pourrait alors favoriser la continuité des parcours de vie de ces occupants, à l'instar des nouvelles formes d'habitat alternatif à la vie en domicile ordinaire et à l'hébergement médico-social.

2- LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES FORMES D'HABITAT : L'EXEMPLE DE L'HABITAT INCLUSIF

Constat

Un nombre important de personnes en situation de handicap souhaite choisir son habitat et les personnes avec qui le partager. Ces personnes expriment une demande d'aide, d'accompagnement et de services associés au logement, dans un environnement adapté et sécurisé qui garantisse conjointement inclusion et vie autonome tout en restant au domicile.

Plusieurs critères fondamentaux définissent cette nouvelle manière d'habiter :

- L'habitat inclusif offre à la personne « un chez soi », un lieu de vie ordinaire et inscrit durablement dans la vie de la cité ;
- Il est fondé sur le libre choix et par conséquent s'inscrit en dehors de tout dispositif d'orientation sociale ou médico-sociale ;
- Le fait de ne pas être éligible à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ou de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ne saurait constituer un critère d'exclusion de l'habitat inclusif.

L'habitat inclusif peut prendre des formes variées selon les besoins et souhaits exprimés par les occupants. Il doit être en nécessaire cohérence avec les politiques de l'habitat et de la santé au sens large, à l'échelle territoriale.

L'habitat inclusif vise donc à dépasser le caractère binaire de l'offre à destination des personnes handicapées et des personnes âgées, séparée entre « domicile » (individuel, familial) et établissement médico-social. Il est destiné aux personnes handicapées et aux personnes âgées faisant le choix d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes, assorti d'un projet de vie sociale et partagée.

Les publics cibles de l'habitat inclusif sont les personnes âgées, les personnes présentant des pathologies spécifiques (neurodégénératives) et les personnes en situation de handicap. Un habitat peut être destiné à plusieurs types de profils et être ouvert à des personnes non dépendantes.

Les projets d'habitat inclusif doivent s'adapter aux profils des futurs habitants, en étant suffisamment souples et en anticipant leurs besoins et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer.

Les évolutions issues de la loi ELAN

La loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (loi ELAN) du 23 novembre 2018, donne un premier cadre juridique à l'habitat inclusif via :

- Une définition large de l'habitat inclusif à l'article L. 281-1 du code de l'action sociale et des familles, afin de permettre l'émergence de projets variés
- La création d'un forfait habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées, finançant l'animation de la vie sociale et partagée de l'habitat
- L'extension de la compétence de la conférence départementale de la prévention de la perte d'autonomie à l'habitat inclusif pour personnes handicapées et personnes âgées.

La loi a été complétée par un corpus de textes d'application, et travaillée en lien avec les acteurs du secteur, dans le cadre de l'Observatoire de l'Habitat Inclusif :

- Un décret du 24 juin 2019 relatif au forfait pour l'habitat inclusif, précisant son montant, les conditions et les modalités de son versement ;
- Un arrêté du 24 juin 2019 fixant le cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif ;
- Un arrêté du 11 septembre 2019 relatif au rapport d'activité de la conférence des financeurs de l'habitat inclusif.

Ces textes ont été complétés par une instruction interministérielle du 4 juillet 2019, destinée aux services déconcentrés, qui précise les modalités de déploiement de ce nouveau type d'habitat.



Les dispositifs existants et initiatives innovantes

L'habitat inclusif peut prendre différentes formes, selon les envies des habitants, le mode de vie qu'ils choisissent :

- Logements individuels mitoyens, groupés autour d'un espace, de vie, commun ;
- Logements individuels disséminés, à proximité d'un local collectif à disposition des habitants ;
- Espace privatif au sein d'un logement partagé de type colocation.

La forme d'habitat choisie dépend de la conception du projet de vie collective, qui peut offrir plus ou moins d'autonomie selon les situations.

Ce logement peut avoir plusieurs statuts :

- Logement privé ordinaire
- Logement social
- Logements foyers accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées, hors établissements médico-sociaux prévus à l'article L. 312-1 du CASF.

Le statut du logement détermine un cadre légal spécifique, notamment sur les règles d'attribution et les normes applicables.

En ce qui concerne les services proposés aux habitants, l'offre est définie en fonction des profils des habitants, de la forme d'habitat, des financements mobilisés, de la réglementation encadrant l'offre, etc. Quelle que soit l'organisation de l'habitat, le principe de libre choix des habitants quant aux services qui les accompagnent doit être respecté.

L'habitat inclusif permet de mettre en œuvre différents supports dans l'accompagnement :

- La veille et la sécurisation de la vie à domicile ;
- Le soutien à l'autonomie de la personne ;
- Le soutien à la convivialité ;
- L'aide à l'inclusion sociale des personnes en situation de fragilité.

Les projets d'habitats inclusifs doivent permettre aux habitants de participer à la vie de la cité, de mener une vie citoyenne. Elle se traduit par un soutien dans l'accès aux services et aux droits (accès au logement, aux soins, à la formation, à l'emploi, aux loisirs, à la culture, aux sports, etc...)

Les pistes d'action pour l'évolution du déploiement de l'habitat inclusif

La création du cadre juridique et du forfait n'épuise pas les problématiques liées au déploiement de l'habitat inclusif. Dans ce cadre, le Premier ministre a confié le 20 novembre 2019 à MM. Denis Piveteau et Jacques Wolfrom une mission relative à la mise en œuvre d'une stratégie nationale de déploiement de l'habitat inclusif.

Le rapport de MM. Piveteau et Wolfrom, remis au Premier ministre le 26 juin 2020, émet 12 propositions pour optimiser le déploiement de l'habitat inclusif. Certaines de ces mesures feront l'objet d'une traduction législative ou réglementaire, selon les arbitrages.

Afin de soutenir le déploiement de l'habitat inclusif sur les territoires, il est prévu, dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2021, une expérimentation portant sur l'aide à la vie partagée, selon les principes issus du rapport Piveteau-Wolfrom. L'aide à la vie partagée est une aide individuelle :

- Prévues dans le règlement départemental d'aide sociale, pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap résidant dans un habitat inclusif ne bénéficiant pas déjà du forfait habitat inclusif ;
- Versée directement à la personne morale assurant le projet de vie sociale et partagée de l'habitat ;
- Subordonnée à la signature d'une convention entre le département et la personne morale porteuse du projet d'habitat inclusif ;
- Cumulable avec d'autres aides individuelles, notamment l'aide personnelle au logement (APL), que la personne peut percevoir par ailleurs.

Cette expérimentation, portée par la CNSA, s'étalera sur une période de 3 ans (2021-2023) et a pour vocation d'assurer un financement plus fluide de l'animation de l'habitat. Une mesure « starter » invite les départements à mettre en place cette aide à la vie partagée dès 2020, en assurant, sur une durée limitée, une couverture partagée de son coût entre les départements et la CNSA.

EN SAVOIR PLUS

Notion d'accessibilité et d'évolutivité du logement :

- <https://www.ecologie.gouv.fr/accessibilite-du-logement>
- <https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/laccessibilite-du-logement>
- <https://www.cerema.fr/fr/actualites/logement-evolutif-reponse-accessibilite-universelle>

CADRE JURIDIQUE DE L'HABITAT INCLUSIF :

Loi :

- https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000037639632

Décret :

- <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038677566/>

Instruction aux services :

- https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2019/19-10/ste_20190010_0000_0135.pdf

Documents pédagogiques :

- Guide de l'habitat inclusif : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-de_l-habitat-inclusif-pour-les-personnes-handicapees-et-les-person.pdf

Présentation générale de l'habitat inclusif :

- <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/habitat-inclusif/quest-ce-que-lhabitat-inclusif>
- <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/habitat-inclusif-un-habitat-et-une-vie-sociale-partages>

Rapports et études :

- Etude de la DGCS sur l'habitat inclusif (2017) : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2017_fev_-synthese_enquete_dgcs_habitat_innovant_pa-ph.pdf
- Rapport de la mission Piveteau-Wolfrom (2020) : <https://www.vie-publique.fr/rapport/274908-rapport-sur-l-habitat-inclusif>
- Exemples d'habitat inclusif et d'initiatives innovantes : <https://odas.labau.org/>

Fiche 3.5 : Accessibilité numérique

OBJECTIFS

- *Appréhender la notion d'accessibilité numérique*
- *Connaître et comprendre les enjeux de l'accessibilité numérique pour les personnes en situation de handicap*

MOTS-CLÉS

W3C (World Wide Web Consortium).

WAI (Web Accessibility Initiative).

Le référentiel général d'améliorations des administrations RGAA

1 - HANDICAP ET ACCESSIBILITÉ NUMÉRIQUE : LE CADRE LÉGISLATIF

En France, dès 2005, la loi "Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" impose, dans son article 47, *"l'accessibilité des services de communication publique en ligne pour les services de l'État, des collectivités territoriales et des établissements publics qui en dépendent »*.

La directive européenne, publiée le 26 octobre 2016, relative à l'accessibilité des sites de communication au public en ligne, renforce cette dynamique, et fixe des exigences en matière d'accessibilité pour les états membres : *« Les États membres veillent à ce que les organismes du secteur public prennent les mesures nécessaires pour améliorer l'accessibilité de leurs sites internet et de leurs applications mobiles en les rendant perceptibles, utilisables, compréhensibles et robustes. »*

Cette directive européenne, est transposée en France par la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel (article 80) et le décret n°2019-768 du 24 juillet 2019 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des services de communication au public en ligne.

2- QU'EST-CE QUE L'ACCESSIBILITÉ NUMÉRIQUE ?

L'accessibilité numérique permet l'utilisation des ordinateurs et de leurs logiciels, ainsi que la création et la consultation des ressources numériques sur tout type de support (ordinateur, téléphone portable, tablette...) accessibles à destination du plus grand nombre de personnes et notamment aux personnes souffrant de handicap sensoriel, mental ou cognitif, mais aussi de handicap physique lourd. Les services en lignes doivent à ce titre, être perceptibles, utilisables, compréhensibles et robustes.

Pour ce faire, on applique aux interfaces digitales des normes d'accessibilité édictées par les autorités responsables, et pensées par des ergonomes pour chaque type de handicap. Ces normes d'accessibilité sont fixées par le W3C (World Wide Web Consortium). Le W3C est l'autorité des standards du web et a créé la WAI (Web Accessibility Initiative). La WAI a émis 61 recommandations permettant de rendre le web accessible, notamment aux technologies d'assistance utilisées par les personnes handicapées. *Source Handirect*

Pour les services en lignes de l'état, il existe un référentiel général d'améliorations des administrations RGAA créé par la direction interministérielle du numérique (DINSIC) <https://numerique.gouv.fr/espace-presse/accessibilite-numerique-publication-quatrieme-version-du-rgaa/>

3- LES ENJEUX DE L'ACCESSIBILITÉ NUMÉRIQUE

Outre son utilité première, à savoir la mise à disposition des contenus aux publics sans discrimination, l'accessibilité numérique présente de nombreux enjeux : <https://cnnumerique.fr/files/uploads/2020/rap-cnnum-accessi-6.pdf>

- Donner le droit à toute personne handicapée de bénéficier des mêmes accès aux sites gouvernementaux pour les démarches administratives ou pour trouver un emploi, suivre une formation...
- Permettre la citoyenneté des personnes handicapées.
- Développer l'accès de tous les élèves aux ressources pédagogiques numériques.
- La prise en compte des besoins particuliers des personnes en situation de handicap contribue à la construction d'une société inclusive.

À RETENIR

- L'accessibilité numérique est un droit garanti à toutes les personnes en situation de handicap depuis la loi du 11 février 2005. Ce droit est renforcée au niveau européen par la directive européenne publiée le 26 octobre 2016, relative à l'accessibilité des sites de communication au public en ligne.
- Les normes d'accessibilité sont fixées par le W3C (World Wide Web Consortium). Le W3C est l'autorité des standards du web et a créé la WAI (Web Accessibility Initiative) qui formule 61 recommandations permettant de rendre le web accessible.
- L'accessibilité numérique assure le droit à la citoyenneté pour les personnes en situation de handicap. Elle constitue un levier dans l'accès à l'emploi, l'accès à la scolarisation et à la formation.

EN SAVOIR PLUS

- Rapport du CNFPT sur l'inclusion numérique de juin 2018 :
https://www.cnfpt.fr/sites/default/files/inclusion_numerique_06_2018.pdf
- Rapport du Conseil National du Numérique : L'accessibilité numérique, entre nécessité et opportunité : Une obligation légale vis-à-vis des citoyens, un levier stratégique pour les acteurs (<https://cnnumerique.fr/files/uploads/2020/rap-cnnum-accessi-6.pdf>)
- L'accessibilité numérique :
<https://www.numerique.gouv.fr/publications/rgaa-accessibilite-obligations/>
- Le site de la WAI (Web Accessibility Initiative) :
<https://www.w3.org/WAI/wai-fr-intro.htm>

Fiche 3.6 : Accès aux sports, aux loisirs et à la culture

OBJECTIFS

- *Connaître les enjeux de l'accès aux sports, aux loisirs et à la culture pour les personnes en situation*
- *Identifier les labels ou initiatives développées pour favoriser l'accès à ces loisirs*

MOTS-CLÉS

- *Les conventions « Culture et handicap »*
- *Sport adapté*

1- LE CADRE LÉGISLATIF

Avec la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, pour la première fois dans le droit français, le principe selon lequel « *toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus de tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté* », est affirmé et l'accès aux loisirs et à la culture est reconnu comme faisant partie des besoins essentiels à l'existence pour les personnes handicapées.

2- LES CONSTATS

L'accès aux vacances, à la culture et aux loisirs (culturels, sportifs...) est un droit fondamental au même titre que la santé, l'éducation, la formation et l'emploi.

Pour favoriser l'accès à la culture des personnes en situation de handicap, les établissements culturels se sont engagés depuis 2005 dans des programmes de mise en accessibilité de leur bâti, pour favoriser le confort d'usage des personnes handicapées. Parallèlement, une politique d'information et de communication a également été conduite par le Ministère de la Culture pour favoriser la participation des personnes en situation de handicap aux activités culturelles.

De plus, les conventions régionales « Culture et Handicap » signées entre les services déconcentrés du Ministère de la Culture et du Ministère chargé des personnes handicapées permettent de mener à bien des projets culturels au sein des établissements et services médico-sociaux.

EN SAVOIR PLUS

- Culture et Handicap : Guide pratique de l'accessibilité :
<http://www.culture.gouv.fr/content/download/23604/199384/version/1/file/guide.pdf>

Le ministère chargé des sports développe depuis 2003 une politique favorisant l'accès aux activités sportives pour les personnes en situation de handicap avec la mise en œuvre de la mission « Sport et handicap ». Celle-ci s'assure du développement des orientations ministérielles pour la pratique des personnes handicapées. Plusieurs mesures traduisent cet engagement politique :

- la création d'un pôle ressources national « sport et handicaps » (PRNSH), implanté au sein du centre de ressources, d'expertise et de performance sportives (CREPS) ;
- Un réseau de correspondants « sports et handicaps » désignés au sein des services déconcentrés de l'État (DRJSCS, DDI, CREPS et écoles nationales). Ce réseau est animé et formé par le PRNSH.

Le 4 décembre 2020, le ministère des sports a dévoilé sa stratégie nationale handicap 2020 - 2024. Cette stratégie doit permettre de :

- Favoriser et faciliter l'accès à une pratique physique sportive ;
- Développer et structurer une offre de pratique adaptée aux besoins ;
- Améliorer la performance française aux Jeux Paralympiques ;
- Piloter et évaluer.

3-LES DISPOSITIFS INNOVANTS ET LABELS :

◇ Le dispositif Relax :

L'association Ciné-ma différence en collaboration avec l'Opéra-Comique a lancé le 18/12/2019 le dispositif inclusif Relax. Mais un dispositif Relax, qu'est-ce que c'est ? Relax a pour but de proposer un environnement bienveillant et détendu où chacun peut profiter du spectacle et vivre ses émotions sans crainte. Car nombreuses sont les personnes privées de cinéma, de

théâtre, de concert. Expérimentées à l'Opéra Comique depuis 2018, les séances RELAX permettent aux spectateurs dont le handicap (autisme, polyhandicap, handicap mental, handicap psychique, maladie d'Alzheimer...) peut entraîner des comportements atypiques, l'accès au spectacle vivant en inclusion. Avec ce dispositif, chacun peut exprimer ses émotions à sa façon, sans être mis au ban de la salle ! <http://www.cinemadifference.com/L-etude-internationale-sur-les-dispositifs-Relax-est-en.html>

◇ Le **label national Tourisme & Handicap**, soutenu par le Ministère délégué au Tourisme, permet aux personnes en situation de handicap de pouvoir bénéficier d'une information fiable sur l'accessibilité des lieux de vacances et de loisirs vis-à-vis de quatre types de handicap (moteur, mental, visuel et auditif).

◇ **Des centres de loisirs APF :**

Des centres de loisirs sans hébergement et des centres de vacances, organisent chaque année de nombreux séjours avec des bénévoles. A titre d'exemple, la Fédération Loisirs Pluriel, qui a créé dans de nombreuses villes de France des centres de loisirs accueillant ensemble des enfants valides et handicapés, ou bien même « A bras ouverts » qui organise des rencontres de week-end pour des enfants et adolescents handicapés avec le soutien de bénévoles.

◇ **Le site Handiguide :**

Handiguide permet de retrouver toutes les structures proposant une activité sportive accessible aux personnes en situation de handicap, ainsi que les actualités sportives par région. *Source MDPH/APF*

Le site Handiguide des Sports propose des fonctionnalités (géolocalisation, trajets d'accès aux structures sportives) et des informations à destination des sportifs en situation de handicap et des structures qui proposent une offre de pratique partout sur le territoire. Consultable sur toute forme de terminal, le Handiguide permet aussi le partage d'expériences et l'animation de communautés autour du parasport. *Source Ministère des Sports.*



EN SAVOIR PLUS

- Culture et Handicap : Guide pratique de l'accessibilité
<http://www.culture.gouv.fr/content/download/23604/199384/version/1/file/guide.pdf>
- Rapport de la Mission Nationale Accueil de Loisirs et Handicaps :
<https://fr.calameo.com/read/00228696306d7422bf82c?page=1>
- Culture et santé :
<https://www.culture.gouv.fr/Sites-thematiques/Developpement-culturel/Le-developpement-culturel-en-France/Culture-et-Sante>
- Ministère de la Culture - Culture et Handicap :
<https://www.culture.gouv.fr/Sites-thematiques/Developpement-culturel/Culture-et-handicap>
- Ministère Chargé des Sports - Sport et Handicap :
<https://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sports-pour-tous/sport-handicaps/>

À RETENIR

- L'accès à la culture, aux sports et aux loisirs est un droit fondamental garanti aux personnes en situation de handicap.
- L'accès à la culture pour les personnes en situation de handicap ne se limite pas à l'accessibilité du bâti, l'enjeu désormais est de permettre le développement de pratiques culturelles par les personnes en situation de handicap dans les ESSMS.
- Le ministère des sports a développé une politique favorisant l'accès aux pratiques sportives pour les personnes en situation de handicap avec la mise en œuvre du pôle ressource national « sport et handicaps, du réseau de correspondants « sports et handicaps », et de la stratégie nationale handicap 2020-2024.

Fiche 3.7 : Accessibilité aux transports en commun

OBJECTIF

- *Connaître le cadre légal de l'accessibilité des transports en commun pour les personnes en situation de handicap.*
- *Connaître le droit des personnes en situation de handicap dans les transports en commun*

MOTS-CLÉS

- *Carte Mobilité Inclusion*
- *Chiens-Guides et Chiens d'assistance*
- *Schéma directeur d'accessibilité*
- *Agenda d'accessibilité programmée*

1-LE CADRE LÉGISLATIF

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation, la citoyenneté des personnes handicapées impose un principe d'accessibilité universelle pour les personnes en situation de handicap. La loi fixe notamment une obligation d'accessibilité pour l'ensemble des établissements recevant du public, mais également pour l'ensemble des transports publics avant le 13 février 2015.

Ce délai pour la mise en place de l'obligation d'accessibilité des transports en commun s'est vu prolongé par l'ordonnance 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, qui prévoit la mise en place d'un outil d'application volontaire, le schéma directeur d'accessibilité - agenda d'accessibilité programmée.

Les schémas directeurs d'accessibilité - agendas d'accessibilité programmée (SD'AP) sont un instrument de politique publique qui peut être volontairement mobilisé par les autorités organisatrices de transport pour poursuivre après le 13 février 2015 leur programme de mise en accessibilité de leurs réseaux de bus, cars et trains.

2- LES CONSTATS

Bien que des efforts aient été réalisés pour favoriser l'accessibilité des transports publics pour les personnes handicapées, le métro de certaines villes reste inaccessible. Des aménagements sont en cours pour faciliter l'accès aux autobus partout en France (hauteur de plancher diminuée de 10 cm avec un système d'« agenouillement », largeur des portes agrandies avec plate-forme accessible). La SNCF a également créé des aménagements et des dispositifs pour les personnes en situation de handicap (<https://www.accessibilite.sncf.com/>)

3- LES DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LES TRANSPORTS EN COMMUN

STATIONNEMENT

Les personnes handicapées peuvent obtenir une Carte Mobilité Inclusion (CMI) auprès de la Maison Départementale de Personnes Handicapées. En fonction de la situation et des besoins de la personne, cette carte peut porter une ou plusieurs des mentions suivantes :

- La mention « invalidité » donne droit à une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, salles ou files d'attente ;
- La mention « priorité » donne droit à une priorité d'accès pour la personne qui en bénéficie, aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, dans les établissements et les manifestations accueillant du public, ainsi que dans les files d'attente.

LE CHIEN GUIDE D'AVEUGLE ET LE CHIEN D'ASSISTANCE

En France, l'article 88 de la loi 87-588 du 30 juillet 1987 modifiée portant diverses mesures d'ordre social a introduit le droit pour les personnes handicapées titulaires de la carte « mobilité inclusion » portant les mentions « invalidité » et « priorité » (article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles) d'être accompagnées dans les transports et autres lieux ouverts au public, inclus les écoles et les lieux de travail, de leur chien d'assistance ou chien guide.

4- LES INITIATIVES INNOVANTES

◇ **Infomobi :**

Il s'agit d'un plateau téléphonique et internet qui permet :

- De connaître les équipements spécifiques du réseau en fonction du type de handicap ;
- D'établir un itinéraire tenant compte des disponibilités des équipements (disponibilité d'ascenseurs pour les personnes handicapées motrices, par exemple) ;
- D'obtenir des conseils lors du déplacement pour effectuer la suite du trajet.

◇ **Le volet transport de Cap' Handéo :**

Le réseau "Cap'Handéo Services de mobilité" permet de repérer les professionnels du transport adaptés et compétents et propose des services de transport à la demande - individuel ou collectif. Les services membres du réseau respectent des référentiels rédigés par les personnes en situation de handicap, mais aussi par des professionnels (des secteurs de l'aide à domicile, des transports, des aides techniques). L'annuaire des services labellisés Cap'Handéo est disponible sur le site : <https://www.handeo.fr/>.



EN SAVOIR PLUS

- Ministère de la Transition écologique - Schéma Directeur d'Accessibilité :
<https://www.ecologie.gouv.fr/sdap-schema-directeur-daccessibilite-agenda-daccessibilite-programmee-laccessibilite-des-transport>
- Rapport de la DMA : « *La France face au défi de l'accessibilité : de la nécessaire adaptation de la loi du 11 février 2005* » :
https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/n%C3%A9cessaire%20ad%27aptation%20de%20la%20loi_2016.pdf
- La politique de l'accessibilité :
https://www.ecologie.gouv.fr/politique-de-l-accessibilite#scroll-nav__6

À RETENIR

- L'accessibilité des transports en commun est imposée en France avec la loi du 11 Février 2005. Celle-ci formule une obligation d'accessibilité des transports pour le 13 février 2015. Ce délai a été prorogé avec le développement des schémas directeurs d'accessibilité - agendas d'accessibilité programmée (SD'AP).
- Les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte mobilité inclusion sont prioritaires dans l'accès aux places assises dans les transports en commun, et ont le droit d'être accompagnées par des chiens-guides ou des chiens d'assistance.

Fiche 3.8 : Territoires 100% inclusifs

OBJECTIFS

- *Appréhender la notion de territoires inclusifs.*
- *Comprendre que le lieu où réside la personne, devienne un «chez soi» qui détermine sa capacité à vivre au cœur de la société.*
- *Agir pour permettre à l'environnement de s'adapter à la personne et non l'inverse*

MOTS-CLÉS

Accessibilité

Territoire

Parcours

Inclusion

Participation sociétale

PRÉAMBULE

*« La société inclusive cherche à favoriser la participation des différents groupes qui la compose pour leur permettre de vivre ensemble en cherchant à répondre à leurs besoins et en les impliquant dans les décisions qui les concernent. » **ARS Agence Régionale de Santé***

Cela porte notamment sur la participation pleine et entière des personnes en situation de handicap (droits et devoirs, école, emploi, culture, sport, vie sociale...)

*« La démarche « Territoires 100% inclusifs » vise à améliorer la participation et la coordination de tous les acteurs engagés dans le parcours de vie d'une personne handicapée, pour lutter contre les ruptures de parcours. » **Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées***

Cette démarche s'adresse à tous les acteurs, que ce soit l'État ou les collectivités, associations, personnes, professionnels de santé, etc. Pour toute personne actrice pertinente dans le parcours de vie des personnes en situation de handicap.

L'objectif de société inclusive nécessite à la fois que l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap se transforme et que le milieu dit ordinaire s'ouvre de plus en plus aux personnes dans une logique d'accessibilité universelle. Voir le Chapitre 2 « Développement de l'accessibilité universelle : comment la société s'adapte » de ce Volet.

La démarche se structure selon les cinq axes définis par le Comité Interministériel du Handicap le 20 septembre 2017 :

1 – ACCÉDER À DES DROITS PLUS FACILEMENT :

« Simplifier et développer l'accès aux droits et à l'information publique sur l'ensemble du territoire »

Cela revient à :

- Soutenir le système d'information harmonisé MDPH-CAF et globalement faire de la MDPH un lieu d'innovation des pratiques professionnelles ;
- Favoriser l'inclusion par un accès facilité à l'information ;
- Inclure par le numérique, via la création d'un espace multimédia au sein de la Maison départementale de l'Autonomie.

2 – ÊTRE ACCUEILLI ET SOUTENU DANS SON PARCOURS, DE LA CRÈCHE À L'UNIVERSITÉ :

« Un parcours sans rupture identique à celui des autres enfants / jeunes »

- Intégrer le statut d'élève par l'inscription dans les établissements scolaires des élèves accueillis en unité d'enseignement externalisée.

3 – ACCÉDER À UN EMPLOI ET TRAVAILLER COMME LES AUTRES :

« Mieux former et mieux accompagner dans l'emploi »

- Création d'un parcours professionnel 100% inclusif
- Organisation d'un carrefour emploi – insertion – inclusion

4- VIVRE CHEZ SOI ET SE MAINTENIR EN BONNE SANTÉ

« Adapter le bâti et les services »

- Déployer un parcours d'habitat inclusif
- Développement des compétences psycho-sociales des jeunes en situation de handicap
- Création d'un dispositif « handiconsult »
- Amélioration d'un parcours de soins des personnes accueillies en ESMS

5-ÊTRE ACTEUR DANS LA CITÉ

« Permettre une vie épanouie »

- Favoriser l'inclusion par le bénévolat étudiant
- Développer et valoriser la pratique du sport inclusif

EN SAVOIR PLUS

- https://www.territoiredebelfort.fr/sites/default/files/atoms/files/copil_24_01_2019_deliberation.pdf
- <https://handicap.gouv.fr/grands-dossiers/territoires-100-inclusifs/article/presentation-de-la-demarche-territoires-100-inclusifs>
- https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/appel_a_manifestation_d_interets_-_territoires_inclusifs_vf.pdf
- <https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/politique-de-l-accessibilite>

Auteurs de la conception de la fiche pédagogique :
Alliance C

GLOSSAIRE :

Les acteurs

Accueil de jour

C'est un accueil d'une ou plusieurs journées par semaine, de personnes âgées ou handicapées vivant à leur domicile. Il peut concerner des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés avec comme objectif principal de préserver l'autonomie de ces personnes et de permettre une vie à domicile dans les meilleures conditions possibles.

Accueil familial

La personne âgée ou la personne handicapée est accueillie à titre payant dans une famille autre que la sienne. Il est de la compétence du conseil départemental qui délivre un agrément pour l'accueil d'une à trois personnes au maximum. Les personnes âgées qui ne veulent plus, ou ne peuvent plus rester à leur domicile, peuvent ainsi demeurer dans leur région habituelle et maintenir une vie de famille plus conviviale que dans les institutions.

Agence Régionale de Santé (ARS)

Les agences régionales de santé sont chargées du pilotage régional du système de santé. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population. Deux missions principales: le pilotage de la politique de santé publique en région comprend trois champs d'intervention (la veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé ; la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé ; l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet) et la régulation est mise en place dans les différents domaines de responsabilité de l'agence, la loi mettant à la disposition du Directeur Général de l'ARS divers leviers, notamment (l'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources ; la définition et la mise en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (CNSA), des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé en région ; l'évaluation et la promotion de la qualité des formations des professionnels de santé.

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

Participer au financement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : contribution au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, concours au financement des maisons départementales des personnes handicapées, des conférences des financeurs, des résidences-autonomie, affectation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux, soutien à la modernisation et à la professionnalisation des services d'aide à domicile // Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire quels que soient l'âge et le type de handicap, en veillant à une répartition équitable des ressources et en apportant un appui technique aux acteurs locaux pour favoriser l'harmonisation des pratiques. // Assurer une mission d'animation de réseau, d'appui et d'harmonisation des pratiques. // Assurer une mission d'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles. // Faciliter l'accès aux actions de prévention et aux aides techniques. Assurer un rôle d'expertise et de recherche sur toutes les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Dépistage et traitement des enfants handicapés de moins de 6 ans. Équipes pluridisciplinaires composées de médecins spécialisés, psychologues, rééducateurs, assistants sociaux et autres techniciens paramédicaux et sociaux.

Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA)

Il reprend et complète les missions de deux anciennes instances : le comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) et le conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH). Le CDCA a pour mission générale d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes handicapées ainsi que de leurs proches à l'élaboration, à la mise en oeuvre et au suivi des politiques publiques de l'autonomie, à l'échelle du département.

Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

Traitement des enfants souffrant de troubles neuropsychiques ou du comportement susceptibles d'être améliorés par une technique médicale, une rééducation psychothérapique ou psychopédagogique.

Centre de rééducation professionnelle (CRP)

Leur mission consiste à dispenser une formation qualifiante aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle, soit vers le milieu de travail ordinaire, soit vers le milieu protégé.

Centres de ressources autisme (CRA)

Accueillent et orientent les personnes et leur famille. Ils peuvent aider à la réalisation de bilans et d'évaluations approfondies. Ils participent à la formation et au conseil auprès de l'ensemble des acteurs impliqués dans le diagnostic et la prise en charge de l'autisme et des troubles apparentés.

Comité Interministériel du Handicap (CIH)

Le CIH est « chargé de définir, coordonner et évaluer les politiques conduites par l'Etat en direction des personnes handicapées ». Il rassemble, autour d'une même table et d'un même objectif, l'ensemble des ministres concernés par la politique du handicap.

Commission Communale pour l'Accessibilité (CCA)

Présidée par le maire, cette commission est composée des représentants de la commune, d'associations ou organismes représentant les personnes handicapées pour tous les types de handicap - notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique -, d'associations ou organismes représentant les personnes âgées, de représentants des acteurs économiques ainsi que de représentants d'autres usagers de la ville. Cette commission exerce 5 missions : elle dresse le constat de l'état d'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports ; elle établit un rapport annuel présenté en conseil municipal ; elle fait toutes propositions utiles de nature à améliorer la mise en accessibilité de l'existant ; elle fait toutes propositions utiles de nature à améliorer la mise en accessibilité de l'existant ; elle organise un système de recensement de l'offre de logements accessibles aux personnes handicapées ; elle tient à jour, par voie électronique, la liste des établissements recevant du public situés sur le territoire communal qui ont élaboré un agenda d'accessibilité programmée et la liste des établissements accessibles aux personnes handicapées.

Commission des Droits et de l'autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)

Au sein de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) décide des droits de la personne handicapée. Elle se fonde sur l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et du plan de compensation proposé. Cette Commission évalue le taux d'incapacité de la personne handicapée, attribue la prestation de compensation, reconnaît la qualité de travailleur handicapé, et se prononce sur les mesures facilitant l'insertion scolaire.

Conseils départementaux

Les compétences exercées par le Département entrent actuellement dans différents domaines.

L'action sociale, notamment est une de ses vocations prioritaires. Elle s'exprime notamment dans les champs :

- Enfance : protection maternelle et infantile, adoption, soutien aux familles en difficulté financière.
- Personnes handicapées : politiques d'hébergement et d'insertion sociale, prestation de compensation du handicap.
- Personnes âgées : création et gestion de maisons de retraite, politique de maintien des personnes âgées à domicile (allocation personnalisée d'autonomie) ; Bien que chaque CD mène sa politique propre, un objectif partagé est d'améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap, encourager leur participation à la vie de la Cité et diversifier les dispositifs d'accueil. Travaillant en partenariat étroit avec les ARS, elle partagent avec elles l'ambition de répondre le plus efficacement aux besoins réels d'une population souvent vulnérable. Privilégier par exemple la vie à domicile, en favorisant les choix de vie autonome des personnes handicapées. Un second volet de compétence est consacré à l'accueil en établissement et consiste à mieux structurer l'offre médico- sociale, de l'adapter aux évolutions. Enfin, l'un des objectifs majeurs des CD vise à affirmer et à conforter le rôle de la Maison Départementale des Personnes Handicapées, tout en en coordonnant et en soutenant les acteurs et les partenaires du champ du handicap.

Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH)

Le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) est une instance consultative et de conseils sur l'ensemble des mesures que les pouvoirs publics mettent en œuvre dans le champ du handicap. Composé de 116 membres, le CNCPH assure la participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques les concernant.

Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)

La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) est une direction d'administration centrale travaillant sous l'autorité ou à la disposition de plusieurs ministres et secrétaires d'État, et gérée sur un plan administratif par le ministère en charge des affaires sociales et le Secrétariat général des ministères sociaux. La DGCS a pour mission de concevoir, piloter et évaluer les politiques publiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité, afin de favoriser la cohésion sociale et le soutien à l'autonomie des personnes. La DGCS gère 4 programmes budgétaires et assure la préparation et le suivi de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour le secteur médico-social.

Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)

Il s'agit de structures de travail adapté, dans lesquelles des personnes handicapées exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées et bénéficient d'un soutien social et éducatif.

Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

Divers établissements spécialisés accueillent les personnes handicapées pour s'adapter aux besoins de chacun.

Foyer d'accueil médicalisé (FAM)

Ces foyers accueillent des adultes handicapés qui ont besoin d'un suivi médical régulier. Ces établissements proposent un accompagnement pour effectuer les actes essentiels de la vie courante, une surveillance médicale et une aide éducative pour favoriser le maintien ou l'acquisition d'une plus grande autonomie. Les FAM sont financés à la fois par l'assurance maladie et par les départements.

Foyer de vie ou « occupationnel », foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés

Certains accueillent des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler, mais qui disposent d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle. Ces foyers de « vie » peuvent offrir un accueil à la journée ou à temps complet. D'autres établissements assurent l'hébergement des travailleurs handicapés exerçant une activité pendant la journée en milieu protégé ou ordinaire.

Hébergement temporaire

Hébergement limité dans le temps, pour les personnes âgées dont le maintien à domicile n'est momentanément plus possible : isolement, absence des aidants, travaux dans le logement... Cet hébergement peut également être une transition après une hospitalisation et avant le retour à domicile.

Institut d'éducation motrice (IEM)

Ces établissements accueillent des enfants présentant une déficience motrice importante entraînant une restriction extrême de leur autonomie. Certains établissements sont spécialisés dans l'accueil des enfants polyhandicapés. Il existe également des établissements d'éducation sensorielle pour déficients visuels et pour déficients auditifs.

Institut médico-éducatif (IME)

Ils accueillent des enfants et adolescents déficients intellectuels, quel que soit le degré de leur déficience.

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)

Établissements accueillant des enfants ou des adolescents présentant des troubles du comportement importants, sans déficience intellectuelle. L'enseignement est dispensé soit dans l'établissement par des enseignants spécialisés, soit en intégration dans des classes d'établissements scolaires proches.

Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Lieu unique de service public visant à accueillir, informer, orienter et accompagner les personnes handicapées. Les MDPH associent toutes les compétences impliquées aujourd'hui dans l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs familles.

Maison d'accueil spécialisée (MAS)

Ces établissements médico-sociaux reçoivent des adultes lourdement handicapés qui ne peuvent effectuer seuls les actes essentiels de la vie, et dont l'état nécessite le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants. Les soins ne sont pas intensifs. Il s'agit essentiellement d'une surveillance médicale régulière avec recours à un médecin en cas d'urgence et de la poursuite des traitements et des rééducations d'entretien et de soins de nursing.

Pôles de Compétences et de Prestations externalisées au service de l'inclusion des Personnes Handicapées (PCPE)

Aujourd'hui, on compte plus d'une centaine de PCPE sur l'ensemble du territoire national. Ces pôles permettent de prévenir les ruptures de parcours, à tout âge, en organisant un accompagnement adapté aux besoins des personnes, quel que soit leur handicap, par la mobilisation collective des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux exerçant sur un territoire, aussi bien en établissement qu'en libéral. Il s'agit d'un dispositif souple, adaptable et innovant qui permet d'apporter une réponse ajustée aux besoins les plus complexes, en proposant aux personnes des plans d'interventions individualisées qui exigent la coordination d'une pluralité de professionnels dans une visée inclusive. Les PCPE existants, soutenus par les Agences régionales de santé, témoignent du dynamisme des acteurs, de la diversité des accompagnements, de leurs savoir-faire et de leur volonté d'apporter des réponses de qualité.

Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires Sociales (SGMAS)

Le Secrétariat général des ministères des affaires sociales remplit une mission de soutien aux politiques publiques, de modernisation de l'administration et de coordination des services.

Il porte la vision et l'unité des ministères sociaux, en particulier vis-à-vis de l'interministériel et des services territoriaux dont il assure l'animation et le pilotage (ARS, DRJSCS et DIRECCTE). Le Secrétariat général dirige les fonctions support. Il pilote et coordonne l'organisation du système de santé et de prise en charge médico-sociale.

Il couvre les champs de la santé et de la solidarité, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, des sports ainsi que de la jeunesse et de la vie associative.

Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Pour les personnes adultes atteintes de déficience mentale qui vivent soit à domicile, soit dans des structures d'hébergement pour adultes handicapés (appartements privés et/ou thérapeutiques, maisons de ville, « maison étape ») rattachées à des établissements d'hébergement traditionnel.

Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à la scolarisation (SAAAS)

Pour les déficiences visuelles graves des enfants de plus de 3 ans.

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

Pour les déficiences intellectuelles et motrices, ainsi que pour les troubles du caractère et du comportement.

Service de soins et d'aide à domicile (SSAD)

Pour le polyhandicap, qui associe une déficience motrice et une déficience mentale sévère ou profonde.



Service de soutien à l'éducation familiale et à la scolarisation (SSEFS)

Pour les déficiences auditives graves des enfants de plus de 3 ans.

Unités expérimentales d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS)

Évaluer les capacités des grands traumatisés crâniens et de les accompagner paramédicaux et sociaux.

EN SAVOIR PLUS

- <https://handicap.gouv.fr/le-secretariat-d-etat/acteurs/comite-interministeriel-du-handicap-cih/le-comite-interministeriel-du-handicap/article/le-comite-interministeriel-du-handicap-cih>
- <https://handicap.gouv.fr/le-secretariat-d-etat/acteurs/cncph/article/conseil-national-consultatif-des-personnes-handicapees-cncph>
- <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgcs-direction-generale-de-la-cohesion-sociale/>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/sgmas-secretariat-general-des-ministeres-charges-des-affaires-sociales>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/missions-du-ministere/article/missions-du-ministere-des-solidarite-et-de-la-sante>
- http://www.mdpsh.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=109&Itemid=80
- <https://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/maison-departementale-du-handicap/article/la-commission-des-droits-et-de-l-autonomie-des-personnes-handicapees>
- <https://www.cnsa.fr/vous-etes-une-personne-handicapee-ou-un-proche/glossaire-des-etablissements-et-services-medico-sociaux>
- <https://www.cnsa.fr/a-propos-de-la-cnsa/missions>
- <https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/politique-de-l-accessibilite>

Auteurs de la conception de la fiche pédagogique :

Alliance C