

Rapport initial du gouvernement français

Version 21 mars 2016

Introduction	4
I. La ratification de la Convention relative aux droits des personnes handicapées	4
II. L’invocabilité de la Convention devant les juridictions françaises	4
III. Le contexte législatif national	4
IV. Le suivi de la mise en œuvre de la Convention par les instances nationales	5
1. Les référents handicap et le Comité Interministériel du Handicap (CIH)	5
2. Le mécanisme de suivi indépendant	5
V. La coopération régionale et bilatérale	7
Première partie - Les dispositions générales de la Convention.....	8
I. Compréhension des notions et mise en œuvre des principes	8
1. L’approche du handicap prônée par la Convention	8
2. Du principe de non-discrimination, vers l’égalité des droits et des chances	9
3. Modifier l’environnement : la notion d’aménagement raisonnable n’imposant pas de charge disproportionnée ou indue	9
4. La participation et l’intégration pleines et effectives à la société, l’autonomie individuelle, l’indépendance des personnes.....	10
5. L’accessibilité et le développement de biens et services de conception universelle	11
6. Le respect de la dignité intrinsèque	11
7. Le respect du développement des capacités de l’enfant handicapé	12
II. L’exécution des obligations générales énoncées dans la Convention	12
1. La formation des professionnels aux droits reconnus dans la Convention	12
2. La prise en compte de la Convention dans les politiques publiques.....	12
3. La participation des personnes handicapées dans l’élaboration et la mise en œuvre des lois, des politiques, et des décisions qui les concernent.....	14
4. Les mesures d’ordre budgétaire.....	14
5. Les données statistiques sur la situation des personnes handicapées	15
6. Le respect des droits dans toutes les régions de l’Etat.....	15
Deuxième partie - La mise en œuvre des droits garantis par les articles 5 à 30 de la Convention, à l’exclusion des articles 6 et 7.....	16
Article 5 - Egalité et non- discrimination.....	16
Article 8 - Sensibilisation	18
Article 9 - Accessibilité	18
Article 10 - Droit à la vie	21
Article 11 - Situations de risque et situations d’urgence humanitaire.....	22
Article 12 - Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d’égalité	22
Article 13 - Accès à la justice	25
Article 14 - Liberté et sécurité de la personne	26
Article 15 - Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants	28
Article 16 - Droit de ne pas être soumis à l’exploitation, à la violence et à la maltraitance	29
Article 17 - Protection de l’intégrité de la personne	30
Article 18 - Droit de circuler librement et nationalité	31
Article 19 - Autonomie de vie et inclusion dans la communauté	31
Article 20 - Mobilité personnelle	34
Article 21 - Liberté d’expression et d’opinion et accès à l’information	35
Article 22 - Respect de la vie privée	35
Article 23 - Respect du domicile et de la famille	35
Article 24 - Education.....	36
Article 25 - Santé	43
Article 26 - Adaptation et réadaptation.....	46
Article 27 - Travail et emploi.....	47
Article 28 - Niveau de vie adéquat et protection sociale.....	51
Article 29 - Participation à la vie politique et à la vie publique	52
Article 30 - Participation à la vie culturelle et récréative, aux loisirs et aux sports	54

Troisième partie - La situation particulière des femmes et des enfants présentant un handicap (articles 6 et 7 de la Convention)	56
Quatrième partie - L'exécution des obligations spécifiques prévues aux articles 31 à 33 de la Convention	57
Article 31 - Statistiques et collecte de données.....	57
Article 32 - Coopération internationale	59
Article 33 - Application et suivi au niveau national	59
Liste des annexes	61

Introduction

La France a ratifié divers instruments régionaux et internationaux qui rappellent le contenu et le caractère des droits de l'homme. Parce qu'ils sont axés sur la dignité intrinsèque à tous les êtres humains, toute personne doit pouvoir jouir de ces droits, y compris les personnes en situation de handicap, sans discrimination. Toutefois, **reconnaisant, qu'en dépit des divers instruments et engagements assurant une protection générale des droits de l'homme, les personnes handicapées continuent d'être confrontées à des obstacles à leur participation à la société**, la France a ratifié la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, adoptée le 13 décembre 2006, par l'Assemblée générale.

I. La ratification de la Convention relative aux droits des personnes handicapées

Le 18 février 2010, la France a ratifié la Convention ainsi que le protocole facultatif se rapportant à la Convention.

Lors de la ratification, la France n'a déposé aucune réserve ; en revanche, elle a fait plusieurs déclarations interprétatives. Une première déclaration concernant le terme « consentement » à l'article 15, qu'elle interprétera conformément aux instruments internationaux, tels que la Convention du Conseil de l'Europe sur les droits de l'Homme et la biomédecine et le Protocole additionnel à celle-ci relatif à la recherche biomédicale, et à sa législation nationale, qui est elle-même conforme à ces instruments. Une autre déclaration s'agissant de l'article 29, qui précise que « l'exercice du droit de vote est une composante de la capacité juridique qui ne peut connaître de restriction que dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article 12 de la Convention ».

Ladite Convention et son protocole facultatif sont entrés en vigueur en France le 20 mars 2010.

II. L'invocabilité de la Convention devant les juridictions françaises

La question de la valeur des traités dans l'ordre interne est réglée par l'article 55 de la Constitution. Les traités régulièrement ratifiés ont une valeur supérieure à celle de la loi.

Au travers du contrôle de conventionalité, tant les **juridictions relevant du Conseil d'Etat, que celles relevant de la Cour de cassation, sont compétentes pour vérifier la conformité du droit français à la Convention** pour le droit des personnes handicapées. Les personnes handicapées peuvent ainsi se prévaloir de la Convention devant les juridictions. Toutefois, **sont invocables devant les juridictions internes, seules les stipulations suffisamment précises et inconditionnelles, qui visent à garantir des droits au profit des particuliers et ne nécessitent pas de mesures nationales de mise en œuvre.**

L'effet direct des dispositions de la Convention n'a pas encore été précisé par les juges français. Toutefois, le Défenseur des droits a confié à deux magistrats des deux cours suprêmes françaises, la **mission de préciser, par une analyse théorique, l'effet et la portée des droits garantis par la Convention en droit national.**

En avril 2015, le Comité de suivi de la Convention a rappelé son intention de poursuivre l'étude juridique engagée.

III. Le contexte législatif national

La loi dite « **d'orientation en faveur des personnes handicapées** » a constitué le premier grand dispositif législatif mis en place en 1975. Elle a été suivie par celle du **10 juillet 1987 relative à l'insertion professionnelle et à l'emploi** et par la loi du **2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale**. L'évolution des aspirations et des besoins des personnes handicapées a cependant exigé de procéder à une profonde réforme de la

politique du handicap. **La loi du 11 Février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »** a pour ambition de respecter le libre choix de vie des personnes handicapées. Si la loi de 2005 et ses nombreux textes d'application énoncent un nombre important de droits et de mesures spécifiques nécessaires pour satisfaire aux attentes et aux besoins des personnes handicapées, l'un des principes fondamentaux de la politique du handicap est de favoriser l'accès des personnes handicapées au « droit commun », à savoir vivre dans la société comme tout citoyen.

IV. Le suivi de la mise en œuvre de la Convention par les instances nationales

1. Les référents handicap et le Comité Interministériel du Handicap (CIH)

Dans la mesure où la politique du handicap est par nature transversale, les autorités françaises ont désigné non pas une administration unique, mais **des référents handicap et accessibilité dans chaque ministère**¹. Ainsi existe-t-il des points de contacts dans chaque Cabinet et dans chaque administration ministérielle. Ces référents handicap et accessibilité ont notamment pour mission de suivre la mise en œuvre de la circulaire du Premier Ministre du 4 septembre 2012, confirmée par celle du 4 juillet 2014 pour la prise en compte du handicap dans les projets de loi².

Un **dispositif de coordination des points de contact** a été mis en place. Cette mission est dévolue au **Comité interministériel du handicap (CIH)**, créé par décret n° 2009-1367, du 6 novembre 2009. Le secrétaire général du CIH, peut solliciter et réunir, en tant que de besoin les référents handicap et accessibilité, afin de suivre et de coordonner la mise en œuvre des décisions prises par le comité interministériel. Plus généralement, **il est chargé de définir, coordonner et d'évaluer les politiques en direction des personnes handicapées et oriente les travaux pour la Conférence Nationale du Handicap.**

Afin de renforcer les liens étroits entre ce dispositif de coordination et les représentants des personnes handicapées, le secrétaire général du CIH exerce également les fonctions de Secrétaire du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH).

2. Le mécanisme de suivi indépendant

Le Gouvernement a désigné le Défenseur des droits comme mécanisme prévu à l'article 33.2 de la Convention. Le **Défenseur des droits** assure, en lien avec la **Commission Nationale Consultative des droits de l'Homme (CNCDDH)**, le **Conseil français des personnes handicapées sur les questions européennes et internationales (CFHE)** et le **Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH)**, le suivi de l'application de la Convention dans le cadre d'un comité de suivi. L'Etat, représenté par le **secrétariat général du Comité interministériel du handicap (CIH)**, assiste également aux travaux.

Depuis septembre 2012, le Comité de suivi s'est réuni une fois par an sous la présidence du Défenseur des droits. Au cours des réunions, les travaux du Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU sont présentés. Les observations dudit Comité sur l'interprétation de certains articles majeurs sont discutées. Il est fait état des ratifications de la Convention. Les membres décident aussi des différentes actions à réaliser au niveau national en matière de promotion des droits garantis par la Convention. Lors de la dernière réunion du 20 avril 2015, il a notamment été décidé de lancer des actions d'information auprès des acteurs en charge de l'application de la convention. Aussi, les membres ont souligné la nécessité d'engager des travaux sur l'élaboration d'outils de promotion de la convention à

¹ Cf. liste en annexe

² Comme précisé dans la première partie, point II.2) sur la prise en compte de la convention dans les politiques publiques

partir d'une approche par les droits de l'homme, sur l'accessibilité et la conception universelle des biens et services notamment numériques et sur la question de la capacité juridique des personnes handicapées.

De plus, le Comité de suivi entend poursuivre l'étude juridique engagée en 2014 sur l'effet direct des stipulations de la convention et de faire le point sur le dispositif national de recherche, information statistique, études et évaluations sur la situation des personnes handicapées.

Les différentes institutions qui composent le mécanisme de suivi :

- Le Défenseur des droits

Le Défenseur des droits, est une **autorité constitutionnelle indépendante**. Cette nouvelle institution française a été inscrite dans la Constitution lors de la révision du 23 juillet 2008 et a été créée par la loi organique et la loi ordinaire du 29 mars 2011. Cette institution, indépendante, a pour mission de défendre les droits et libertés individuels dans le cadre des **relations avec les administrations**, de défendre et promouvoir **les droits de l'enfant**, de **lutter contre les discriminations** prohibées par la loi et promouvoir l'égalité ainsi que de veiller au **respect de la déontologie par les personnes exerçant des activités de sécurité**. Afin d'accomplir ces missions, le Défenseur des droits est habilité à recevoir des réclamations individuelles, dispose de pouvoirs d'instruction et a le pouvoir de rechercher des règlements amiables ou encore d'intervenir dans des procédures judiciaires à l'appui d'un réclamant. Mais au-delà du traitement des réclamations individuelles, il vise à prévenir toute violation des droits en mettant en œuvre des actions concrètes de promotion de l'égalité, notamment en accompagnant le changement des pratiques des acteurs de l'emploi, du logement, de l'éducation et de l'accès aux biens et aux services, publics et privés. Il formule des propositions de modifications législatives ou réglementaires et des recommandations aux autorités publiques comme privées.

- La Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH)

La Commission nationale consultative des droits de l'homme est l'Institution Nationale des Droits de l'Homme (INDH) française créée en 1947. C'est une **structure de l'Etat qui assure en toute indépendance, auprès du gouvernement et du parlement un rôle de conseil et de proposition dans le domaine des droits de l'homme**. Elle a notamment pour mission de veiller au respect par la France de ses engagements institutionnels et internationaux. A ce titre, le 18 septembre 2015 elle a transmis au gouvernement une note sur le contenu du présent rapport formulant diverses remarques auxquelles le gouvernement s'est efforcé de répondre dans cette version finale. Elle a vu son statut renforcé par la loi du 5 mars 2007 et son décret d'application. Elle a été réaccréditée « A » en 2013 par le Comité international de coordination (CIC) des Institutions nationales des droits de l'Homme, en vertu des principes de Paris.

- Le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

Présenté à l'article L146-1 du Code de l'action sociale et des familles, « le Conseil national consultatif des personnes handicapées **assure la participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques les concernant**. Il peut être consulté par les ministres compétents sur tout projet, programme ou étude intéressant les personnes handicapées. Il peut se saisir de toute question relative à la politique concernant les personnes handicapées. Le conseil comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, des départements, des associations ou organismes regroupant des personnes handicapées, développant des actions de recherche dans le domaine du handicap ou finançant leur protection sociale, ainsi que des organisations syndicales et patronales représentatives ».

Le CNCPH est obligatoirement consulté par le Gouvernement lorsque ce dernier s'apprête à prendre un texte réglementaire en application de la loi du 11 février 2005 et peut l'être lorsqu'il s'agit d'une disposition de portée générale ayant une incidence sur la politique du handicap.

Différentes commissions composent le CNCPH. **Une commission sur le suivi de la Convention des Nations Unies a été créée.** Cette commission s'est réunie environ **une fois par mois depuis le 5 février 2013.** Elle est présidée par le CFHE.

- *Le Conseil Français des Personnes Handicapées pour les questions Européennes*

Le CFHE existe depuis 1993. En 2014, il représente une quarantaine d'associations nationales de personnes handicapées et de familles, couvrant les différentes formes de handicap. Le CFHE est membre du Forum Européen des Personnes Handicapées et mène un **grand travail de promotion des droits inscrits dans la Convention des Nations-Unies.** Il met celle-ci à disposition en version Facile-à-lire sur son site internet et retranscrit régulièrement l'actualité du Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU.

V. La coopération régionale et bilatérale

La protection régionale des droits de l'homme : La France doit rendre des rapports réguliers aux organes et mécanismes indépendants du Conseil de l'Europe. Elle a notamment reçu la visite de la Commission européenne contre le racisme et l'intolérance (ECRI), en mars 2015, et celle du Commissaire aux droits de l'Homme du 22 au 26 septembre 2014. Lors de sa visite, ce dernier a constaté que le cadre juridique en matière de handicap était développé et qu'il donnait la priorité à l'autonomie et à l'inclusion dans la société, mais que toutefois, en raison des difficultés de mobilité et d'accessibilité et des défaillances des dispositifs d'orientation et d'accompagnement des personnes handicapées, l'autonomie et l'inclusion n'étaient pas toujours garanties en pratique. Le Commissaire s'est dit également préoccupé par les milliers de personnes handicapées qui se voient contraintes de quitter la France pour chercher des solutions adaptées à leur situation à l'étranger. Tout aussi conscient de ce phénomène, l'Etat a récemment conclu un accord avec la Belgique.

L'accord cadre franco-belge : Au regard de l'estimation de la population handicapée (soit 9.6 millions de personnes), les personnes handicapées françaises accueillies en Belgique représentent 0.07 % des personnes handicapées en France. L'accueil des personnes handicapées françaises en Belgique est un phénomène ancien, qui peut s'expliquer par différentes raisons :

- des besoins d'accueil non satisfaits localement,
- une proximité géographique et linguistique,
- le choix de méthodes ou d'un projet d'accompagnement différent susceptible d'être préféré aux projets développés par les établissements français proposés aux parents.

L'accord cadre franco-belge sur l'accueil des personnes handicapées signé le 21 décembre 2011 par les ministres français et belge, avec une entrée en vigueur le 1er mars 2014, renforce la coopération entre les autorités belges (région Wallonne) et françaises afin de répondre à deux objectifs :

- **consolider la situation des personnes déjà accueillies en Belgique**, en leur garantissant un accompagnement de qualité et l'amélioration des conditions de prise en charge par l'assurance maladie et les conseils généraux.
- disposer, afin de mieux évaluer les besoins en France, d'éléments de **recensement des publics français et de leurs établissements d'hébergement.** Un relevé d'informations détaillées permettra de mieux connaître les populations accueillies en Belgique.

A cet effet, des travaux sont entrepris, en liaison avec les organismes d'assurance maladie, les agences régionales de santé et les départements, qui financent en partie l'accueil de personnes handicapées adultes. Ils ont pour but, à partir d'un premier recueil de données à opérer, d'organiser un dispositif qui permette en présence de cas d'accueil « faute de place » de dégager une solution locale.

Pour renforcer l'effectivité de l'accord cadre, une instruction en date du 22 janvier 2016, relative à la **mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique**³ a été adressée aux services. Le processus décrit dans la circulaire vise à organiser la recherche et la mobilisation, sur le territoire national, de solutions de proximité adaptées aux besoins des personnes handicapées. Ce processus doit être **mis en œuvre dès lors qu'une orientation vers un établissement belge, conventionné ou non, est sollicitée par les personnes ou anticipée par la MDPH**. Aussi, sa mise en œuvre conditionne l'utilisation des **crédits d'amorçage de 15M€** prévus en 2016 pour remédier à ces départs forcés préoccupants.

Toutefois, il faut noter qu'à tout moment, la personne peut confirmer son souhait d'accueil en Belgique en toute connaissance de cause. En effet, il ne s'agit pas de remettre en cause le principe de libre choix des personnes et de leurs familles qui ont la volonté de recourir à un établissement belge.

Première partie - Les dispositions générales de la Convention

I. Compréhension des notions et mise en œuvre des principes

1. L'approche du handicap prônée par la Convention

Au sens de la Convention, la participation des personnes handicapées à la société est limitée en raison de divers obstacles, qui peuvent inclure des barrières physiques, mais aussi des lois et politiques. Pour être conforme à la convention, la définition ne doit pas reposer sur une liste ou une description de déficiences ou sur des limitations fonctionnelles. La législation nationale doit concevoir le handicap comme le résultat de l'interaction entre la personne atteinte d'une déficience et les obstacles extérieurs à sa personne. Elle doit interdire la discrimination et promouvoir l'égalité au lieu de répertorier les différents handicaps.

L'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles donne une définition légale du handicap en France : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

La loi du 11 février 2005 a, pour la première fois, défini le handicap, qui est vu comme la combinaison de deux facteurs : les conséquences des déficiences de la personne, mais aussi l'inadaptation de la cité ou de l'environnement. **D'une part la loi répond au premier facteur par la reconnaissance d'un droit à compensation par la solidarité nationale**, avec la prestation de compensation du handicap. 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. Ainsi la prestation comprend différents types d'aides (aides humaines, techniques, animalières, d'aménagements du domicile, du véhicule avec

³ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/01/cir_40496.pdf

possibilités d'acquérir les produits rendus nécessaires par le handicap). **D'autre part, la loi répond au deuxième facteur 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 intègrent la dimension du handicap dans leurs préoccupations : santé, éducation, emploi, équipement, aménagement, transports, culture, sport, etc.

Cette définition permet d'appréhender le handicap dans sa dimension sociale, comme le fait la Convention, en l'analysant au travers du prisme des relations d'un individu à la société. Toutefois, il est vrai qu'elle désigne encore le handicap lui-même comme cause des difficultés rencontrées par cet individu pour s'insérer dans la société.

2. Du principe de non-discrimination, vers l'égalité des droits et des chances

Le principe de non-discrimination signifie que **tous les droits sont garantis à chacun sans distinction ni exclusion ou restriction fondée sur le handicap ayant pour but ou pour effet de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, par les personnes handicapées, des droits de l'homme.**

En France, l'interdiction des discriminations fondées sur le handicap repose sur différents textes. Ainsi, afin de lutter contre les discriminations fondées sur le handicap, la France a transposé, par la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008, plusieurs directives de l'Union européenne. L'article 1er de cette loi donne désormais une définition des discriminations directes ou indirectes qui sont interdites :

- « *Constitue une discrimination directe la situation dans laquelle, sur le fondement de [...] son handicap [...] une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne l'aura été dans une situation comparable* ».
- « *Constitue une discrimination indirecte une disposition, un critère ou une pratique neutre en apparence, mais susceptible d'entraîner, pour l'un des motifs mentionnés au premier alinéa, un désavantage particulier pour des personnes par rapport à d'autres personnes, à moins que cette disposition, ce critère ou cette pratique ne soit objectivement justifié par un but légitime et que les moyens pour réaliser ce but ne soient nécessaires et appropriés.* »

Par exemple en matière d'insertion professionnelle, ce principe implique pour les employeurs, tant publics que privés de ne pas refuser l'accès à un emploi à une personne à raison de son handicap ; que, sauf inaptitude médicalement constatée par le médecin du travail, les personnes handicapées doivent pouvoir postuler à n'importe quelle fonction, eu égard à leurs compétences, moyennant d'éventuels aménagements.

3. Modifier l'environnement : la notion d'aménagement raisonnable n'imposant pas de charge disproportionnée ou indue

Pour garantir le principe d'égalité de traitement entre les personnes handicapées et les autres, et par là-même l'inclusion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap, sont prévues des mesures d'aménagement permettant de neutraliser l'impact négatif d'un environnement non adapté sur la participation d'une personne handicapée.

L'aménagement raisonnable répond à un problème individuel, ce qui le distingue de l'accessibilité qui s'adresse à tous. La notion d'aménagement est comprise comme l'adaptation d'une règle ou d'une situation de façon à prendre en compte les besoins spécifiques d'une personne handicapée. L'aménagement doit être raisonnable, au sens où il doit s'intégrer dans un cadre organisationnel normal, répondre à un besoin d'utilisation à la

fois fréquent et durable, constituer un facteur d'amélioration de la vie sociale et/ou professionnelle, avoir un impact limité sur l'environnement et les autres personnes et ne pas demander d'efforts financiers irraisonnables. En outre, il doit renforcer la sécurité et l'autonomie de la personne handicapée.

Le caractère « raisonnable » doit être évalué par rapport à l'impact financier et organisationnel, ainsi que par la fréquence d'utilisation prévue.

Pour l'emploi et la formation des personnes handicapées, l'article L.5213-6 du code du travail soumet l'employeur à l'obligation de prendre des « mesures appropriées » mais dont la mise en œuvre ne doit pas constituer pour lui une charge « disproportionnée », notion faisant l'objet d'aucune définition précise mais qui s'apprécie par rapport à un faisceau d'indices (coût financier direct, taille et ressources de la structure employeur, possibilités d'aides publiques et/ou privées). Dès lors que l'employeur n'est pas en mesure de démontrer que l'aménagement de poste préconisé engendre une charge disproportionnée, son refus à obtempérer constitue une discrimination fondée sur le handicap.

4. La participation et l'intégration pleines et effectives à la société, l'autonomie individuelle, l'indépendance des personnes

L'intégration pleine et effective à la société, l'autonomie individuelle ou encore l'indépendance des personnes sont des principes qui impliquent notamment la liberté de choix de la personne handicapée, une aide personnalisée qui préviennent l'isolement, la désinstitutionnalisation, mais aussi l'ouverture des services publics généraux à tous.

La dernière Conférence Nationale du Handicap, sous l'autorité du Président de la République en date du 11 décembre 2014, a fixé trois objectifs principaux à la politique du handicap allant en ce sens :

- Promouvoir une société plus inclusive :

Il s'agit d'ouvrir davantage l'école aux enfants handicapés. Chaque projet d'école devra désormais comporter un volet sur l'accueil et les stratégies d'accompagnement des élèves à besoins éducatifs particuliers. Une société plus inclusive doit aussi permettre à l'ensemble des personnes handicapées, de vivre et travailler comme les autres, avec les autres.

- Garantir des parcours de vie et des soins adaptés :

Des travaux sont engagés pour apporter une réponse accompagnée pour toutes les personnes handicapées, notamment pour celles qui sont dans une situation particulièrement complexe. Cet enjeu implique une évolution profonde des pratiques professionnelles de tous les 41 acteurs (maisons départementales des personnes handicapées, agences régionales de santé, rectorats, conseils généraux, gestionnaires d'établissements) pour renforcer la coordination, mieux partager l'information, suivre plus étroitement les décisions d'orientation et les réévaluer régulièrement, mais aussi, dans les situations complexes, pour mobiliser diverses solutions.

- Améliorer la vie quotidienne des personnes les plus fragiles :

Différentes mesures concrètes sont mises en œuvre pour faciliter l'accès aux droits en évitant les procédures répétitives et en accélérant les délais de réponse de l'administration. Cela vise aussi bien la durée d'attribution de l'allocation pour adultes handicapés (AAH) que la possibilité pour les départements de mettre en œuvre un tiers-payant pour l'acquisition d'aides et dispositifs techniques. Des actions vont être engagées par ailleurs pour rendre plus compréhensibles certaines décisions concernant les personnes handicapées, comme les avis et décisions des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (« MDPH ») et des caisses d'allocations familiales qui seront rédigées en « Français facile à lire et à comprendre ».

5. *L'accessibilité et le développement de biens et services de conception universelle*

Être pleinement intégré dans la société signifie que les personnes handicapées sont reconnues et appréciées en tant que participants d'égale valeur. Pour que l'intégration soit complète, l'environnement physique et social doit aussi être accessible. Le handicap physique donne lieu à des aménagements de l'espace, le handicap sensoriel ou intellectuel est plus long et plus difficile à prendre en compte.

L'approche qui consiste à concevoir des outils selon le type de public atteint ses limites du fait de la disparité des handicaps. L'approche par la conception universelle prend le parti inverse, intégrer un ou plusieurs handicaps à la conception d'un objet, non pas spécifique, mais destiné à tous. **Au lieu d'adapter l'existant aux personnes en situation de handicap, la conception universelle propose d'intégrer le handicap directement au cahier des charges pour concevoir pour tous différemment.**

Dans une volonté d'inclusion, le législateur a fixé 10 ans pour la mise en accessibilité de tous les établissements recevant du public, soit le 31 décembre 2014, pour les bâtiments existants et l'obligation de construire des établissements recevant du public accessibles. Vu le nombre d'acteurs et les montants financiers à mobiliser, cet objectif tout souhaitable qu'il soit, n'a pas pu être atteint. Pour remédier à cette situation insatisfaisante, l'ordonnance du 26 septembre 2014, ratifiée par la loi n° 2015-988 du 5 août 2015 prévoit que, pour les établissements qui n'étaient pas encore accessibles au 1er janvier 2015, un nouveau dispositif appelé Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP), les oblige à le devenir dans un délai contraint sur la base d'un engagement physico-financier. Il permet, il est vrai, pour tout établissement respectant ce cadre de ne plus être soumis aux sanctions pénales prévues en la matière par la loi de 2005. Toutefois, si l'on compare ce chiffre avec le bilan de la loi du 11 février 2005 c'est une avancée positive. En effet, en l'espace de 10 ans, 50 000 ERP se sont rendus accessibles contre 338 568 engagements en l'espace de 10 mois. Ce premier résultat est plus qu'encourageant, bien qu'il ne soit pas suffisant.

6. *Le respect de la dignité intrinsèque*

Comme énoncé à l'article premier de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, la dignité est une qualité substantielle de la personne humaine : tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Le **Conseil Constitutionnel français a conféré une valeur constitutionnelle au principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine** dans une décision en date du 27 juillet 1994. C'est un principe matriciel, indérogeable et de ce principe découle d'autres droits. Notamment le droit au respect du corps humain, l'interdiction de la torture et des traitements inhumains ou dégradant ou encore l'interdiction de l'esclavage.

Le respect de la dignité intrinsèque implique par exemple de **surveiller les établissements psychiatriques et autres institutions afin de s'assurer que personne n'y a été placé en raison de son handicap sans que la personne concernée y ait librement consenti en pleine connaissance de cause.** Aussi, le respect de la dignité oblige à prendre des **mesures particulièrement adaptées aux détenus en situation de handicap physique ou psychique.** Récemment, l'Etat s'est fait condamner par la Cour européenne des droits de l'homme, dans l'arrêt *Helhal c. France* en date du 19 Février 2015. L'affaire concernait la compatibilité de l'état de santé d'un détenu handicapé avec son maintien en détention et les modalités de sa prise en charge en prison. En réponse à cette condamnation, le gouvernement a rapidement adopté des mesures individuelles nécessaires. L'établissement dans lequel séjourne actuellement le détenu permet de répondre aux besoins de prise en charge du requérant. En

particulier, ce dernier fait l'objet d'une incarcération adaptée pour personne à mobilité réduite dans une cellule munie d'un sol anti dérapant et équipée d'une douche adaptée. Le requérant est aussi suivi par un kinésithérapeute une fois par semaine. L'arrêt a été communiqué au ministère des affaires sociales et au ministère de la justice qui en ont assuré une large diffusion auprès de leurs services, ainsi qu'aux établissements pénitentiaires.

7. Le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé

Au regard de ce principe, l'enfant doit bénéficier dans toute la mesure du possible des conditions qui permettent son développement : maintien des liens affectifs avec son milieu familial, éducation et socialisation visant à son intégration. Les opinions de l'enfant doivent être dûment prises en considération lorsque l'enfant est capable de discernement. A mesure que les enfants acquièrent des capacités, ils ont droit à un niveau croissant de responsabilité en ce qui concerne le règlement des questions qui les concernent.

Il est largement reconnu que l'accès à l'éducation est essentiel à la réalisation du développement des potentialités de l'enfant. Selon l'article L. 112-1 du Code de l'éducation, « l'Etat met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés ». Afin d'améliorer encore les conditions d'accès à l'enseignement des élèves en situation de handicap, la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'Ecole de la République du 8 juillet 2013⁴ insiste sur le principe de l'école inclusive pour tous les élèves sans aucune distinction. Pour mettre en œuvre cette politique ambitieuse, d'importants moyens humains sont déployés. Depuis la rentrée scolaire de 2014, un véritable métier d'accompagnant des élèves en situation de handicap est créé⁵.

II. L'exécution des obligations générales énoncées dans la Convention

1. La formation des professionnels aux droits reconnus dans la Convention

La Commission ONU créée au sein du Conseil National Consultatif des Personnes handicapées (CNCPPH), s'est attachée à développer les actions à mettre en œuvre pour la promotion de la Convention : les élèves de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) auront dorénavant un cours sur ce thème. Cette école assure la formation des cadres supérieurs de la santé et du secteur social, au niveau national et international.

Par ailleurs, le Comité de suivi de la Convention entend mener des actions d'information auprès des acteurs en charge de l'application de la convention (professionnels du droit, administrations, collectivités territoriales, ...). En décembre 2013, une présentation de la Convention a été faite lors d'une journée thématique organisée par le Défenseur des droits et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) qui rassemblait les collaborateurs territoriaux du Défenseur des droits, des collaborateurs de la CNSA et des représentants de MDPH.

2. La prise en compte de la Convention dans les politiques publiques

- Les études d'impact préalables à tous les projets de loi

La circulaire du Premier Ministre du 4 septembre 2012, impose à tous les ministres de prévoir, lors de l'élaboration d'un projet de loi, une évaluation de l'impact des dispositions

⁴ LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République

⁵ Cf. développements sur le droit à l'éducation.

sur la situation des personnes handicapées en vue d'insérer des mesures adaptées les concernant. Cette analyse doit se baser tant sur la loi du 11 février 2005 que sur la Convention internationale. C'est la première fois que cette dernière était intégrée dans une instruction gouvernementale.

Le Défenseur des droits a élaboré un bilan début juillet 2013 de l'application de cette circulaire. Cette étude a montré qu'elle n'était pas appliquée correctement. En effet, force est de constater que les études d'impact des projets de loi depuis le début du quinquennat n'ont pas intégré une analyse complète et argumentée de la situation des personnes handicapées au regard des dispositions prévues par le nouveau texte.

Toutefois, le plan d'action gouvernemental présenté dans le rapport du Gouvernement au Parlement, prévoit la saisine obligatoire du CNCPH de tous les textes législatifs et règlementaires concernant directement les personnes handicapées. Le conseil assurera un suivi attentif et vigilant de cette disposition réclamée depuis longtemps et dont la mise en œuvre est essentielle pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap. Un rapprochement CNCPH-référents handicap et accessibilité permettra de progresser dans la mise en œuvre de la circulaire.

- *Les travaux de la Commission ONU au sein du CNCPH*

La Commission ONU au sein du Conseil National Consultatif des Personnes handicapées s'est d'abord donné pour mission de **mieux faire connaître la convention à l'ensemble des membres du CNCPH** par une information en séance plénière et dans le cadre des réunions des différentes commissions. A cet effet, un outil d'information a été élaboré sous forme d'un diaporama suite à une collaboration entre l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et le Conseil Français des personnes Handicapées sur les questions Européennes (CFHE). Ensuite, l'objectif majeur de la commission a été de **vérifier que les textes soumis au CNCPH soient en adéquation avec la Convention**. Il a été décidé que quelques référents de cette commission, selon les thématiques, élaboreraient un commentaire, des observations ou des avis sur les projets de textes. Aussi, un des objectifs de la commission a été d'organiser des débats au sein de la commission ONU à partir de certains articles pour mieux en appréhender les éventuelles conséquences sur notre législation et nos dispositifs actuels⁶.

- *La Conférence Nationale du Handicap*

Conformément à la Convention, qui prévoit la mise en œuvre d'un plan national d'action, il est prévu en France la tenue, tous les trois ans, d'une Conférence nationale du handicap (CNH), à laquelle sont conviés les associations représentatives des personnes handicapées, les représentants des organismes gestionnaires des établissements ou services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées, les représentants des départements et des organismes de sécurité sociale, les organisations syndicales et patronales représentatives et les organismes qualifiés, afin de débattre des orientations et des moyens de la politique concernant les personnes handicapées.

La première de ces conférences s'est tenue en juin 2008, la seconde en juin 2011 et la troisième en décembre 2014, sous la présidence du chef de l'Etat. La Convention internationale a guidé les travaux préparatoires de cette conférence et une présentation a été effectuée des articles concernés par la jeunesse, l'emploi, l'accessibilité et la santé, axes qui ont structuré le déroulé de l'évènement.

- *La dimension interministérielle de la politique du handicap*

⁶ Débats sur l'Article 12 : Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité ; Article 23 : Respect du domicile et de la famille ; Article 28 : Niveau de vie adéquat et protection sociale ; Article 29 : Participation à la vie politique et à la vie publique.

Le secrétaire général du Comité Interministériel du Handicap (CIH), placé auprès du Premier ministre, est chargé de préparer ses travaux et délibérations, ainsi que la coordination et le suivi de la mise en œuvre des décisions prises. La désignation de référents handicap et accessibilité dans chaque département ministériel permet **de garantir la prise en compte transversale du handicap dans la conduite des politiques publiques.**

3. La participation des personnes handicapées dans l'élaboration et la mise en œuvre des lois, des politiques, et des décisions qui les concernent

La Convention exige que les Etats parties « consultent étroitement » et fassent « activement participer » les personnes handicapées aux processus de prise de décisions les concernant, ainsi qu'à l'élaboration des lois et politiques publiques.

Cette participation est organisée à différents niveaux. Les personnes handicapées sont associées aux décisions individuelles qui les concernent, mais elles sont associées aussi, via leurs fédérations représentatives aux décisions et aux différentes normes juridiques (lois, décrets, arrêtés) qui fondent la politique du handicap en général. Les associations siègent de droit à la commission exécutive des MDPH, instance de pilotage, ainsi que dans les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Elles participent également aux commissions consultatives départementales de sécurité et d'accessibilité, aux commissions d'arrondissements et aux commissions communales et intercommunales d'accessibilité, chargée notamment de donner un avis sur l'accessibilité dans la procédure des permis de construire et des demandes d'autorisation de travaux.

La concertation institutionnelle avec les associations représentatives des personnes handicapées est assurée au niveau national via le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH). En vertu de l'article L. 146-1 du Code de l'Action sociale et des Familles, le CNCPH a officiellement pour mission d'assurer la participation des personnes handicapées dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques les concernant. Il associe les pouvoirs publics et la société civile. Depuis sa création, le CNCPH a examiné près de 150 textes d'application.

4. Les mesures d'ordre budgétaire

Les dépenses publiques consacrées aux personnes handicapées s'élèvent à près de 38 milliards d'euros en 2013 et leur progression annuelle est très dynamique (au minimum 4,7% par an en moyenne annuelle de 2007 à 2013), bien au-dessus de la croissance annuelle moyenne de l'ensemble des dépenses de protection sociale (qui s'élevaient à 652 Mds€ en 2012 et ont crû de 3,6% en moyenne annuelle de 2007 à 2012)⁷. Si la Sécurité sociale, en particulier l'assurance maladie, représente le premier financeur, juste avant l'Etat, les 101 départements de métropole et des outre-mer sont les plus dynamiques, suivis par l'Etat.

La répartition de l'ensemble des dépenses est la suivante :

- Sécurité sociale : 15,824 Mds d'euros
- Etat : 14,194 Mds d'euros
- Départements: 6,280 Mds d'euros soit 17 %
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) : 0,989 Mds d'euros
- AGEFIPH : 0,442 Mds d'euros

Aussi, l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) progresse, et la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est mieux adaptée aux besoins des personnes :

⁷ Cf. DREES, Etudes et résultats n°888, *Les comptes de la protection sociale en France et en Europe en 2012*, juillet 2014, tableau 2, évolution des prestations de protection sociale

- L'AAH a fait l'objet d'une revalorisation de 25% étalée sur quatre ans, pour atteindre au 1^{er} septembre 2012 plus de 776 € mensuels. Le montant actuel est de 800.45€ depuis octobre 2014. Cette revalorisation ne peut aller au-delà, compte tenu des contraintes financières actuelles. Le nombre d'allocataires, qui a fortement progressé ces dernières années, s'élevait au 31 décembre 2013 à 1 022 262 (sources : CNAF et CCMSA 2014). Le double effet « prix et volume » a entraîné une forte augmentation de la dépense pour l'Etat, soit 8,4 milliards d'euros pour 2014 (source : PLF 2014).
- La PCH, acquis important de la loi de 2005, est une aide personnalisée visant à financer les besoins de compensation (aides humaines, techniques, ...) des personnes handicapées au regard de leur projet de vie. Elle a connu une montée en charge importante. Au 1er janvier 2011, près de 112 000 personnes handicapées bénéficiaient de cette prestation, soit presque 4 fois plus qu'en 2008, pour une dépense totale de 1 080 M€ assurée majoritairement par les départements. Cette évolution dynamique a continué de se poursuivre, avec 172 000 bénéficiaires en France métropolitaine et dans les DOM au 31 décembre 2014.

5. Les données statistiques sur la situation des personnes handicapées

Le comité de suivi de la Convention s'est notamment donné pour objectif de faire le point sur le dispositif national de recherche, information statistiques, études et évaluations sur la situation des personnes handicapées.

La situation de handicap étant liée à l'interaction entre les capacités de la personne et les caractéristiques de son environnement, il est déjà difficile d'évaluer la population concernée par le handicap. Deux approches permettent de l'appréhender :

- **une approche sociologique à partir des enquêtes statistiques**, telles que l'enquête Handicap-Santé réalisée en 2008. Sept populations ont été identifiées parmi les personnes de 16 ans et plus vivant en logement ordinaire et ayant au moins une limitation fonctionnelle ou une limitation pour raison de santé d'une durée supérieure à 6 mois ou une restriction dans les activités au quotidien. Ces derniers représentent 11 500 000 personnes, soit 23% de cette classe d'âge. Parmi elles, le nombre des personnes de 60 ans ou plus approche les 6 millions, soit près de 45% de cette classe d'âge.
- **une approche administrative liée à la reconnaissance du droit à contrepartie financière avec les prestations versées aux personnes** (prestation de compensation du handicap, allocation d'adulte handicapé et d'éducation pour enfant handicapé, ...). En 2013, ce sont 2 491 900 personnes (PQE invalidité PLFSS 2015) qui ont reçu des prestations, soit plus de 20% par rapport à 2007. Pour autant, cette méthode présente des limites. Ces prestations pouvant se cumuler, il y a un risque de surestimation des personnes concernées. Aussi, il faut noter que les prestations sont octroyées sous conditions de ressources.

6. Le respect des droits sur l'ensemble du territoire de l'Etat

Les collectivités territoriales, qui bénéficient du principe de libre administration en vertu de l'article 72 de la constitution, ont de nombreuses compétences en matière de handicap, en particulier les 101 départements de métropole et des outre-mer. **Le département détient une compétence de droit commun en matière d'action sociale légale.** Le niveau départemental permet de mettre en œuvre à une échelle critique suffisante les services indispensables à la gestion des prestations d'aide sociale tout en maintenant une relation de proximité avec les usagers et les bénéficiaires. Dans ce cadre, le département joue un rôle important en matière de prise en compte du handicap. Notamment, il prend ainsi en charge la prestation de compensation du handicap et exerce la tutelle administrative et financière de la MDPH

(Maison départementale des personnes handicapées). Les communes conservent une compétence d'action sociale de proximité (ex : instruction des dossiers d'aide sociale par les centres communaux d'action sociale).

Concernant les MDPH, elles sont dotées d'un statut de groupement d'intérêt public, où les associations représentant les personnes handicapées sont parties prenantes des instances. **Elles sont chargées d'accueillir les personnes handicapées, de les informer, d'instruire et d'évaluer leurs besoins.** Elles organisent aussi le fonctionnement des Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, qui prennent les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne, sur proposition des équipes techniques des MDPH. Pour autant, l'augmentation du nombre de demandes adressées aux MDPH rend difficile la mission de ces structures, ne leur permettant pas toujours d'assurer une qualité de service correspondant aux attentes des personnes handicapées. Des projets sont en cours pour innover, moderniser et simplifier les processus en leur sein.

La création des Agences Régionales de Santé, en 2009, a instauré une gouvernance régionale nécessitant, par ailleurs, un effort de coordination avec le niveau départemental. Cette gouvernance régionale a pour vocation d'assurer une meilleure articulation entre les prises en charge sanitaire pour les soins et médico-sociale pour l'accompagnement. Cette coordination reste difficile à concrétiser, en particulier pour les personnes ayant un handicap complexe.

Les données détaillées sur les politiques publiques **dans les collectivités d'outre-mer** sont en annexe du présent rapport.

Deuxième partie - La mise en œuvre des droits garantis par les articles 5 à 30 de la Convention, à l'exclusion des articles 6 et 7

Article 5 - Egalité et non-discrimination

La législation française en matière de discriminations a évolué dans le sens à la fois d'une **extension des motifs de discrimination réprimés et d'une sanction pénale plus sévère des actes de discrimination, qui inclut les actes discriminatoires à l'encontre des personnes handicapées.** Aux termes de l'article 225-1 du code pénal: « *constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée* ».

L'article 225-2 précise que sont réprimés les comportements discriminatoires suivants :

- refuser la fourniture d'un bien ou d'un service ;
- entraver l'exercice normal d'une activité économique ;
- refuser d'embaucher, sanctionner ou licencier une personne;
- subordonner la fourniture d'un bien ou d'un service à une condition fondée sur l'un des éléments visés à l'article 225-1 ;
- subordonner une offre d'emploi, une demande de stage ou une période de formation en entreprise à une condition fondée sur l'un des éléments visés à l'article 225-1 ;
- refuser d'accepter une personne à l'un des stages visés par le 2° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale

Concernant la qualité des personnes pouvant être déclarées pénalement responsables : il peut s'agir indifféremment de professionnels, de particuliers, d'agents publics ou de personnes morales. Ces personnes encourent jusqu'à trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende. La sanction est aggravée (jusqu'à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende) lorsque le comportement discriminatoire est commis dans un lieu accueillant du public ou aux fins d'en interdire l'accès ou que la discrimination est commise par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public (article 432-7 du même code)⁸.

Les personnes pouvant introduire un recours en justice peuvent être la victime elle-même ou les associations régulièrement constituées depuis au moins cinq ans, dès lors qu'elles ont pour objet la lutte contre les discriminations.

Pour exercer ce recours, l'association devra justifier avoir reçu l'accord de la victime. Ce dispositif légal a d'ailleurs été complété, depuis la loi du 27 janvier 2014⁹, par l'harmonisation des délais de prescription pour les infractions prévues par la loi sur la liberté de la presse en matière de provocation à la discrimination ; le délai de prescription des diffamations et injures à raison du handicap ainsi que des provocations à la discrimination à raison du handicap a été porté à un an.

Un projet de loi déposé le 31 juillet 2015, actuellement à l'examen du Parlement, vise à créer une action de groupe en matière de discriminations. Elle permettra à une association, régulièrement déclarée depuis cinq ans au moins, pour la lutte contre les discriminations d'exercer une action en justice au nom de plusieurs personnes discriminées sur le fondement d'un même motif, dont le handicap, afin de donner sa pleine efficacité à la lutte contre les discriminations. L'action sera donc possible si plusieurs personnes sont discriminées en raison de leur handicap.

Pour garantir l'effectivité des dispositions pénales, des **circulaires et des dépêches** sont régulièrement adressées aux procureurs généraux afin d'attirer leur attention sur la nécessité d'apporter à ces faits une réponse pénale ferme et rapide. Consciente de la spécificité des enjeux de la lutte contre la discrimination, **la France a créé au sein de chaque tribunal de grande instance des pôles ou référents anti-discriminations.** L'objectif de ces pôles est à la fois de confier à un magistrat spécialisé le traitement de l'ensemble des infractions à caractère discriminatoire, et de favoriser les échanges entre les parquets et les associations pour apporter des réponses pertinentes à ce type de faits. 170 magistrats occupent actuellement cette fonction et sont présents dans tous les parquets sur le territoire national.

Par ailleurs, la France mène des **actions de sensibilisation et de diffusion de l'information, tant auprès du grand public, que des officiers de police judiciaire, ainsi que des associations investies dans la lutte contre les discriminations pour favoriser le signalement des faits.** Un site internet à destination du grand public a été lancé le 9 septembre 2015 (www.stop-discrimination.gouv.fr), afin d'informer les justiciables sur toutes les formes que peut prendre une discrimination, les sanctions qui peuvent être appliquées mais aussi sur les différents dispositifs d'aide et d'accompagnement mis en place. Le site est accompagné d'une campagne préventive « Luttons contre les a priori pour vaincre la discrimination », visant à sensibiliser les citoyens aux préjugés qui participent à créer des comportements discriminatoires.

⁸ Les condamnations prononcées pour les infractions de discrimination pour le motif discriminatoire de handicap, entre 2010 et 2014, figurent en Annexe 5 du présent rapport.

⁹ LOI n° 2014-56 du 27 janvier 2014 visant à harmoniser les délais de prescription des infractions prévues par la loi sur la liberté de la presse du 29 juillet 1881, commises en raison du sexe, de l'orientation ou de l'identité sexuelle ou du handicap

Pour garantir la cohérence de la politique nationale en matière de lutte contre les discriminations et le dialogue entre les acteurs de la lutte contre la discrimination, la France a mis en place des partenariats, sous forme de conventions ou de protocoles, notamment avec les associations de lutte contre les discriminations, ainsi qu'avec le Défenseur des droits.

Pour défendre leurs droits et lutter contre les différentes formes de discriminations, les personnes handicapées peuvent en effet saisir directement le Défenseur des droits. Le handicap constitue 20,80 % des réclamations adressées en 2014 en matière de discrimination. Il est le second motif après l'origine (23,70 %) et devant l'état de santé (13,30 %). Ces réclamations portent en premier lieu sur l'accès à l'emploi public (4,20 %), au service public (3,90 %), aux biens et aux services (3,60 %), à l'emploi privé (3,50 %), à l'éducation (3,30 %).

L'interdiction de toute discrimination directe ou indirecte fondée sur le handicap doit être distinguée de mesures de discrimination positive. Le Conseil constitutionnel n'admet les actions positives que lorsqu'elles promeuvent l'égalité des chances en combattant les difficultés spécifiques rencontrées par certains groupes pour s'insérer dans la société. Par exemple, c'est le cas en matière de quotas pour l'embauche des personnes handicapées. La loi du 10 juillet 1987 qui oblige les employeurs du secteur privé de plus de 20 salariés à employer 6% de personnes handicapées dans leurs effectifs en est un bon exemple.

Article 8 - Sensibilisation

A l'occasion de la journée mondiale du 3 décembre consacrée aux personnes en situation de handicap, le ministère de l'Education Nationale organise chaque année, en partenariat avec les associations, des actions de sensibilisation auprès des jeunes sur le handicap. La semaine pour l'emploi des personnes handicapées, organisée pour la 18ème fois en novembre 2014, est également l'occasion chaque année pour de multiples acteurs, de sensibiliser les employeurs mais aussi les personnes handicapées à la question de l'insertion professionnelle.

Il existe, en outre, de nombreux salons, grand public et professionnel, dédiés principalement à l'autonomie, à l'accessibilité, à l'insertion sociale et professionnelle organisés chaque année comme le salon AUTONOMIC à Paris et le salon HANDICA à Lyon, salons auxquels les ministères participent pour expliquer la politique mise en œuvre pour les personnes handicapées et échanger avec elles et leurs proches.

Article 9 - Accessibilité

La loi de 2005 a fait du principe de l'accessibilité au sens le plus large, un objectif essentiel et ambitieux de la politique du handicap. Ainsi, est visée l'accessibilité à tous les aspects de la vie quotidienne pour tous les types de handicap. Cela concerne l'accessibilité à la culture, au sport, au tourisme, aux nouvelles technologies, à tous les types de bâtiments (logements, locaux professionnels, établissements recevant du public-ERP), ainsi qu'à l'ensemble de la chaîne de déplacement (voierie, transports publics, espaces publics).

Aussi, une liste des diplômes, titres et certifications concernés par l'obligation de formation à l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées, dont les architectes par exemple, a été définie. Cette obligation a été étendue aux professionnels participant à l'aménagement du cadre bâti (designers d'objet, créateurs industriels,...). Par ailleurs, une formation continue des professionnels est organisée afin d'avoir une meilleure compréhension des enjeux de l'accessibilité.

- L'accessibilité des établissements recevant du public (ERP)

Le législateur a souhaité que la France permette à chacun quel que soit son handicap d'accéder à tous les lieux publics. Pour ce faire des objectifs de résultat et de moyens (diagnostic d'accessibilité et normes techniques) ont été fixés avec pour date buttoir le 1^{er} janvier 2015.

Au 1er juillet 2012 :

- 63 % des ERP intercommunaux de 1ère à 4ème catégories¹⁰ (27 % en 2010) et 56 % des ERP communaux de 1ère à 4ème catégories (35 % en 2010), sont diagnostiqués.
- 77 % des diagnostics des ERP des EPCI (56 % en 2010) et 74 % des diagnostics des ERP des communes (60 % en 2010), sont lancés ou achevés.

Au 31 décembre 2014, sur 1 million d'ERP :

- 250 000 sont aux normes de 2015 (les bâtiments neufs),
- 50 000 ERP existants se sont mis totalement aux normes.

Conscient que les 10 années octroyées par la loi n'ont pas permis d'atteindre leur objectif, celle-ci a été complétée afin de permettre aux ERP non accessibles totalement ou partiellement de poursuivre les travaux. L'ordonnance du 26 septembre 2014, ratifiée par la loi n° 2015-988 du 5 août 2015 est venue modifier les obligations issues de la loi de 2005. Pour les établissements qui n'étaient pas encore accessibles au 1er janvier 2015, un nouveau dispositif, appelé, Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP), les oblige à le devenir dans un délai contraint.

Les propriétaires/gestionnaires d'un ERP, lorsqu'ils déposent un Agenda d'Accessibilité Programmée, sont tenus de réaliser la mise en accessibilité dans les 3 ans. Ce dispositif est assorti de sanctions administratives qui s'ajoutent aux sanctions pénales déjà prévues par la loi de 2005 et dont les premières viendront abonder un fond dédié à l'accessibilité pour financer des actions de recherche et de développement en matière d'accessibilité ainsi que les travaux des maîtres d'ouvrage en grande difficulté financière

Parallèlement, des nouvelles commissions pour accessibilité ont été créées dans les collectivités locales de plus de 5 000 habitants. Celles-ci sont le lieu de la concertation sur les territoires entre les élus, les associations de personnes handicapées, âgées et les acteurs de la cité. Elles ont pour mission de dresser le constat d'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports, de recenser l'offre de logements et les établissements recevant du public accessibles. Elles peuvent faire toutes propositions utiles de nature à améliorer l'accessibilité.

- **L'accessibilité des transports et de la voirie**

La mise en accessibilité des transports et de la voirie s'appuie sur de nouveaux outils de planification et de programmation:

- les autorités organisatrices des transports doivent mettre en place un schéma directeur d'accessibilité des services (SDA). En juillet 2012, 86 % des SDA étaient adoptés ou en cours et 14 % non encore engagés.
- chaque commune doit élaborer un plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics (PAVE), intégré au plan de déplacements urbains lorsqu'il existe et fixant des dispositions susceptibles de rendre accessibles aux personnes handicapées et à mobilité réduite les circulations piétonnes et aires automobiles. Au 1er juillet 2012, près de 64 % des PAVE étaient en cours d'élaboration ou achevés, couvrant 85 % de la population et 13 % étaient adoptés, couvrant 30 % de la population.

¹⁰ Les établissements recevant du public sont classés en fonction du nombre de personnes ayant accès aux locaux
1ère catégorie : 1500 personnes et plus ; 2ème catégorie : entre 701 et 1500 personnes ; 3ème catégorie : entre 301 et 700 personnes ; 4ème catégorie : moins de 300 personnes (article R.123-19 du code de la construction et de l'habitation).

Les progrès en matière d'accessibilité ont été plus rapides dans les transports urbains que dans les transports interurbains. En effet, 90 % des autobus sont équipés de planchers bas et environ 25 000 points d'arrêt sont accessibles. Les lignes de transport guidé sont quant à elles accessibles sauf exception ponctuelle. S'agissant du transport ferroviaire, sur un total de 1 500 gares, environ 240 sont accessibles et la mise en accessibilité de plus de 900 autres est programmée dans les schémas directeurs. Les matériels roulants sont progressivement rendus accessibles soit dans le cadre de l'achat de nouveaux matériels roulants soit lors de la rénovation des matériels déjà en service.

- **L'accessibilité numérique**

Le décret du 14 mai 2009¹¹ pris en application de l'article 47 de la loi du 11 février 2005¹² crée un référentiel général d'accessibilité des administrations (RGAA) pour l'Etat, les collectivités territoriales et les établissements publics qui en dépendent. Elaboré en application des normes internationales d'accessibilité, il concerne les différents types de handicaps et les différentes technologies mises en œuvre par les services de communication publique en ligne. Le RGAA s'applique également aux applications informatiques internes aux administrations (intranet ou application métier) utilisés par les agents.

Aujourd'hui, les pouvoirs publics accusent un retard certain pour respecter l'accessibilité numérique, de nombreux sites internet ne respectant pas le RGAA alors que le décret de 2009 a fixé l'échéance de la mise en accessibilité en 2011. Après avoir actualisé le référentiel début 2015 pour tenir compte des évolutions technologiques, l'Etat a défini un plan d'actions qui vise à mettre en conformité les sites internet des différents ministères, à former les équipes et à développer un label pour mobiliser en interne toute la ligne hiérarchique des services publics et faire connaître les sites engagés dans une démarche d'accessibilité.

S'agissant du secteur privé, le gouvernement a décidé d'engager des actions pour sensibiliser les acteurs privés au respect de l'accessibilité numérique, notamment à travers la signature de chartres d'engagement volontaires, comme dans le secteur de la vente à distance ou avec les écoles numériques pour prendre en compte l'accessibilité dès les formations des professionnels du web.

- **L'accessibilité des médias**

Les dispositions de la loi du 11 février 2005 puis celles de la loi du 5 mars 2009 visent à rendre accessibles les programmes de télévision respectivement pour la première loi aux personnes sourdes et malentendantes et pour la seconde aux personnes aveugles et malvoyantes. Ces dispositions font l'objet d'un suivi attentif du Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) dans ses relations avec les chaînes de télévision. Toutes les grandes chaînes hertziennes, dont l'audience moyenne annuelle dépasse 2,5 %, ont du sous-titrer et audio-décrire leurs programmes, hors écrans publicitaires. Le CSA incite les autres chaînes à s'engager dans l'accessibilité de leurs émissions.

Par ailleurs, une charte relative à la qualité du sous-titrage à destination des personnes sourdes ou malentendantes a été signée le 12 décembre 2011 entre le CSA, les ministères chargés de la cohésion sociale et de la culture, les chaînes de télévision, les laboratoires de sous-titrage et les représentants associatifs des personnes sourdes ou malentendantes. Elle fait l'objet d'un suivi par le CSA.

S'agissant de l'usage de la langue des signes française (LSF) dans les programmes télévisés, le service public de télévision propose des émissions régulières doublées en LSF, depuis

11 Décret n° 2009-546 du 14 mai 2009 pris en application de l'article 47 de la loi du 11 février 2005 et créant un référentiel d'accessibilité des services de communication publique en ligne

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

2005, soit une croissance de 46 % en 5 ans. Même si cette démarche n'a, dans un premier temps, concerné principalement que des programmes d'informations ou de programmes politiques (accessibilité de trois journaux télévisés quotidiens sur les trois chaînes d'informations continues), l'accent a ensuite porté sur les programmes jeunesse afin que les jeunes sourds qui n'ont pas encore fait l'apprentissage de la lecture, puissent accéder à des programmes ludiques et animés en LSF. Une charte de qualité pour l'usage de la LSF dans les programmes télévisés a été signée le 15 janvier 2015 entre le CSA, le ministère en charge des personnes handicapées, les chaînes de télévision, les représentants des professionnels et des associations représentant les personnes sourdes et malentendantes.

Si des avancées sont à noter, le gouvernement veille à ce que les actions ainsi engagées se poursuivent d'une part pour déployer une solution d'affichage à la demande de la traduction en LSF sur un second écran et d'autre part pour assurer l'accès à l'audiodescription et au sous-titrage sur toute la chaîne de diffusion d'un film (cinéma, VAD, DVD, TV connectée).

- **Accessibilité des communications**

L'engagement a été pris par le gouvernement de promouvoir l'accessibilité du téléphone aux personnes sourdes ou malentendantes. En ce qui concerne le téléphone mobile, avant la définition d'une obligation réglementaire pour tous les opérateurs de téléphonie¹³, les 3 opérateurs (Bouygues Telecom, SFR et Orange France) s'étaient engagés dès 2005, avec la Fédération française des télécoms (FFT) et l'Association française des opérateurs de mobiles, à produire une offre de terminaux mobiles et de services adaptés aux différents types de handicap, en s'appuyant sur l'expertise des associations de personnes handicapées. 3 bilans annuels ont été établis permettant d'avancer en partenariat sur l'accessibilité des communications.

Par ailleurs, le 14 septembre 2011, s'est ouvert le premier centre national de relais des appels d'urgence (CNRAU)¹⁴ pour les personnes déficientes auditives¹⁵. Ce centre, porté par le centre hospitalier universitaire de Grenoble, permet à ces personnes, à partir d'un numéro d'appel unique, le 114, regroupant les services d'urgence sanitaire, de police et de gendarmerie, d'adresser leurs appels d'urgence. Dans une première phase, les appels d'urgence sont acheminés par fax et par SMS. Dans une deuxième phase prévue en 2015-2016, le CNRAU pourra être accessible en mode "conversation totale" (audio, vidéo, texte). Dans la même logique, la création d'un centre relais d'appels téléphoniques généralistes concernant les usagers sourds ou malentendants et représentant les trois modes et supports de communication (langue des signes française, langage parlé complété, écrit) est prévu dans ce même décret. Ainsi, l'expérimentation de ce centre a été lancée en 2014 en vue d'évaluer les besoins et les usages des utilisateurs ainsi que le fonctionnement et l'activité du centre. L'objectif est d'examiner les modalités d'accessibilité des personnes sourdes et malentendantes aux services téléphoniques, ainsi qu'aux personnes sourdes-aveugles, sourdes-malvoyantes et aphasiques. Après un an d'expérimentation, son évaluation va permettre de proposer différents scénarios pour une généralisation de l'accessibilité téléphonique, la solution validée par le gouvernement devant ensuite être inscrite dans un projet de loi relatif au numérique.

Article 10 - Droit à la vie

¹³ Décret n° 2006-268 du 7 mars 2006 relatif aux conditions d'établissement et d'exploitation des réseaux et à la fourniture de services de radiocommunications mobile

¹⁴ Guide pratique d'utilisation de ce centre: <http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/guidederversion-2.pdf>

¹⁵ Décret du 14 avril 2008 relatif à la réception et à l'orientation des appels d'urgence des personnes déficientes auditives

L'évolution des techniques au cours des dernières décennies a bénéficié à l'ensemble des champs de la médecine. Dans le domaine prénatal, elle a permis d'améliorer les soins et la prévention au cours de cette période pour les couples qui le souhaitent. La question de l'étendue, et donc des limites, des droits des personnes au regard des prestations biomédicales rendues disponibles par l'évolution des connaissances scientifiques a abouti en France au corpus juridique bioéthique, constitué dès 1994 et périodiquement révisé¹⁶.

Dans ce cadre, le législateur a pris en compte l'homme en tant que personne humaine, dans sa dignité et sa liberté mais également en tant qu'espèce humaine, dans son identité et sa diversité. Les lois de bioéthique nationales ont posé des principes généraux de protection de la personne humaine comme, par exemple, l'interdiction de la sélection des personnes, quels que soient les critères de sélection (ce qui inclut le handicap). Ainsi, l'eugénisme est expressément condamné par l'article 16-4, alinéa 2 du code civil, qui est d'ordre public. L'article 214-1 du code pénal punit la mise en œuvre d'une pratique eugénique tendant à l'organisation de la sélection des personnes d'une peine de 30 ans de réclusion criminelle et de 7 500 000 € d'amende. Ces lois ont également décliné, dès 1994, les règles d'organisation de certains secteurs d'activités médicales, dont celui du diagnostic prénatal et du diagnostic préimplantatoire. Si le droit en vigueur permet à un couple qui le souhaite de recourir à une interruption de grossesse pour des raisons médicales (IMG), le cadre fixé par la loi est strict : l'affection dont souffre le fœtus doit être « *particulièrement grave* » et « *reconnue comme incurable au moment du diagnostic* ». Ces deux notions ne concernent pas le handicap, qui n'est pas cité dans les textes.

En tout état de cause, rien n'est imposé à la femme enceinte, ni l'étape de dépistage, ni celle de diagnostic, ni *a fortiori* le recours à une IMG. La femme enceinte et le couple restent ainsi libres du choix final.

Article 11 - Situations de risque et situations d'urgence humanitaire

Les pouvoirs publics sont attentifs à la nécessité de mettre en place des réponses adaptées aux besoins des personnes vulnérables, en particulier les personnes handicapées, lors de situations de risque ou d'urgence humanitaire.

La loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap a institué dans chaque département un Plan d'Alerte et d'Urgence destiné aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap en cas de risques exceptionnels ainsi que la mise en place au niveau des mairies de registres communaux recensant les personnes vulnérables.

Par ailleurs, la circulaire ministérielle du 14 juin 2007, relative à la mise en place dans les établissements hébergeant ou accueillant des personnes handicapées, des mesures préconisées dans le cadre des « plans bleus », a étendu aux établissements pour personnes handicapées la préparation de modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.

Ces dispositifs sont notamment mobilisés dans le cadre d'évènements climatiques exceptionnels tels que la canicule ou le grand froid, dans les conditions définies respectivement dans l'instruction interministérielle annuelle relative au Plan National Canicule et dans l'instruction interministérielle annuelle relative au guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid.

Article 12 - Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité

Il convient, à titre liminaire, de préciser la distinction opérée en droit français entre la capacité et la personnalité juridique ; distinction clairement opérée par l'article 12 de la Convention

¹⁶ LOI n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique et LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique

qui y consacre deux paragraphes distincts. **La personnalité juridique se définit comme l'aptitude à être titulaire de droits : ainsi, toute personne qu'elle souffre ou non d'une altération de ses facultés, qu'elle soit mineure ou majeure, sous mesure de protection ou non, est titulaire de droits. La capacité juridique désigne quant à elle l'aptitude à exercer les droits dont on est titulaire.** La personne en situation de handicap peut bénéficier d'une mesure de protection juridique, qui peut aboutir à une restriction plus ou moins étendue de sa capacité juridique sans que, pour autant, cela n'affecte sa personnalité juridique.

- En vertu de la loi française, les mesures de protection juridique des majeurs doivent répondre aux principes de nécessité, de subsidiarité et de proportionnalité (article 428 du Code civil).

Ainsi, les mesures de protection ne sont prises que si elles s'avèrent **nécessaires**. Elles ne seront possibles que si l'altération des facultés est constatée par un certificat médical circonstancié; elles doivent être ensuite **subsidiaires**, c'est-à-dire que le juge ne peut les prononcer que lorsque des dispositifs juridiques moins contraignants ne peuvent être mis en œuvre ; elles doivent être enfin **proportionnées**, c'est-à-dire adaptées à chaque cas particulier.

La mesure de protection ne peut en outre être ordonnée **qu'après audition par le juge** de la personne concernée, sauf si son état ne le lui permet pas ; celle-ci peut être assistée par un avocat. Au cours de cette audition, le consentement de la personne concernée est systématiquement recherché. Les mesures prises **font obligatoirement l'objet d'une révision**, en principe tous les 5 ans. Ces mesures sont de la compétence du juge des tutelles saisi d'une demande émanant de la personne à protéger, de sa famille ou d'un proche, ou encore du procureur de la République.

Les aménagements de la capacité juridique des personnes concernées peuvent être plus ou moins importants. Différents régimes coexistent en effet : la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle. La tutelle, qui représente la mesure la plus grave, ne peut être prononcée que s'il est nécessaire que la personne soit représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile. Au 31 décembre 2013, sur un total de 647 746 mesures de protection, 359 237 étaient des mesures de tutelle¹⁷. Même en matière de tutelle, la loi réserve **certaines actes considérés comme strictement personnels pour lesquels il n'est pas possible de prendre une décision au nom d'un majeur protégé**¹⁸. D'autres actes importants de la vie civile, tels que le mariage peuvent quant à eux être soumis non seulement au consentement de la personne concernée mais également à une autorisation « *au regard des obligations tant personnelles que patrimoniales qui en résultent* »¹⁹. Dans un avis du 16 avril 2015 sur le consentement des personnes vulnérables, la CNCDH a souligné que « *la notion de consentement gradué introduite par la loi du 5 mars 2007 a contribué à favoriser la prise en compte de l'autonomie de la personne protégée ou vulnérable* ».

La France a engagé des réformes, afin de mieux informer les intéressés de leurs droits, et de permettre un meilleur accompagnement dans l'exercice de leur capacité juridique.

¹⁷ Le handicap ne constituant pas en lui-même une condition d'instauration de protection par un juge, il n'existe aucune donnée statistique sur le nombre de personnes reconnues comme étant en situation de handicap et faisant l'objet d'une mesure de protection.

¹⁸ Article 458 du code civil : « *Sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi, l'accomplissement des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée. Sont réputés strictement personnels la déclaration de naissance d'un enfant, sa reconnaissance, les actes de l'autorité parentale relatifs à la personne d'un enfant, la déclaration du choix ou du changement du nom d'un enfant et le consentement donné à sa propre adoption ou à celle de son enfant.* »

¹⁹ Décision QPC n° 2012-260 du Conseil constitutionnel rendue notamment sous le visa de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ayant déclaré conforme à la Constitution française les dispositions du code civil relatives au mariage d'une personne sous tutelle ou sous curatelle.

- Ainsi, la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a introduit des modifications visant à unifier le cadre juridique de la protection des personnes vulnérables. Désormais, tous les mandataires judiciaires à la protection des majeurs (professionnel désigné par le juge des tutelles pour assurer à titre habituel l'exercice de la mesure de protection) remettent personnellement à la personne protégée en plus d'une **notice d'information** à laquelle est annexée une **charte des droits de la personne protégée**, un **document individuel de protection des majeurs**. Ce document, élaboré avec la participation de la personne concernée, définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service où est accueillie la personne protégée. Il permet ainsi de formaliser la prise en charge prévue en lien avec la personne, de renforcer l'individualisation de la mesure de protection et d'associer la personne protégée à sa protection. Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas d'en mesurer la portée, les mandataires remettent ces documents à un membre du conseil de famille s'il a été constitué ou, à défaut, à un parent, un allié ou une personne de son entourage dont il connaît l'existence, le cas échéant à la personne de confiance.
- **Pour toute décision relative à un acte médical, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé** habilite le gouvernement à prendre des dispositions par voie d'ordonnance, dans un délai de 18 mois, aux fins de mieux articuler les dispositions du code civil et du code de la santé publique relatives aux conditions dans lesquelles peut s'exprimer la volonté des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, au sens des dispositions relatives aux mesures de protection juridique des majeurs dans le code civil.
- Outre les mesures de protection juridique, le législateur a mis en place plusieurs **mesures d'accompagnement** des personnes les plus vulnérables dans l'exercice de leurs droits

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a introduit le dispositif de la « **personne de confiance** », qui permet de désigner la personne de son choix pour être aidé, conseillé et accompagné dans ses démarches (article L.1111-6 du code de santé publique) : « *toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin* ». Réservé à l'origine aux seuls usagers du système de santé, ce dispositif a été étendu aux usagers du secteur social et médico-social par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 sur l'adaptation de la société au vieillissement. Il est ainsi proposé **à la personne majeure accueillie dans un établissement ou un service social ou médico-social de désigner, si elle ne l'a pas déjà fait, une personne de confiance** dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique (article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles).

La personne de confiance est consultée dans le cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance ou la compréhension de ses droits. Si la personne le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

D'autres mesures d'accompagnement sont liées à la gestion de prestations sociales. Elles sont destinées à aider des personnes majeures dont les facultés ne sont pas altérées, mais qui sont en grande difficulté sociale et qui perçoivent des prestations sociales. Elles peuvent donc être destinées à des personnes en situation de handicap. Facteurs de prévention, ces mesures peuvent aussi permettre d'éviter une dégradation de la situation qui nécessiterait le recours à une curatelle ou une tutelle. Il en existe deux types : la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) et la mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ).

La mesure d'accompagnement social personnalisé (articles L.271-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles), instaurée par la loi du 5 mars 2007, est une mesure administrative dont le but est de permettre au majeur concerné de gérer à nouveau ses prestations sociales de manière autonome et de prévenir des risques encourus en matière de santé et de sécurité matérielle. A cette fin, la personne bénéficie d'une aide à la gestion de ses prestations sociales et d'un accompagnement social individualisé mis en œuvre par les services sociaux du département. A la différence de la mesure d'accompagnement judiciaire (infra), cette mesure sociale prend la forme d'un contrat d'accompagnement social personnalisé, susceptible d'être modifié, qui contient des engagements réciproques entre le département et la personne concernée. Ce dispositif de gestion budgétaire et d'accompagnement social, positionné entre l'accompagnement social et les mesures judiciaires plus lourdes, n'atténue pas la capacité juridique des personnes. Le projet AJuPID, financé par l'Union européenne, l'a d'ailleurs sélectionné comme pratique encourageante en matière de capacité juridique.

La mesure d'accompagnement judiciaire (articles 495 et suivants du code civil) vise également à rétablir l'autonomie d'une personne dans la gestion de ses ressources, lorsque le dispositif social personnalisé susmentionné n'a pas permis une gestion satisfaisante, par celle-ci, de ses prestations sociales et que sa santé ou sa sécurité en est compromise. Il convient de noter qu'il n'y a pas lieu de prononcer cette mesure à l'égard d'une personne mariée lorsque l'application des règles relatives aux droits et devoirs respectifs des époux et aux régimes matrimoniaux permet une gestion satisfaisante des prestations sociales de l'intéressé par son conjoint. Cette mesure d'accompagnement revêt, contrairement au dispositif social, un caractère contraignant dans la mesure où elle est ordonnée par le juge, sans toutefois emporter une quelconque incapacité juridique. La personne concernée peut procéder à tous les actes de la vie civile.

Par ailleurs, la loi du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé a créé la convention «**s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé (AERAS)**», qui permet aux personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé ou un handicap, d'obtenir un prêt immobilier ou un crédit à la consommation plus facilement et sans avoir à compléter un questionnaire médical (art L 1141-2 code de la santé publique). Cette convention est présentée comme une exception positive au principe d'égalité de traitement et permet aux personnes concernées d'accéder plus facilement au crédit.

Ces dispositifs d'accompagnement visent à amener les intéressés en grande difficulté sociale et économique à plus d'autonomie. Ils instaurent, aux côtés des régimes de protection juridique classiques, une véritable gradation, en fonction des situations et favorisant à chaque fois des processus d'accompagnement plutôt que de substitution.

Article 13 - Accès à la justice

Différentes mesures ont été introduites pour assurer aux personnes handicapées un accès effectif à la justice à tous les stades de la procédure judiciaire.

La France a mis en place une politique volontariste d'accès au droit et à la justice dès la loi n°91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique, qui organise l'accès à la justice et au droit, au travers d'une aide personnalisée, à la fois financière sous condition de ressources dans le cadre l'aide juridictionnelle, et de conseil dans le cadre de conseils juridiques délivrés sur l'ensemble du territoire national dans des lieux dédiés. La France a veillé à adapter cette politique pour permettre de répondre aux besoins des différents publics, accordant une attention aux besoins des personnes en situation de handicap.

La loi française prévoit un accompagnement spécifique dans le cadre des procédures, tant devant la justice administrative, civile que pénale. Ainsi, en application de l'article 76 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, un soutien spécifique de nature à garantir la pleine accessibilité de la justice, est prévu :

- « toute personne sourde bénéficie du dispositif de communication adapté de son choix. Ces frais sont pris en charge par l'Etat ».
- « lorsque les circonstances l'exigent, il est mis à la disposition des personnes déficientes visuelles une aide technique leur permettant d'avoir accès aux pièces du dossier selon des modalités fixées par voie réglementaire ».
- Enfin, « les personnes aphasiques peuvent se faire accompagner devant les juridictions par une personne de leur choix ou un professionnel, compte tenu de leurs difficultés de communication liées à une perte totale ou partielle du langage »

La situation des personnes handicapées justifie aussi qu'un accueil, une écoute et un accompagnement particulier soient organisés en matière d'accès au droit. A cet égard, la France a mis en place des permanences juridiques à destination des personnes en situation de handicap dans les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). A Paris par exemple, une permanence juridique en langue des signes est assurée depuis 2002 en vue d'aider les personnes sourdes à s'orienter dans le système judiciaire et les informer, à leur demande, sur leurs droits en qualité de personnes handicapées. Le Conseil départemental d'accès au droit²⁰ du Nord, en collaboration avec le Barreau de Paris, propose depuis 2011 des « points d'accès aux droits » pour les personnes souffrant de handicap psychosocial et hospitalisées sans leur consentement, consistant dans des permanences mensuelles gratuites d'avocats au sein des hôpitaux. Cette initiative bénéficie également aux personnes en situation de déficience intellectuelle. Ce dispositif a été retenu par le projet européen AJuPID (Accès à la Justice des Personnes Déficiences Intellectuelles)²¹ comme pratique encourageante en matière d'accès à la justice. L'AJuPID considère cette pratique comme particulièrement efficace, les avocats intervenants ayant tous reçu une formation spécifique pour participer au dispositif.

Pour les établissements pénitentiaires, la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a prévu l'aménagement d'une cellule pour l'accueil d'une personne handicapée par tranche de construction de 150 cellules. Des dispositions similaires sont prévues dans le cadre des rénovations des établissements. Des arrêtés fixent les règles d'accessibilité des établissements pénitentiaires en voie de construction ou existants. Conformément à la nécessité d'accessibilité « universelle » et à la prise en charge de tous les handicaps, ces arrêtés prennent en compte les handicaps moteurs, sensoriels et psychiques.

Article 14 - Liberté et sécurité de la personne

La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement et aux modalités de leur prise en charge, modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 a réformé les conditions de prise en charge des personnes jusqu'à lors "hospitalisées sans consentement", soit à la suite d'une demande faite

²⁰ Les Conseils départementaux d'accès au droit sont chargés de définir et mettre en œuvre au niveau départemental les politiques d'accès au droit. Présidé par le Président du Tribunal de Grande Instance, ces conseils réunissent les professionnels du droit, les collectivités locales en charge des politiques sociales, les associations spécialisées, ainsi que le Préfet du département.

²¹ Lancé en 2014, le projet AJuPID vise à informer les aidants potentiels ainsi que le personnel judiciaire sur les droits des personnes en situation de déficience intellectuelle et la façon de les soutenir de manière adéquate. Le projet AJuPID est cofinancé par la Commission européenne. Le projet regroupe dix partenaires en provenance de six pays européens, dont la France.

par un tiers, soit sur décision préfectorale prononcée d'office en cas de menace à "l'ordre public ou à la sûreté des personnes". La notion "d'hospitalisation sans consentement" a été supprimée et remplacée par celle de "soins sans consentement", ouvrant ainsi la possibilité d'adapter la modalité de prise en charge à l'état de santé de chaque patient et à ses évolutions. Ainsi, un patient peut être hospitalisé à temps complet ou pris en charge selon un programme de soins pouvant prévoir une hospitalisation partielle, à domicile, des soins ambulatoires ou combiner plusieurs de ces modalités. Le choix entre les différentes modalités de prise en charge intervient, sur avis médical, après une période d'observation en hospitalisation complète d'une durée maximum de 72 heures.

La loi aménage également les conditions du suivi des personnes prises en charge selon un programme de soins. A la suite de la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010, la loi impose un contrôle systématique du juge des libertés et de la détention pour toute mesure d'hospitalisation complète, au plus tard le 12ème jour après l'admission. Un nouveau contrôle du juge est également prévu au moins tous les six mois. Dans les deux cas, la personne concernée peut être assistée d'un avocat. Enfin, la loi précise les obligations incombant aux établissements de santé en matière d'information des patients sur leurs droits et les raisons des soins qui leur sont imposés ainsi qu'une extension de leurs possibilités d'exprimer un avis sur les mesures les concernant.

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 22(article 22) a consacré le principe selon lequel « l'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits. L'exercice de ceux-ci ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles résultant des contraintes inhérentes à la détention, du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la récidive et de la protection de l'intérêt des victimes. Ces restrictions tiennent compte de l'âge, de l'état de santé, **du handicap** et de la personnalité de la personne détenue ».

- **Les personnes souffrant d'altération de leurs facultés mentales, doivent se voir systématiquement proposer un traitement et un suivi médical adaptés.**

Pour ce qui concerne les soins psychiatriques aux personnes détenues, ils sont organisés par le décret n° 86-602 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique du 14 mars 1986 qui confie le dispositif de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire au service public hospitalier et la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 qui dispose que l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues sont transférées au service public hospitalier. Un « guide pratique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous la main de la justice », élaboré conjointement par le ministère de la Justice et le ministère en charge de la santé, est diffusé aux acteurs concernés.

- **Outre la question de l'accès au soin, des aménagements de peines peuvent être apportés pour des personnes détenues en situation de handicap.**

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades offre au détenu la possibilité de demander sa libération si sa « santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention » (article 720-1-1 du Code de procédure pénale) « quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir ». Depuis la loi n°2014-896 du 15 août 2014, cette mesure d'aménagement de la peine nécessite la constatation préalable établie par un seul expert (au lieu de deux experts auparavant).

²² LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

Il convient de noter que l'accueil et les modalités de prise en charge des personnes souffrant de handicap font l'objet d'une attention particulière du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) lors des visites d'établissements relevant de sa compétence, qu'il s'agisse d'établissements pénitentiaires ou d'établissements de santé recevant des personnes hospitalisées sous contrainte. Le CGLPL est très régulièrement saisi par des personnes détenues de questions en lien avec la prise en charge du handicap, sur le fondement de l'article 6 de la loi du 30 octobre 2007 modifiée²³. Plusieurs enquêtes sur place ont été diligentées à l'issue de telles saisines, afin d'appréhender au sein des établissements désignés la prise en charge des personnes détenues en situation de handicap. Ces vérifications ont été l'occasion de recommandations particulières auprès des directeurs des établissements concernés.

De nombreuses mesures ont été prises en réponse à ces recommandations. Récemment, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a prévu qu'un **registre des placements en chambre d'isolement et de contention doit être tenu dans chaque établissement psychiatrique**, mentionnant le nom du psychiatre ayant décidé la mesure, et celui des professionnels l'ayant contrôlé. Ce registre pourra être consulté, sur leur demande, par la commission départementale des soins psychiatriques, le contrôleur général des lieux de privation de liberté et les parlementaires. Un rapport sera établi annuellement rendant compte des pratiques.

L'autorité judiciaire qui exerce un contrôle des établissements psychiatriques doit veiller au respect de l'ensemble de ces droits. Un projet de circulaire, s'appuyant sur les rapports du Contrôleur général et rappelant le rôle du procureur de la République lors des visites des lieux de privation de liberté, est en cours d'élaboration.

Enfin, il faut noter que le Défenseur des droits participe aussi, aux côtés du CGLPL, au respect des droits des personnes en situation de handicap détenues ou placées en garde à vue. De manière préventive, il insiste régulièrement sur la nécessité de prévoir des mesures adaptées au handicap ou en cas d'impossibilité, de mettre en place des mesures alternatives à la détention. En outre, il peut être directement saisi par un détenu et se prononcer sur sa situation particulière, comme en avril 2013 lorsqu'il a adopté une décision sur les conditions de détention d'une personne atteinte de surdité profonde.

Article 15 - Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

Tout citoyen de la République, qu'il soit valide ou en situation de handicap, ne peut être « soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants », conformément au corpus juridique national et international.

S'agissant des recherches biomédicales, qualifiées ici d'expériences médicales ou scientifiques, dès lors qu'elles sont réalisées dans les conditions prévues par la loi et garantissant le droit au respect de la personne, elles ne sauraient être qualifiées de traitements inhumains et dégradants. Il s'agit de permettre aux personnes handicapées de bénéficier des progrès que génère la recherche. Les personnes handicapées doivent donc pouvoir y participer en vue de faire avancer les thérapeutiques et les prises en charge. Cette participation doit cependant être soumise à des conditions strictes garantissant la protection de la personne et de ses droits. Ainsi, le code de la santé publique prévoit que toute personne doit donner son consentement libre et éclairé pour participer à une recherche biomédicale et, peut à tout moment s'opposer à la réalisation et à la poursuite de cette recherche²⁴. Ce même code prévoit

²³ LOI n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté

²⁴ Articles L.1122-1 et suivants du code de la santé publique

les modalités d'autorisation de ces recherches pour les personnes qui seraient hors d'état de consentir et leur permet à elles aussi de s'opposer à leur réalisation.

S'agissant de l'accompagnement des enfants et adultes autistes et particulièrement de la pratique du "packing", cette pratique est considérée comme un acte de maltraitance. Cette position a été rappelée très clairement par la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, Madame Ségolène Neuville, lors du Comité National Autisme du 21 avril 2016. Désormais, la signature de contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements médico-sociaux sera conditionnée au respect d'engagements de lutte contre la maltraitance, et donc à l'absence de pratique du "packing".

Article 16 - Droit de ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance

La protection des personnes handicapées contre toutes formes d'exploitation, de violence ou de maltraitance est une priorité du Gouvernement. Les personnes handicapées sont susceptibles d'être victimes de maltraitements dans la mesure où elles présentent des facteurs de vulnérabilité, une fragilité physique, intellectuelle ou psychologique, la vulnérabilité étant reconnue par le code pénal²⁵.

Au niveau national, le ministère des affaires sociales a défini, en mars 2007, un plan de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et a mis en place un comité national pour la bientraitance et les droits. Instance d'échanges entre les représentants des personnes âgées et handicapées, les professionnels du secteur, l'administration et les ministres, il travaille actuellement sur la promotion des bonnes pratiques et des droits de ces personnes.

En outre, afin de mener une véritable politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance, l'Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a élaboré des recommandations sur ce champ (bientraitance et rôle de l'encadrement au titre de la prévention et du traitement de la maltraitance à domicile et en établissement). De plus, depuis 2008, a été ouverte la ligne téléphonique 39 77, numéro national d'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées victimes de maltraitance. Elle centralise l'ensemble des appels et assure une première écoute, une orientation et un suivi des cas de maltraitance signalés. Les dossiers correspondants font l'objet, si besoin, d'une transmission aux autorités administratives et judiciaires compétentes. La ligne téléphonique 119 pour l'enfance en danger concerne également les jeunes en situation de handicap.

Deux systèmes d'information ont été développés pour mieux connaître et prévenir les cas de violence ou de maltraitance : PRISME ((Prévention des Risques - Inspection - Signalement Maltraitance en Etablissement social et médico-social) et PLAINTES (logiciel de suivi des plaintes). Les données recueillies (nature et origine des signalements, identification des facteurs de risque, suivi du traitement des situations de maltraitance, inspections et suites données ...) améliorent le pilotage régional et national d'action de prévention et de lutte contre la maltraitance.

Au niveau territorial, la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance constitue une des missions des Agences Régionales de Santé (ARS), qui ont l'obligation d'alerter, transmettre et contrôler les situations de maltraitance déclarés par les établissements. Elles en informent les services centraux du ministère. S'agissant des structures elles saisissent, si nécessaire, les autorités judiciaires compétentes, les familles des victimes et assurent le soutien et l'accompagnement des victimes. Le signalement de cas de

²⁵ Article 222-13 et 14 du code pénal : des violences exercées sur des personnes particulièrement vulnérables en raison de leur âge ou de leur état physique ou psychique sont plus particulièrement réprimées.

maltraitance en établissement donne lieu à une évaluation et, chaque fois que nécessaire, à une inspection sur place. Ce contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux est assuré par le préfet de département ou par l'ARS, qui peuvent prononcer la fermeture de l'établissement lorsque la santé ou la sécurité des personnes accueillies est compromise. En fonction de la gravité des faits, il appartient à l'autorité administrative compétente de saisir le procureur de la République. Par ailleurs, les schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) comportent systématiquement une partie consacrée à la lutte contre la maltraitance, qui traite des violences en institutions, mais aussi des situations de maltraitance à domicile.

Une circulaire du Ministère des Affaires sociales et de la Santé adressée le 20 février 2014 aux directeurs généraux des ARS et aux Préfets présente les orientations prioritaires en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes handicapées et des personnes âgées dans les établissements et services médico-sociaux (renforcement des signalements et des contrôles, mobilisation des outils d'appui à la qualité (ANESM)). De plus, le programme national pluriannuel de repérage des risques de maltraitance demande d'inscrire pour la période 2013-2017, dans chaque programme régional, le contrôle de 12% des établissements accueillants des personnes handicapées.

En outre, pour renforcer les instructions données par la circulaire précitée, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit en son article 25, des dispositions imposant aux établissements, services et lieux de vie et d'accueil d'informer sans délai les autorités administratives compétentes pour la délivrance de l'autorisation de ces structures, de tout évènement ayant pour effet de menacer la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises accompagnées. Ces dispositions entreront en vigueur en 2016.

Article 17 - Protection de l'intégrité de la personne

L'Article L 1111-4 du code de la santé publique impose le consentement libre et éclairé de la personne au traitement et à l'acte médical. Cette disposition s'applique aux personnes handicapées comme à toute personne. Elles prennent les décisions concernant leur santé avec le professionnel de santé en fonction des informations et des préconisations fournies par celui-ci. Le professionnel est tenu de respecter les choix des personnes et de ne pratiquer aucun acte ni aucun traitement sans leur consentement.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention médicale, aucun acte, ne peut être réalisé sans que la personne de confiance ou, à défaut, la famille, ait été consultée. Le consentement de la personne sous tutelle doit être systématiquement recherché si elle est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, le tuteur ayant essentiellement un rôle de validation de la volonté de la personne, lorsqu'elle est en état de la manifester.

Concernant l'interruption volontaire de grossesse (IVG)²⁶, les dispositions s'appliquent aux femmes handicapées comme à toutes les femmes. De plus, les femmes et filles handicapées sont protégées contre la stérilisation forcée. L'article L 2123-2 du code de la santé publique dispose que la stérilisation à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne, dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle, que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement. L'intervention est alors subordonnée à la décision du juge des tutelles qui se prononce, après avoir entendu la personne concernée (information adaptée à son degré de compréhension et impossibilité de passer outre son refus), sa famille ou son représentant légal, ainsi que l'avis d'un comité

²⁶ Article L 2212-1 du code de la santé publique

d'experts composé de représentants d'associations de personnes handicapées et de personnes qualifiées sur le plan médical.

Le Défenseur des droits, en tant qu'autorité indépendante, veille au respect du droit à l'intégrité de la personne, via son pôle santé et sécurité des soins notamment.

Article 18 - Droit de circuler librement et nationalité

Les personnes handicapées bénéficient des dispositions de droit commun, au même titre que le reste de la population. Elles bénéficient d'un droit à la nationalité et d'un droit de circuler librement, sans aucune restriction.

Article 19 - Autonomie de vie et inclusion dans la communauté

Afin de garantir l'autonomie de vie des personnes handicapées, la France a mis en place une politique ambitieuse de compensation individuelle du handicap et d'accompagnement à la vie autonome.

- La compensation individuelle du handicap

Déterminée en fonction des besoins et du projet de vie de la personne handicapée, la Prestation de compensation du handicap (PCH) se décompose en cinq éléments : aides humaines, aides techniques, aménagements du logement ou du véhicule, frais de transports, aides spécifiques ou exceptionnelles et aides animalières²⁷. Les montants moyens mensuels actuellement versés correspondent à 750 € par allocataire au 3^{ème} trimestre 2014. Le montant total des dépenses de PCH s'est élevé à 1,5 milliard d'euros en 2013 (donnée prévisionnelle CNSA).

La répartition des éléments de la PCH attribués font apparaître une forte proportion d'aides humaines (41,9%) et d'aides techniques (23,4%). La part des aides humaines a toutefois tendance à baisser ces dernières années. La part des aménagements du logement, du véhicule et surcoûts frais de transport (16,6 %) était en constante diminution depuis 2007 mais augmente en 2013. La part des aides animalières reste à un niveau constant mais très faible égale à 0,2% (source : CNSA données 2013 définitives).

Cependant, malgré ces avancées, les associations représentant les personnes handicapées soulignent aujourd'hui certaines limites de la PCH, comme l'absence de prise en compte de l'aide-ménagère, de l'aide à la parentalité, ainsi que des tarifs ou des plafonds parfois insuffisants pour financer le coût total des aides humaines comme des aides techniques ou des aménagements coûteux, entraînant un reste à charge qui peut être important pour les personnes concernées. Afin de répondre partiellement à ces attentes, le Président de la République a annoncé, lors de la CNH de 2014, la possibilité de mise en place par les Conseils départementaux d'un dispositif de tiers-payant pour l'acquisition des aides et équipements techniques pour les personnes handicapées, évitant l'avance des frais.

- Accompagnement à la vie autonome

Parallèlement à la compensation individuelle, il existe un ensemble d'établissements et services sociaux et médico-sociaux qui assurent un accompagnement à la vie autonome pour les personnes handicapées jeunes et adultes dans le respect de leurs projets de vie.

En 2013, 17 915 d'établissements et services médico-sociaux accueillent ou accompagnent des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées. 89% des places pour personnes handicapées dans des établissements financés au moins en partie par

²⁷ Article 245-3 du code de l'action sociale et des familles

l'assurance maladie appartiennent au secteur privé non lucratif, 10% au secteur public et moins de 1% au secteur privé commercial.

- Etablissements et services pour les moins de 20 ans (CAMSP, CMPP, SESSAD, IME, ITEP, IEM, Instituts déficience sensorielle, Etablissements polyhandicap) : 105 900 places en établissements ; 286 300 places en services ou en soins ambulatoires
- Etablissements et services pour les 20-59 ans (ESAT, CRP, CPO ; SAVS, SAMSAH, SSIAD, FAM, MAS, FH, FV) : 117 000 places en ESAT ; 11 100 places en CRP CPO ; 50 300 places dans les services intervenant à domicile ; 26 000 places en maison d'accueil spécialisée ; 23 100 places en foyer d'accueil médicalisé ; 40 700 places en Foyer d'hébergement ; 49 700 places en Foyer de vie. (Source : CNSA, rapport 2013)

Sur l'ensemble de la période 2004-2013, le nombre de places installées en établissements et services médico-sociaux a augmenté en moyenne chaque année de 7,7 % pour les adultes et de 1,3% pour les enfants²⁸. Cet écart s'explique par une politique dynamique de développement de l'offre médico-sociale à destination des adultes handicapés compte tenu du retard en termes de nombre de places par rapport aux enfants ainsi que par la constance des situations de jeunes arrivés à l'âge adulte et maintenus dans des établissements pour enfants dans l'attente d'une réponse adaptée.

- **« Zéro sans solution », une réponse accompagnée pour tous**

Par ailleurs, la France a mis en place en 2015 un dispositif visant à accompagner les personnes handicapées qui se trouvent dans une situation particulièrement critique du fait de l'absence de réponse adaptée répondant à leur besoin d'accompagnement. Afin de prévenir ces situations critiques, la France a engagé des travaux visant à éviter en amont les ruptures de parcours, source de ces situations. Ainsi, une mission a été confiée à Madame Marie-Sophie Desaulle²⁹ afin de mettre en œuvre les préconisations du rapport de Monsieur Denis Piveteau³⁰, intitulé **« Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » avec pour enjeu l'évolution des pratiques des différents acteurs** (maisons départementales des personnes handicapées, agences régionales de santé, rectorats, conseils généraux, gestionnaires d'établissements) pour une coordination plus étroite, une information mieux partagée, un meilleur suivi et une réévaluation régulière des décisions d'orientation, afin d'améliorer la réponse aux situations complexes.

Les enjeux sont majeurs:

- Sortir d'une logique d'orientation des personnes concernées vers des places ou des dispositifs afin de construire, avec elles, des parcours de vie accompagnés.
- Inciter les Maisons Départementales des Personnes Handicapées à prononcer des droits moins segmentés et plus inclusifs, le « plan d'accompagnement global ».
- Développer des réponses territoriales elles-mêmes moins cloisonnées. Les différents dispositifs spécialisés ne sont pas des fins en soit mais des leviers au moment opportun du parcours de vie des personnes.
- Accompagner le mouvement par une tarification et une allocation de moyens elles-mêmes plus globales (cf les travaux actuels du groupe Séraphin PH pilotés par Annick Deveau)
- « Rien pour nous sans nous ! », la participation active des personnes concernées est une lame de fond, un mouvement lent mais irréversible.
- Reconnaître l'expertise issue de l'expérience vécue, qui ne se substitue pas à la compétence des professionnels mais qui s'additionne. La pair-émulation, la pair-aidance, la pair-formance, la conciliation par des pairs, autant de possibilités de

²⁸ Sources : FINESS, DREES, CNSA

²⁹ Ancienne présidente d'une association représentant les personnes handicapées, ancienne directrice d'ARS

³⁰ Conseiller d'Etat, premier directeur de la CNSA

reconnaître, qualifier, professionnaliser des fonctions dans un cadre économique à développer.

Concrètement, 4 axes de travail sont développés :

- 1) La mise en place d'un dispositif d'orientation permanent (pilote par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie)
- 2) Le déploiement d'une réponse territorialisée pour tous (pilote par le Secrétariat général du Ministère des affaires sociales)
- 3) La création d'une dynamique d'accompagnement par les pairs (pilote par le Secrétariat général du Comité Interministériel du Handicap)
- 4) L'accompagnement au changement (pilote par la Direction Générale de la Cohésion Sociale)

- **La reconnaissance, le soutien et l'accompagnement des aidants familiaux**

Il s'agit d'une personne qui vient en aide, à titre non professionnel, de façon partielle ou totale, à une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Ils sont un maillon essentiel de la politique de l'autonomie et de la vie à domicile. C'est pourquoi, a été mise en place depuis plusieurs années une politique de soutien et d'accompagnement des aidants familiaux. Plusieurs mesures ont ainsi été adoptées, visant la conciliation de la vie professionnelle des personnes concernées avec leur rôle d'aidant, grâce notamment, aux congés familiaux, à la reconnaissance et à la valorisation financière de leur implication au travers de l'AEEH et de la PCH. Ils peuvent aussi se voir proposer des activités de soutien et d'accompagnement par des services spécialisés et des périodes de répit dans le cadre d'un accueil temporaire pour la personne handicapée, dont il s'occupe. La formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux de personnes handicapées est également développée³¹. Par ailleurs, la loi du 20 janvier 2014³² prévoit deux mesures permettant une amélioration des retraites des aidants familiaux qui accompagnent à domicile des personnes lourdement handicapées (validation de trimestres en cas d'arrêt de travail ou de passage à mi-temps pour accompagnement de la personne handicapée, majoration de durée d'assurance).

En outre, dans le cadre du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, plusieurs mesures visant à soutenir les aidants ont été introduites, comme la contribution à la formation et à l'information des aidants familiaux via la CNSA qui a compétence pour co-financer des actions de formation.

- **L'accueil par des particuliers à leur domicile à titre onéreux de personnes handicapées**

En matière de logement, les pouvoirs publics ont organisé et développé l'accueil familial des personnes handicapées comme une forme alternative d'hébergement, intermédiaire entre la vie à domicile et l'accompagnement en établissement. Il permet à ces personnes d'être hébergées chez des particuliers agréés, qui ne font pas partie de leur famille, en contrepartie d'une rémunération des services rendus, d'une indemnité représentative des frais d'entretien courant et d'un loyer au titre de la part du logement occupé.

Des dispositions de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, promulguée le 29 décembre 2015³³, prévoient de renforcer la qualité et la sécurité de l'accueil, en améliorant les droits des accueillants familiaux et des personnes accueillies et en favorisant le développement du dispositif. Le projet étend ainsi aux personnes accueillies les droits et libertés individuels actuellement garantis aux usagers des établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que la possibilité de recourir à une personne qualifiée et à la personne de confiance pour les aider à faire valoir leurs droits.

³¹ Décret 15 juillet 2011

³² LOI n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites

³³ LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

- **L'accès à un logement ou à un hébergement adapté**

Toute personne handicapée doit pouvoir disposer d'un logement ou d'un hébergement adapté à ses besoins et à ses capacités d'autonomie dans le respect de son choix de vie. Différents types de solutions existent :

- Les maisons-relais/pensions de famille pour des personnes isolées et désocialisées avec la présence quotidienne d'hôtes salariés permettant de restaurer le lien social défaillant ou de le maintenir et de faciliter ainsi le retour à une vie plus autonome pour cette population.
- La résidence accueil, qui associe maison relais et service d'accompagnement pour adapter les pensions de famille aux spécificités des personnes en situation de handicap psychique qui sont suffisamment stabilisées pour vivre en logement autonome, mais dont la fragilité rend nécessaire une présence, sans être continue. Plus de 1 800 places ont déjà été créées fin 2011.
- L'accès aux résidences autonomie des personnes handicapées, notamment vieillissantes, prévu dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement pour accéder à une forme d'habitat social avec services.

Par ailleurs, le plan d'actions du gouvernement adopté à la suite de la CNH de décembre 2014 a inscrit un axe de travail pour développer des solutions de logements souples conciliant autonomie et maîtrise des coûts.

Article 20 - Mobilité personnelle

Le principe d'accessibilité généralisée, énoncé dans la loi du 11 février 2005, rejoint la préoccupation d'une « conception universelle » (*design for all*), c'est-à-dire la prise en compte, dès le début de la conception des produits destinés au grand public, de la diversité des capacités fonctionnelles de tous les usagers, dont celles des personnes handicapées, afin d'améliorer les capacités des personnes ou compenser leurs déficiences, élargir leur autonomie ainsi que leur permettre une participation plus active à la société.

Pour diffuser cette culture de la conception universelle, la création d'**une chaire** dédiée à ce thème au **Conservatoire National des Arts et Métiers** est prévue par le gouvernement en vue de former et d'accompagner les professionnels concernés, développer la recherche en ergonomie et dans les disciplines connexes, en liaison avec les industriels et les concepteurs, et promouvoir le principe de "la conception universelle" encore méconnue en France, mais largement pratiquée au niveau international.

De plus, pour les années 2015-2020, le handicap figure dans la stratégie nationale de recherche, notamment au titre du défi 4 « santé et bien-être » mais aussi du défi 8 « Sciences humaines globales et connectées ».

Le **Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et l'Institut de la santé et de la recherche médicale (INSERM)** ont créé un groupement de recherche, le « STIC-Santé³⁴ », impliqué dans le domaine des développements technologiques et méthodologiques pour la médecine, avec un thème dédié au handicap. Le CNRS et l'INSERM partagent également la co-tutelle de l'Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap (IFRH), qui met en réseau une trentaine d'équipes de recherche relevant d'institutions et de champs disciplinaires différents autour de la thématique du handicap.

Le fonds de soutien à l'économie numérique propose une ligne « technologie de base du numérique » et une ligne spécifique « e-santé » comprenant un appel à projets de recherche et

³⁴ <http://stic-sante.org/>

développement sur la santé et l'autonomie sur le lieu de vie grâce au numérique (capteurs pour la rééducation, sécurité suivi des paramètres physiologiques-solutions domotiques).

Article 21 - Liberté d'expression et d'opinion et accès à l'information

Les personnes handicapées ont un droit à la liberté d'expression et d'opinion et d'accès à l'information au même titre que tout citoyen français.

Pour les personnes sourdes et malvoyantes, la loi du 11 février 2005 a prévu différentes dispositions pour une reconnaissance de leurs modes de communication :

- une reconnaissance de la langue des signes française comme une langue à part entière,
- l'accès dans les services publics au mode de communication de leur choix

Sur ce dernier point, les modalités réglementaires de mise en œuvre sont en cours de définition, dans le cadre plus global de l'élaboration d'un plan d'actions pour disposer des ressources humaines compétentes et qualifiées en nombre suffisant pour répondre aux besoins d'une communication accessible pour les personnes sourdes et malentendantes.

De plus, le gouvernement prévoit de développer un mode de communication adaptée aux personnes déficientes intellectuelles, le français facile à lire et à comprendre, à travers notamment la sensibilisation des services de communication ministériels.

Article 22 - Respect de la vie privée

En France, toute personne a droit au respect de sa vie privée, en vertu de l'article 9 du code civil. Cette disposition de droit commun s'applique aux personnes handicapées, comme à toute personne.

En outre, le secret professionnel garantit à toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins le droit au respect de sa vie privée et du secret de l'ensemble des informations la concernant (article 1110-4 code de santé publique). La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire est punie pénalement³⁵.

Article 23 - Respect du domicile et de la famille

Le gouvernement français a conscience des difficultés de nature notamment financière ou technique que peuvent rencontrer les personnes handicapées dans leur volonté de fonder une famille et de s'occuper d'enfants, surtout lorsque ceux-ci sont jeunes. De plus, les modalités visant à accompagner au mieux les personnes handicapées dans leur parentalité font débat. Le Conseil national consultatif des personnes handicapées préconise, par exemple, que la parentalité soit intégrée dans le droit à compensation. Le gouvernement a pris une mesure forte en 2011 pour soutenir les parents handicapés. Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a majoré de 30 % le complément du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant pour les couples ou les parents isolés bénéficiaires de l'AAH et ayant un enfant de moins de 6 ans³⁶.

Pour soutenir les familles d'enfants porteurs de handicap, des mesures visant à développer l'accès aux modes d'accueil de la petite enfance ont été prises. Ainsi, des actions de formation des professionnels de la petite enfance leur permettant de mieux prendre en charge les enfants porteurs de handicap sont mises en place. Parallèlement, des schémas départementaux des services aux familles, concertations locales permettant de coordonner l'action des différents

³⁵ Article 226-13 du code pénal.

³⁶ Décret du 4 mai 2012

partenaires notamment sur la question de l'accueil de ces enfants de moins de trois ans, sont progressivement établis.

Le soutien et l'accompagnement des familles ayant un ou plusieurs enfants handicapés reposent sur une politique de prestations familiales dédiées à la compensation des surcoûts, que génère l'éducation d'un enfant handicapé et par la mise en œuvre de revenus de remplacement, lorsque les parents sont contraints de cesser leurs activités. Il s'agit notamment de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

L'AEEH, prestation familiale, est attribuée par CDAPH à tout enfant jusqu'à la fin de l'obligation scolaire (16 ans) et au plus tard jusqu'à 20 ans. Elle est versée sans condition de ressources à la personne qui assume la charge effective et permanente de l'enfant. Des compléments d'AEEH, au nombre de six, visent à compenser les surcoûts et les pertes financières des familles liées au handicap de l'enfant. Depuis le 1er avril 2008, les parents d'un enfant handicapé peuvent choisir, sous certaines conditions, entre le bénéfice d'un complément d'AEEH, auquel s'ajoute éventuellement l'élément de la prestation de compensation lié à l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée, ainsi qu'à d'éventuels surcoûts résultant du transport, et le bénéfice de la prestation de compensation (PCH) dans son intégralité. Le nombre de bénéficiaires de l'AEEH a fortement augmenté sur la période 2005-2013, à raison de 6,6% en moyenne annuelle. Il s'élevait à 229 213 au 31 décembre 2013 (sources : CNAF et CCMSA 2014). Le suivi de l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AEEH permet à la fois de mesurer l'évolution de la prévalence du handicap chez l'enfant et sur le niveau de réponse apportée par la collectivité aux familles concernées.

Les personnes qui exercent une activité et qui doivent l'interrompre pour s'occuper d'un enfant handicapé bénéficient d'une allocation journalière de présence parentale. Différentes dispositions permettent en outre aux parents de faire face au handicap de leur enfant en facilitant la suspension de leur contrat de travail (démission ouvrant droit à indemnité pour le salarié qui rompt son contrat de travail pour suivre son enfant admis dans un établissement éloigné nécessitant un changement de résidence).

Article 24 - Education

La garantie du droit à l'éducation des enfants et des autres personnes atteintes d'un handicap constitue une condition pour permettre l'autonomie, l'intégration sociale et la participation à la vie de la communauté.

L'accueil des enfants handicapés dans les structures de petite enfance

Pour permettre un accès à l'éducation dès le plus jeune âge, l'accueil des jeunes handicapés dans les structures de petite enfance reste encore insuffisant. C'est la raison pour laquelle le gouvernement entend le développer, notamment par la mobilisation de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF) pour accompagner des projets dans des structures ordinaires et répondre ainsi aux besoins spécifiques des familles concernés. Pour améliorer la qualité de cet accueil, les schémas territoriaux de services aux familles intègrent un volet handicap. De plus, dans les actions à mettre en œuvre après la CNH, l'élaboration du plan métiers de la petite enfance sera l'occasion de prévoir une formation des professionnels à l'accueil des enfants handicapés.

L'accès à l'éducation des enfants et des adolescents en situation de handicap

Au cours des dix dernières années, la scolarisation des élèves en situation de handicap n'a cessé de progresser en France avec le principe du droit à l'éducation pour tous : « *Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans*

l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence ».

Dans chaque département, les MDPH doivent répondre aux besoins éducatifs particuliers des élèves en garantissant la continuité du parcours de formation. Pour ce faire, son équipe pluridisciplinaire élabore un projet personnalisé de scolarisation (PPS). Il constitue un des volets du plan personnalisé de compensation, qui prend en compte le projet de vie de chaque enfant ou adolescent. Le PPS définit les modalités de déroulement de la scolarité ; il est assorti des mesures d'accompagnement décidées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

La scolarisation proposée en milieu ordinaire peut être individuelle ou au sein d'un dispositif collectif, ou lorsque la situation de l'enfant ou de l'adolescent l'exige en établissement médico-social. Enfin, le dispositif « l'école à l'hôpital » permet d'accompagner des hospitalisations prolongées.

Afin de renseigner les familles sur les questions concernant la scolarisation de leur enfant, une plateforme téléphonique (Aide Handicap École) ainsi qu'un « Guide pour la scolarisation des élèves handicapés » ont été mis à la disposition des familles.

- **Les statistiques**

En 2012, 225 563 élèves en situation de handicap étaient scolarisés contre 117 834 en 2006, soit depuis 2006 une progression d'environ 12% par an. Depuis, ces effectifs sont en hausse de 15,24%. En 2014, l'effectif des élèves en situation de handicap représente 2,1% des élèves scolarisés contre 1,8% en 2012. C'est dans le second degré que la progression est la plus marquante, En effet la part des élèves en situation de handicap est de 2% en 2014 contre 1,6% en 2012.

En contraste avec cette forte croissance du nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire, le nombre d'enfants handicapés scolarisés en établissements spécialisés a augmenté beaucoup moins rapidement, passant de 62 000 en 2004 à 83 300 en 2013-2014.

Aussi, les efforts déployés par le Gouvernement français ont conduit à une **augmentation considérable du nombre d'enfants autistes scolarisés en milieu ordinaire** : environ 12 000 enfants en 2008-2009, alors qu'en 2014-2015 on compte 26 347 enfants.

Le rapport de Monsieur le sénateur Paul Blanc en 2006 estime à environ 5% la part des enfants handicapés non scolarisés. Différents chiffres sont donnés, de 5 000 à 20 000 enfants sans solution, sans que la situation soit vraiment appréhendée vu l'absence de systèmes d'informations harmonisés entre les MDPH. Pour autant, pour ne laisser aucun enfant sans solution, le plan d'actions gouvernemental issu de la CNH de 2014, prévoit un ensemble de mesures pour apporter une réponse accompagnée à chacun, notamment à travers un dispositif d'orientation permanente au niveau des MDPH ainsi qu'une adaptation des systèmes d'informations.

- **L'accompagnement de l'enfant en situation de handicap et les aménagements spécifiques**

• **Le dispositif d'aides humaines à la scolarisation**

Suite à la conférence nationale du handicap du 8 juin 2011, le gouvernement a complété le dispositif d'aide humaine aux élèves handicapés. Auparavant le seul accompagnement possible était une aide individuelle assortie d'une quotité horaire définie par les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Il lui a été adjoint une **forme d'aide humaine complémentaire, dite « aide mutualisée », plus souple, permettant**

des interventions ponctuelles au profit de plusieurs élèves. Celle-ci vise à répondre aux besoins des élèves qui ne souffrent pas d'un handicap grave et dont la scolarisation en milieu ordinaire ne nécessite pas un accompagnement constant. Accessible sur notification de la commission départementale d'accès aux droits des personnes handicapées, la création de cette aide mutualisée **permet aux CDAPH de proposer aux élèves une réponse d'accompagnement graduée, adaptée à leurs besoins** et de privilégier ainsi l'aide humaine individualisée pour les élèves qui en tireront le plus grand bénéfice dont les enfants avec autisme.

Par ailleurs, des travaux ont été accomplis pour mettre fin à la précarité de ces emplois, permettant ainsi d'assurer la continuité du service tout au long de la scolarité des enfants concernés, et favoriser la formation des personnes. Depuis la parution du décret n° 2014-724 du 27 juin 2014, un contrat à durée indéterminée doit être proposé aux auxiliaires de vie scolaire (AVS) ayant exercé pendant six ans sous le statut d'assistant d'éducation.

La démarche de transformation des contrats en contrats à durée indéterminée des AVS a été assortie **de l'ouverture de nouveaux postes**: 350 auxiliaires de vie individuels et 8 000 contrats aidés supplémentaires à la rentrée 2013-2014.

L'article 124 de la loi de finances initiale pour 2014 a inséré dans le code de l'éducation un dispositif qui crée le nouveau statut d'accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH). Ainsi, les 28 000 assistants d'éducation pourront désormais bénéficier de ce nouveau statut. Parallèlement à cette pérennisation, une filière professionnelle se structure à partir d'un nouveau diplôme unique de l'accompagnement répondant aux besoins des professionnels en termes de compétences et de mobilité professionnelle. En complément de ces AESH, il est prévu un effectif de 42 000 contrats aidés pour l'année 2014/2015. Ainsi à la rentrée 2014, 109 212 élèves bénéficient d'une aide humaine (+ 34% par rapport à 2012).

- **Matériels pédagogiques adaptés**

La réussite du parcours scolaire d'un élève handicapé peut être conditionnée par le recours et l'utilisation de matériels pédagogiques adaptés. La nécessité pour l'élève de disposer de cet équipement est appréciée par l'équipe pluridisciplinaire et notifiée par la CDAPH dans le cadre du PPS. Ce matériel à usage individuel est mis à disposition de l'élève par les académies, dans le cadre d'une convention de prêt, qui concerne notamment des matériels informatiques adaptés (clavier braille, périphériques adaptés, logiciels spécifiques...).

- **Aménagements d'examens**

Des dispositions particulières sont prévues pour permettre aux élèves en situation de handicap de se présenter aux examens et concours organisés par l'éducation nationale dans des conditions aménagées : installation matérielle dans la salle d'examen, utilisation de machine ou de matériel technique ou informatique, secrétariat ou assistance, adaptation dans la présentation des sujets, temps de composition majorés. Les candidats peuvent être autorisés à la conservation de notes, à l'étalement des épreuves sur plusieurs sessions et selon le règlement propre à chaque examen, peuvent prétendre à l'adaptation des épreuves.

- **Les différents dispositifs de scolarisation adaptés à chaque enfant**

- **Les CLIS et les ULIS**

Dans les écoles élémentaires, les classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) accueillent des élèves présentant un handicap et pouvant tirer profit d'une scolarisation en milieu scolaire ordinaire. Les élèves y reçoivent un enseignement adapté et partagent certaines activités avec les autres écoliers. La majorité des élèves de CLIS bénéficie de temps d'inclusion dans une autre classe de l'école. En 2014, 47 504 élèves sont scolarisés dans 4 567 CLIS soit environ

10 élèves par dispositif. Ainsi 31,4% des élèves en situation de handicap scolarisés dans le 1^{er} degré le sont en CLIS.

Dans le secondaire, lorsque les exigences d'une scolarisation individuelle ne sont pas compatibles avec leurs troubles, les élèves en situation de handicap peuvent être scolarisés dans une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS). Encadrés par un enseignant spécialisé, ils reçoivent un enseignement adapté, qui met en œuvre les objectifs prévus par le PPS. L'implantation de ces unités localisées pour l'inclusion scolaire est organisée de façon à ne laisser aucun territoire hors d'accès des élèves, en tenant compte des contraintes raisonnables de transport. Ce mouvement se poursuit particulièrement dans les lycées professionnels. Les Ulis sont incitées à fonctionner en réseau, notamment pour répondre aux besoins de formation professionnelle des élèves handicapés. En 2014, 32 588 élèves sont scolarisés dans 3 097 Ulis soit 30 % des effectifs des élèves en situation de handicap scolarisés dans le second degré (10,5 élèves par Ulis).

- **La scolarisation des enfants et des adolescents autistes dans les établissements de droit commun**

La France a reçu la visite du Commissaire aux droits de l'Homme du 22 au 26 septembre 2014. Dans ses conclusions, le Commissaire a notamment insisté sur la nécessité d'améliorer l'insertion en milieu scolaire ordinaire des enfants autistes. Rappelant les décisions du Comité européen des droits sociaux sur cette question.

L'article L. 111-1 du code de l'éducation a été modifié par la loi du 8 juillet 2013 relative à la refondation de l'école de la République, qui pose dès son 1^{er} article le principe de l'inclusion scolaire de tous les enfants sans aucune distinction et fixe comme objectif la création d'une école inclusive. En outre, les conclusions du comité interministériel du handicap du 25 septembre 2013 ainsi que les priorités données à l'inclusion en milieu scolaire ordinaire par le président de la République le 11 décembre 2014 lors de la conférence nationale du handicap orientent la politique du gouvernement français vers une réponse de scolarisation adaptée aux besoins des enfants, notamment quand la réponse doit être celle du milieu ordinaire. Dans le champ de l'autisme, le plan a prévu la création d'une nouvelle offre pour compléter l'existante par un niveau d'intervention intensif précoce et encourager la coopération entre les secteurs médico-sociaux et de l'éducation nationale : ce sont 30 unités d'enseignement en maternelle qui ont ouvert en septembre 2014 avec un budget de 280 000€ par unités. Cette innovation a été saluée par le secteur associatif. Ces unités conçues spécifiquement pour la scolarisation de jeunes enfants avec autisme non verbaux disposent d'un enseignant et d'une équipe médico-sociale propre et d'un financement en sus des moyens de l'établissement ou du service médico-social porteur. A l'échéance du plan seront créées au total 100 unités en maternelle accueillant chacune 7 enfants. Leur évaluation, conduite pendant les 3 prochaines années, permettra de disposer de résultats qui guideront la suite des politiques à destination des personnes autistes et en particulier de leur scolarisation et de leur formation.

- **La scolarisation des élèves sourds : le choix d'un parcours respectueux du mode de communication**

Les pôles pour l'accompagnement à la scolarisation des élèves sourds (PASS) créés en 2010 scolarisent les élèves ayant fait un choix linguistique : langue des signes française (LSF)/français écrit ou langage parlé complété (LPC). Une des mesures de la CNH 2014 prévoit que désormais ces élèves bénéficieront d'un PPS ainsi que d'une notification de la MDPH pour toute orientation en PASS concernant les élèves ayant fait un choix linguistique (bilinguisme LSF/français écrit ou LPC) ou au sein d'un dispositif collectif de scolarisation (CLIS/ULIS) pour les élèves malentendants en situation de handicap auditif avec ou sans troubles associés, qui n'ont pas fait de choix linguistiques spécifiques.

- **Les établissements médico-sociaux**

L'action médico-sociale à destination des enfants handicapés est définie par un triptyque indissoluble d'actions à visées thérapeutiques, éducatives et pédagogiques affirmé tant dans le code de l'action sociale des familles CASF, que dans le code de l'éducation. Au cours de son parcours de formation, l'élève en situation de handicap peut être orienté vers un établissement médico-social à temps plein ou à temps partiel. Il poursuit alors sa scolarité dans une unité d'enseignement³⁷. Diverses modalités de scolarisation peuvent lui être proposées soit au sein de l'unité d'enseignement de l'établissement soit dans cette unité localisée au sein d'un établissement scolaire. **Cette dynamique va s'amplifier grâce notamment à l'engagement du gouvernement pris lors de la CNH de 2014 en faveur de la localisation d'unités d'enseignement (UE) en milieu ordinaire par transfert des UE actuellement localisées dans les établissements médico-sociaux.** En 2014, environ 200 UE sont installées dans les établissements scolaires. Dès la rentrée de septembre 2015, ce sont 100 unités d'enseignement qui seront localisées au sein d'établissements scolaires. Ces unités d'enseignement feront l'objet d'un suivi tout particulier du ministère des affaires sociales et du ministère de l'éducation nationale, associés aux acteurs concernés par la question, pour pouvoir essaimer la pratique plus largement les années suivantes.

- **La formation des professionnels**

• **La formation initiale et continue**

La formation initiale est mobilisée, pour la première fois à travers les écoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE), qui intègrent dans la formation des enseignants nouvellement recrutés un tronc commun d'enseignement sur la scolarisation des élèves en situation de handicap. Pour la formation continue, différents outils sont mis à disposition des enseignants, comme des ressources en ligne sur Eduscol pour les informer sur les grandes caractéristiques du trouble de l'élève et donc sur les adaptations pédagogiques possibles ou encore un dispositif de formation à distance m@gistère, qui comprend des modules sur le handicap. En outre les plans départementaux de formation continue et le plan annuel de formation proposent des actions de formation continue.

Un module de formation spécifique à l'autisme a ainsi été élaboré avec l'appui de représentants d'associations et de professionnels exerçant dans le champ de la scolarisation et de l'accompagnement des enfants présentant des troubles envahissant du développement. Il est publié sur le site EDUSCOL depuis le mois d'août 2012.

• **La formation spécialisée**

Elle va connaître une réforme pour faire évoluer le dispositif actuel en s'interrogeant sur les découpages entre le handicap et la difficulté scolaire et donc mieux répondre aux besoins des élèves. De plus, l'amélioration de la formation des enseignants intervenant au sein des PASS constitue une des conditions d'un enseignement de qualité pour les enfants sourds. C'est la raison pour laquelle la CNH de 2014 a acté un renforcement de la compétence des enseignants en LSF comme ceux utilisant le LPC.

• **Des formations conjointes**

Dans le cadre d'une collaboration renforcée entre l'Education nationale et les établissements médico-sociaux, une formation conjointe des personnels de l'Education nationale, des établissements et services médico-sociaux et des MDPH a été mise en place, permettant de mieux accompagner les élèves handicapés. Les formations des personnels, qui concourent à la scolarisation des élèves en situation de handicap, sont dispensées, depuis juin 2015, pour développer une culture commune (éducation nationale, ESMS, MDPH) et ainsi garantir une continuité du parcours de scolarisation des jeunes.

L'éducation dans l'enseignement supérieur

³⁷ Articles D-351-17 et 18 du code de l'éducation

- **Les statistiques**

L'accès aux études supérieures des élèves handicapés n'a cessé de progresser à compter de la parution de la loi de 2005 de près de 140 % par rapport à la période 2004-2005 (7 557 étudiants). A la rentrée universitaire 2013, 18 200 étudiants handicapés sont dénombrés dans les établissements d'enseignement supérieur : les universités (près de 16 600 étudiants handicapés), les classes préparatoires aux grandes écoles et les grandes écoles. Pourtant, ce chiffre est certainement sous-estimé dans la mesure où tous les étudiants handicapés ne souhaitent pas se faire connaître des services chargés de leur accueil et de leur accompagnement, estimant ne pas avoir besoin d'un aménagement de leur cursus ou de leur formation. Sur l'ensemble des établissements d'enseignement supérieur, le ratio femmes / hommes en situation de handicap n'est pas différent de celui de la population générale étudiante.

- **La Charte université handicap**

Ces avancées ont été réalisées grâce aux différents dispositifs institutionnels mis en place pour assurer l'accompagnement des étudiants handicapés dans les meilleures conditions. Parmi eux, la charte université/handicap³⁸ adoptée depuis 2007³⁹, renouvelée en mai 2012 et la charte adoptée par les grandes-écoles⁴⁰ en 2008⁴¹.

La charte université handicap signée en 2012 invite les établissements à faire du handicap un thème transversal intégré dans leur stratégie en articulant étroitement les axes suivants :

- la consolidation des dispositifs d'accueil et le développement des processus d'accompagnement des étudiants handicapés vers la réussite et l'insertion professionnelle ;
- le développement des politiques de ressources humaines à l'égard des personnes handicapées – l'augmentation de la cohérence et de la lisibilité de l'offre de formation et des recherches dans le domaine du handicap ;
- le développement de l'accessibilité des services offerts par les établissements.

Depuis la loi du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, ces principes sont désormais inscrits à l'article L. 712-3 du code de l'éducation qui impose l'adoption par le conseil d'administration de l'université du schéma en matière de politique du handicap et une présentation annuelle d'un rapport d'exécution. Chaque établissement peut développer sa politique handicap en s'appuyant sur ses points forts, sa culture, ses spécificités et son contexte local.

- **Un guichet unique pour informer et accompagner les étudiants handicapés**

Aujourd'hui, toutes les universités disposent désormais d'une mission handicap, un « guichet unique » pour informer et accompagner les étudiants handicapés. Chaque année, depuis 2007, 7,5 M € sont inscrits dans la loi de finances afin de développer des dispositifs destinés à accompagner les étudiants handicapés au cours de leur formation. Plus de 70 % des étudiants handicapés bénéficient d'un Plan d'Accompagnement de l'Etudiant Handicapé (PAEH) pour le suivi des études, qui peut comporter des mesures d'aides humaines, techniques ou des aménagements de cursus et plus de 75% bénéficient de mesures d'aménagement pour les épreuves d'examen. Pour les étudiants sourds en particulier, le PAEH comporte notamment les moyens de communication nécessaires à l'accès aux savoirs (interprètes ou codeurs).

Dans tous les cas, le PAEH est défini par les experts mobilisés par la structure handicap de l'établissement avec l'étudiant, et en fonction de ses spécificités, du contexte de

³⁸ Consultable à l'adresse: <http://media.education.gouv.fr/file/66/8/20668.pdf>

³⁹ Adoption par la Conférence des présidents d'université (CPU), les ministres en charge de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, des Relations Sociales et des Solidarités, du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

⁴⁰ Consultable à l'adresse : www.cge.asso.fr/document/309/charte-cge-handicap.pdf

⁴¹ Adoption par le ministère de l'Enseignement Supérieur et la Conférence des grandes écoles.

¹⁶http://cache.media.handi-u.fr/file/Mediatheque/25/0/CharteUniversiteHandicap4mai2012_235250.pdf

¹⁷www.handi-u.fr/

l'établissement, des caractéristiques de la formation, tout en veillant à prendre en compte son projet professionnel et à le mener vers la plus grande autonomie possible.

- **La formation des professionnels**

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

Pour diffuser le plus largement possible les informations relatives aux conditions d'accueil et d'accompagnement mises en place dans les établissements, le site HANDI-U¹⁷ a été entièrement refondu pour accompagner les établissements, notamment dans l'évaluation des besoins de l'étudiant et la mise en accessibilité des ressources numériques.

- **CNRS : Une quotité de contrats doctoraux et post-doctoraux pour les personnes en situation de handicap**

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

- **L'offre de formation dans le domaine du handicap**

Enfin, pour répondre au besoin national de disposer d'un plus grand nombre de professionnels pour l'accompagnement des personnes handicapées ou pour la mise en accessibilité de la société, les établissements d'enseignement supérieur proposent différentes formations dans le cadre de leur mission de formation adossée à la recherche. Par exemple, la formation d'interprètes en LSF et de codeur LPC est proposée dans respectivement quatre formations de master et deux formations de licence professionnelle. La création d'une plateforme d'enseignement à distance de la LSF est également développée sur l'université de Clermont. La mise en place du schéma directeur handicap, inscrit dans la loi du 22 juillet 2013, et en particulier l'exigence de renforcer la cohérence et la lisibilité de l'offre de formation et des recherches dans le domaine du handicap, permettra de dresser un paysage national plus précis de cette offre de formation d'ici quelques années.

- **La mise en accessibilité des locaux et des activités universitaires**

Conscient de la nécessité d'accompagner financièrement les établissements pour rendre accessibles aux personnes handicapés, quelque soit le handicap, les bâtiments universitaires, le ministère a mobilisé, sur la période de 2008 à 2013, presque 82 M€ de crédits budgétaires. Cet effort est complété par les investissements financés par lui dans le cadre des contrats de plan Etat-Région (CPER) 2007-2013. Les travaux correspondant à la mise en accessibilité peuvent être estimés à environ 120 M€ sur la période du CPER.

Toutefois, l'accessibilité du cadre bâti reste une question, notamment sur les campus éclatés, ainsi que le coût des équipements spécialisés. Néanmoins, l'enjeu dépasse le cadre

universitaire : le logement, le transport, la vie culturelle et sportive, les loisirs sont aussi concernés. Tous les acteurs doivent se concerter pour offrir aux personnes handicapées une vie sociale comparable à celle de tous les étudiants. La mise en place des schémas directeurs handicap des établissements suite à la loi du 22 juillet 2013, sur l'enseignement supérieur, devraient y contribuer grâce à la prise en compte du handicap dans tous ses domaines.

En 2014, 10 % des universités ont adopté ce schéma et 75% se sont engagées dans son élaboration. L'objectif donné lors de la CNH est une adoption de ce dernier par toutes les universités d'ici 2017. Des efforts seront également faits, d'une part, pour améliorer l'accessibilité des enseignements et, d'autre part, pour renforcer l'expertise professionnelle des acteurs de l'accompagnement des étudiants handicapés grâce au développement de formations et à l'élaboration d'outils pour une meilleure définition des besoins spécifiques.

Enfin, une convention sera signée entre les ministères et les écoles d'ingénieurs pour améliorer l'accessibilité de leurs formations.

Article 25 - Santé

L'égal et libre accès aux soins pour tous est un droit reconnu par le préambule de la Constitution française et énoncé dans le code de la santé publique⁴². L'organisation du système de santé et « *sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps* » constitue d'ailleurs l'un des dix thèmes énoncés pour la définition de la politique de la santé de la nation.⁴³

La loi du 21 juillet 2009⁴⁴ portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires confie aux agences régionales de santé le soin d'assurer la déclinaison territoriale des actions de santé ; elles sont chargées en particulier de mener des actions de prévention du handicap et de veiller à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population⁴⁵. Enfin la stratégie nationale de santé établie, en septembre 2013, a pour objectif de réduire les inégalités sociales et géographiques en santé.

- Dépistage et intervention précoce

Le suivi prénatal, dont bénéficie chaque femme enceinte, reposant sur sept examens médicaux pris en charge à 100%, permet de limiter le risque d'issues défavorables à la grossesse et la survenue de handicaps d'origine périnatale. Cinq maladies rares relevant d'un traitement spécifique de prévention secondaire font l'objet d'un dépistage biologique universel à la naissance. Des textes ont été publiés pour rendre systématique le dépistage néonatal de la surdité, la généralisation à l'ensemble du territoire étant en cours.⁴⁶

Le dispositif de protection maternelle et infantile (PMI) instauré en 1945⁴⁷ est complété par vingt examens de santé de l'enfant de 0 à 6 ans et le carnet de santé remis à chaque enfant à la naissance. Des recommandations sont établies à destination des médecins pour orienter le dépistage à des âges clés. Les services de PMI organisent des activités de prévention individuelles et collectives pour les femmes enceintes et les enfants jusqu'à six ans, à destination de toutes les populations mais plus particulièrement des publics vulnérables, notamment les familles en situation de précarité.

⁴² Article L. 1110-1 du code de santé publique

⁴³ Article L. 1411-1 du code de santé publique

⁴⁴ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires .

⁴⁵ Article L. 1431-2 du code de santé publique

⁴⁶ Arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale

⁴⁷ Livre premier de la deuxième partie du code de la santé publique : Protection et promotion de la santé maternelle et infantile

Les centres d'action médico-sociale précoce assurent la prise en charge précoce des enfants handicapés ou à risque de handicap (de 0 à 6 ans) dans le cadre d'une approche globale, multidisciplinaire et coordonnée.

A partir de l'âge de six ans, ce sont les équipes de santé scolaire qui contribuent à la prévention, au dépistage et à la prise en charge précoce des handicaps de l'enfant, à travers la réalisation de bilans de santé, notamment lors de la sixième année⁴⁸, avec une attention particulière sur les difficultés scolaires et les signes de souffrance psychique.

Des travaux sont en cours en vue de mieux structurer et rendre plus lisible et accessible la prise en charge des troubles du langage et de l'apprentissage et de diffuser des recommandations relatives au parcours diagnostique et de soins⁴⁹.

En application du plan autisme 2013-2017, une instruction du 17 juillet 2014 pose un cadre de référence pour le repérage, le diagnostic et l'accompagnement des enfants avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (TED). Ces travaux pourront servir de modèle à la mise en œuvre de dispositifs pour d'autres maladies susceptibles d'entraîner un handicap.

- **Accessibilité aux campagnes de santé publique**

L'accès des personnes en situation de handicap aux actions de prévention constitue un axe transversal des nouveaux plans de santé publique, comme c'est le cas du plan cancer 2014-2019 qui intègre les besoins liés aux handicaps pour la prévention et le dépistage des cancers. Des recommandations sur l'accompagnement à la santé sont à disposition des établissements et services médico-sociaux.⁵⁰ Pour améliorer l'accès aux soins et à la prévention des personnes handicapées au sein de ces établissements, des objectifs de prévention seront intégrés aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Les structures déclineront en particulier les campagnes nationales ciblées comme le dépistage du cancer du sein, la prévention bucco-dentaire, l'évaluation et le traitement de la douleur.

Pour les messages de prévention, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé développera une démarche de **mise à disposition en « français facile à lire et à comprendre »** de ses documents. Elle réalise des supports de communication adaptés aux handicaps visuels et auditifs et des guides pratiques pour l'information en santé des personnes malentendantes ou malvoyantes (exemples : brochures en gros caractères, illustrées et en braille sur l'emploi des préservatifs masculin et féminin)

- **Consentement des personnes handicapées**

Les droits des personnes handicapées liés à la santé relèvent du droit commun⁵¹ qui pose le principe du consentement libre et éclairé préalable à toute intervention. Ainsi, les personnes handicapées prennent les décisions concernant leur santé avec le professionnel de santé en fonction des informations et des préconisations fournies par celui-ci. Le professionnel est tenu de respecter leurs choix et de ne pratiquer aucun acte ni aucun traitement sans leur consentement. Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, même si les actes concernés nécessitent une autorisation du représentant légal. Les personnes juridiquement protégées, sauf décision contraire du juge, prennent seules les décisions relevant des actes personnels. Ainsi, le consentement de la personne sous tutelle doit être systématiquement recherché, si elle est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

⁴⁸ L'article L541-1 du code de l'éducation prévoit l'obligation, au cours de la sixième année, d'une visite comprenant en particulier un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage - qui toucheraient 30 000 à 35 000 enfants dans notre pays dont 5 à 6 000 seraient des formes sévères.

⁴⁹ Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. 2013

⁵⁰ L'accompagnement à la santé de la personne handicapée. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. ANESM. 2013

⁵¹ Article L 1111-4 du code de santé publique

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté (état d'inconscience, coma par exemple), aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité de consulter, sans que la personne de confiance qu'elle aura désignée, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

- **Accès aux soins des personnes en situation de handicap**

Plusieurs rapports⁵² remis aux ministres en charge de la santé et du handicap ont souligné les difficultés d'accès aux soins courants des personnes handicapées. Une étude menée par l'IRDES sur la base de l'enquête handicap santé ménages de 2008-2009 a ainsi montré un moindre accès aux soins dentaires et gynécologiques des personnes en situation de handicap. Les difficultés concernent l'accessibilité physique aux lieux de soins, les prises en charge peu adaptées, le défaut de formation des professionnels, ou encore le reste à charge important. Des évolutions sont programmées dans le plan d'actions gouvernemental

La mise aux normes d'accessibilité des ERP, dans le cadre des dispositions relatives aux ADAP, concerne également les cabinets médicaux, dentaires et paramédicaux. Un guide à l'intention de ces professionnels a été réalisé par la délégation ministérielle à l'accessibilité puis diffusé aux agences régionales de santé par une instruction du 20 septembre 2013.

Des problèmes particuliers se posent pour certains patients comme les personnes ayant des handicaps complexes ou des difficultés de communication et de contact, etc. En conséquence, des moyens spécifiques (équipements adaptés, possibilité d'accueillir une tierce personne, temps supplémentaire d'accueil et d'information, formation des professionnels...) doivent être prévus dans certains lieux pour la réalisation des soins courants. Des initiatives locales de consultations dédiées ayant fait la preuve de leur efficacité, un recensement des sites existants et de leur activité est en cours. Des financements sont engagés pour favoriser leur mise en place en ville ou en établissement de santé sur tout le territoire. Le cahier des charges de ces unités est en phase d'élaboration. La mise en place devra s'effectuer progressivement entre 2015 et 2017.

Par ailleurs, afin d'améliorer la prise en charge hospitalière (en urgence ou en programmé) ainsi qu'en amont la coordination avec les établissements sociaux et médico-sociaux accompagnant les personnes handicapées, l'élaboration d'un guide spécifique est engagée en 2015 par la Haute Autorité de Santé (HAS) en vue d'une parution courant 2016.

Pour qu'ils acquièrent une bonne connaissance des réalités du handicap et prennent mieux en compte leurs besoins spécifiques, la formation des professionnels de santé doit être améliorée. Des axes de formation, comme la prise en charge de l'autisme ou l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en établissement médico-social ont ainsi été inscrits dans les orientations de formation pour le développement professionnel continu en 2015.

Enfin, le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) et celui de la télémédecine dans les établissements sociaux et médico-sociaux faciliteront l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Ils s'inscrivent en faveur d'une continuité des parcours de soins et de vie, évitent des hospitalisations et/ou déplacements perturbants, et favorisent des prises en charge moins traumatiques pour les patients eux-mêmes comme pour leurs proches. Des

⁵²Rapport de Pascal Jacob sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées (<http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-pascal-jacob-sur-l-acces-aux-soins-et-a-la-sante-des-personnes-handicapees.html>) / Rapport de Denis Piveteau (http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf) /

⁵² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative

dispositions législatives et réglementaires ont ouvert la possibilité d'HAD et d'expérimentation d'actes de télémédecine en établissement médico-social.⁵³

- **Accessibilité financière aux soins**

Les personnes allocataires de l'AAH peuvent bénéficier de ce fait des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général (remboursement des soins) si elles ne peuvent en bénéficier à aucun autre titre. De même, les titulaires d'une pension d'invalidité peuvent être assurés à ce titre et bénéficient en outre d'une exonération quasi-totale du ticket modérateur.

Actuellement, les allocataires de l'AAH peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (cas très marginaux) ou plus fréquemment de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) si elles remplissent certaines conditions de ressources. Depuis le 1^{er} juillet 2015, des avantages supplémentaires sont accordés aux bénéficiaires de l'ACS afin d'améliorer encore leurs conditions d'accès aux soins (généralisation du tiers payant, exonération de participation forfaitaire et de franchises ...).

Article 26 - Adaptation et réadaptation

- **L'accompagnement des jeunes en situation de handicap**

Afin de permettre aux adolescents handicapés de choisir la voie correspondante à leur souhait professionnel, un décret d'application de la loi du 11 février 2005 prévoit des dispositions telles que la possibilité d'un accueil à temps partiel sur les lieux de formation pour la poursuite des soins et de la rééducation ou encore un aménagement des épreuves diplômantes. L'objectif est de permettre à l'adolescent handicapé de découvrir plusieurs champs professionnels, tout en continuant, au sein d'un lycée professionnel ou d'un établissement de soins, à consolider les apprentissages scolaires essentiels soit en fin de collège soit au moment des choix de filières.

Par ailleurs, des examens d'aptitude de travail en atelier, sont effectués par l'inspection du travail sur avis du médecin chargé de la surveillance des élèves et du professeur d'atelier. Cela permettra à l'élève de s'orienter vers une voie professionnelle dans lesquelles il pourra travailler car compatible avec son handicap ou sa pathologie chronique sévère et de travailler sur l'adaptation qu'il sera nécessaire de réaliser au niveau de son « poste de travail ». De même, pour les élèves handicapés scolarisés dans des dispositifs collectifs, l'articulation dispositif *ULIS lycée/milieu du travail* (visites, rencontres, stages...) permet d'anticiper très en amont la sortie de ce dispositif et de favoriser au maximum le travail en milieu ordinaire.

Afin de favoriser l'insertion professionnelle des étudiants handicapés, le ministère de l'enseignement supérieur veille à la prise en compte du handicap dans tous les accords signés avec les branches professionnelles, lors de nouvelles signatures ou de renouvellements. Ce volet handicap a pour objectif de faire bénéficier les étudiants en situation de handicap de toutes les actions prévues pour les étudiants dans le cadre de ces conventions en faveur de leur insertion professionnelle, tout en tenant compte de leurs besoins spécifiques.

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

⁵³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement ; décret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement ; article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

Pour autant, trop peu de jeunes adultes handicapés acquièrent une qualification ou un diplôme, facteur essentiel pour l'accès à un emploi. Face à ce constat, le gouvernement se mobilise tant au travers des conférences sociales réunissant les partenaires sociaux qu'avec le plan d'actions issu de la CNH de 2014 afin que l'emploi des personnes handicapées et tout ce qui peut contribuer à améliorer l'accès au travail (accès à la formation professionnelle, mobilisation de la négociation collective,...) constitue une priorité pour tous les acteurs.

- **Le maintien dans l'emploi des personnes handicapées**

Le Plan santé au travail définit les priorités de l'action gouvernementale et vise à coordonner l'action de l'ensemble des organismes de prévention et des acteurs dans le champ de la santé et de la sécurité au travail. La mise en œuvre opérationnelle et coordonnée du 3^{ème} Plan santé au travail 2015-2019 sera assurée par le biais de plans régionaux, en lien avec les PRITH. La prévention de la désinsertion professionnelle, grâce notamment au développement d'une offre coordonnée de services en direction des travailleurs et des entreprises confrontés à des restrictions d'aptitude, quelle qu'en soit la cause (handicap, vieillissement, maladie chronique évolutive, usure professionnelle), constitue un axe prioritaire de ces orientations. Il s'agira d'améliorer les conditions de mobilisation des différents dispositifs destinés à sécuriser les parcours des personnes, en amplifiant les partenariats mis en œuvre notamment dans le cadre de la convention multipartite et de l'action de prévention de la désinsertion professionnelle promue par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Un des acteurs du maintien dans l'emploi est l'AGEFIPH qui propose un certain nombre d'aides et de services afin de compenser le handicap dans l'emploi, telles que des aides financières adressées aux employeurs ou le financement du réseau des Services d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH) qui aident, grâce à une palette de services, les entreprises et les salariés handicapés à assurer le maintien dans l'emploi.

Parce que la survenue d'une maladie invalidante ou d'un accident de travail remet en cause le contrat de travail, les partenaires sociaux ont une responsabilité partagée vis-à-vis du maintien dans l'emploi. La loi du 11 février 2005 a instauré une obligation de négocier sur le thème de l'emploi des travailleurs handicapés, tous les ans dans les entreprises et tous les trois ans dans les branches professionnelles. Les partenaires sociaux et les employeurs doivent donc conduire une négociation annuelle sur l'emploi des personnes handicapées. Dans ce cadre, le gouvernement a fixé comme objectif le triplement du nombre d'accords signés d'ici à trois ans en vue de respecter l'obligation d'emploi de 6%.

Article 27 - Travail et emploi

L'activité professionnelle demeure un moyen essentiel de participer à la vie sociale. Il contribue à la réalisation, à la structuration de soi et au sentiment d'utilité sociale. Tout adulte handicapé, qui en a le potentiel, doit avoir la possibilité d'exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire et suivre un parcours professionnel conforme à ses aptitudes et à ses aspirations.

- **Les chiffres de l'emploi des personnes en situation de handicap** comparé à la population active générale (Source : DARES)

Taux d'activité en 2011 : 44% (71%) ; Taux d'emploi en 2011 : 35% (64%) ; Taux de chômage en 2011 : 21% (9%) ; Ancienneté au chômage de 2 ans et plus : 41% (17%) ; Part des établissements couverts par un accord relatif à l'emploi de travailleurs handicapés en 2012 : 11% ; Part des travailleurs handicapés dans le total des actifs occupés du secteur privé en 2012 : 3,1% ; Part des travailleurs handicapés dans le total des actifs occupés du secteur public en 2013 : 4,9%

- **Les mesures d'action positive en faveur de l'emploi des personnes handicapées sur le marché ordinaire du travail**

Afin d'assurer la pleine égalité de traitement à l'égard des personnes handicapées, le droit français prévoit des dispositifs spécifiques visant à favoriser leur insertion professionnelle. Elle fixe un quota d'obligation d'emploi de 6% de travailleurs handicapés à tout employeur ayant au moins 20 salariés. Aussi, la loi du 11 février 2005, renforce l'obligation d'emploi dans le service public par la création du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) mis en place le 1er janvier 2006. Cette loi renforce les sanctions financières pour les établissements qui, durant les quatre dernières années, n'ont effectué aucune « action positive » en faveur de l'emploi de travailleurs handicapés.

Si les outils créés dans la loi du 11 février 2005 ont permis d'augmenter la présence des personnes handicapées⁵⁴ dans un contexte économique difficile, leur taux de chômage reste deux fois plus élevé que la moyenne⁵⁵. C'est la raison pour laquelle, afin de répondre à l'objectif de la CNH de « vivre et travailler comme les autres avec les autres », la fonction publique se doit d'être exemplaire, notamment en élargissant le champ de l'obligation d'emploi et en négociant avec les organisations syndicales. Dans le secteur privé, plusieurs leviers des politiques d'emploi seront mobilisés pour améliorer sensiblement la situation d'emploi des personnes handicapées, tels que la formation professionnelle pour faire progresser leur qualification, la mobilisation des partenaires sociaux pour se rapprocher des 6% d'obligation d'emploi, la prévention des inaptitudes par une politique d'accompagnement dynamique ainsi que pour ceux qui le nécessitent une articulation mieux organisée avec le secteur adapté et protégé.

S'agissant des acteurs, une convention multipartite⁵⁶ a été conclue le 27 novembre 2013, pour une durée de 3 ans. Elle a pour objet de « mobiliser les politiques et dispositifs de droit commun en articulation avec les dispositifs spécifiques dédiés aux personnes handicapées, et d'accentuer la synergie entre les acteurs » pour améliorer l'insertion professionnelle, la formation professionnelle, la négociation collective, les actions de maintien en emploi, ainsi que les échanges d'informations et le pilotage territorial de cette politique. Son bilan annuel sera présenté devant le CNCPPH. Par ailleurs, elle sera déclinée au niveau régional dans le cadre des Plans Régionaux pour l'Insertion des Travailleurs Handicapés (PRITH), outil de pilotage de l'Etat. Ces plans permettent de recenser, fédérer et compléter les interventions des différents acteurs régionaux afin d'améliorer la réponse collective aux attentes des personnes handicapées et des employeurs publics et privés (formation professionnelle, accès à l'emploi, maintien dans l'emploi, sensibilisation des employeurs).

- **La formation des travailleurs handicapés**

Le faible niveau de qualification des demandeurs d'emploi handicapés représente le frein principal à leur accès et à leur maintien dans l'emploi : près de 80% d'entre eux ont un niveau de qualification inférieur ou égal au brevet des études professionnelles. Faciliter l'accès à la formation professionnelle et à la qualification constitue donc un levier d'action important pour lutter efficacement contre le chômage de ce public fragile (22%).

A ce titre, le nouveau programme régional d'accès à la formation des personnes handicapées, introduit par la loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale⁵⁷, répond aux enjeux d'articulation avec la politique définie et menée au

⁵⁴ Etude DARES octobre 2013 : en 2011, 2 millions de personnes en âge de travailler déclarent avoir une reconnaissance administrative d'un handicap contre 1,8 millions en 2007.

⁵⁵ Etude DARES octobre 2013 : taux de chômage des travailleurs handicapés : 21% en 2011 contre 9% pour l'ensemble de la population active ;

⁵⁶ Convention qui associe l'Etat, l'AGEFIPH, le FIPHFP, Pôle emploi, la CNSA, l'Association des Régions de France, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et la Mutualité Sociale Agricole

⁵⁷ LOI n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale

sein des PRITH. L'ambition de ce texte est bien de renforcer l'accès à la formation et à la qualification des personnes handicapées, à travers :

- le compte personnel de formation pour acquérir des droits à la formation dans une démarche de sécurisation des parcours professionnels ainsi que l'accès à une formation qualifiante. L'AGEFIPH travaille actuellement à la mise en place d'un abondement spécifique pour les personnes handicapées.
- l'entretien professionnel, axé sur les perspectives professionnelles et la qualification de la personne en vue de prévenir l'inaptitude ou d'accompagner la mobilité, quand celle-ci est devenue indispensable pour raisons de santé.
- le conseil en évolution professionnelle qui représente un conseil renforcé et un accompagnement pouvant conduire à la validation d'un parcours de formation.
- les périodes de mise en situation professionnelle, particulièrement adaptées aux personnes handicapées pour vérifier l'adéquation entre un métier et leurs capacités.

Entre 2005 et 2013, l'effort global de formation en direction des demandeurs d'emploi handicapés a augmenté. Le nombre annuel de bénéficiaires d'une action de formation est passé de 53 000 en 2005 à près de 90 000 en 2013, soit une hausse d'environ 70 %. L'effort budgétaire total atteint près de 400M€ en 2013.

Le développement de la formation des travailleurs handicapés a un effet positif car après leur formation, leur taux d'emploi à 6 mois est de :

- 37 % pour les stagiaires handicapés en formations qualifiantes et certifiantes organisées par l'Association pour la formation professionnelle des adultes, contre 54 % pour l'ensemble des stagiaires (sortants 2012),
- 26 % en moyenne pour les formations financées par l'AGEFIPH (sortants 2010),

Les contrats en alternance restent encore peu utilisés par les employeurs pour les travailleurs handicapés : 3275 entrées en professionnalisation (1.9% de bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés) et 2217 entrées en contrats d'apprentissage (0.8%) (chiffres DARES 2011). Ces données sont cependant sous-estimées, le repérage des bénéficiaires d'une reconnaissance administrative du handicap étant complexe.

- L'emploi dans la fonction publique

Dans la fonction publique, la mise en place du FIPHFP a permis de dynamiser la politique du handicap menée par les employeurs publics en leur donnant la possibilité de mobiliser les ressources du fonds autour d'un projet global pluriannuel. Depuis sa mise en place, le taux d'emploi des travailleurs handicapés a évolué favorablement en passant de 3,74% au 1^{er} janvier 2005 à 4,90% au 1^{er} janvier 2013, ce qui représente 209 500 personnes handicapées employées dans les trois versants de la fonction publique.

Cette évolution du taux d'emploi a été également renforcée par la généralisation d'un mode dérogatoire de recrutement qui permet aux travailleurs handicapés d'être recrutés sans concours dans la fonction publique et la mise en place de plans pluriannuels chiffrés de recrutement de travailleurs handicapés dans les ministères, pour la période 2007-2013.

Cet effort sera poursuivi dans les prochaines années mais d'ores et déjà, des nouvelles actions ont été décidées lors de la CNH pour favoriser l'accès des personnes handicapées à la haute fonction publique sans concours d'une part, pour assujettir à l'emploi de travailleurs handicapés des structures administratives qui n'étaient pas dans le champ de l'obligation d'emploi (juridictions administratives et financières, autorités administratives indépendantes, groupements d'intérêt public) d'autre part, et enfin pour ouvrir une concertation avec les organisations syndicales de fonctionnaires, dont un volet sera consacré au handicap dans la fonction publique.

- **L'emploi en milieu adapté ou protégé**

Si elles ne peuvent pas durablement ou temporairement exercer leur activité professionnelle dans une entreprise, les personnes handicapées peuvent être orientées vers des entreprises adaptées (EA) ou des établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Les entreprises adaptées (EA) sont des entreprises à part entière du milieu ordinaire de travail. Elles emploient au moins 80% de travailleurs handicapés orientés vers le marché du travail par la CDAPH. Ces personnes ont le statut de salarié avec un contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée. Conformément au code du travail, le travailleur handicapé reçoit *"un salaire fixé compte tenu de l'emploi qu'il occupe et de sa qualification par référence aux dispositions légales ou stipulations conventionnelles applicables dans la branche d'activité"*. Ce salaire ne peut être inférieur au salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC). Sous certaines conditions, l'entreprise adaptée reçoit une aide au poste forfaitaire pour chaque travailleur handicapé ainsi qu'une subvention spécifique.

Un pacte pour l'emploi des personnes handicapées dans les entreprises adaptées, portant sur la période 2012-2014, a été conclu le 22 décembre 2011 entre l'Etat, l'Union nationale des entreprises adaptées (UNEA) et plusieurs associations et fédérations du secteur du handicap pour engager une nouvelle dynamique dans le secteur adapté avec 3 objectifs : créer 3 000 nouvelles aides au poste échelonnées sur les 3 ans, favoriser la professionnalisation des salariés en situation de handicap (développement de la formation professionnelle) et moderniser le secteur.

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

- offrir une insertion professionnelle et sociale adaptée à des personnes handicapées ayant une capacité de travail réduite. Les activités professionnelles proposées s'exercent soit sous la forme d'ateliers installés dans les locaux de l'ESAT, soit au travers d'emplois exercés en milieu ordinaire de travail par des mises à disposition. Ces activités donnent lieu au versement d'une rémunération garantie, qui leur assure également une couverture sociale. Ces travaux concernent principalement les secteurs de la sous-traitance et des services, mais portent de plus en plus aujourd'hui sur des productions propres ;
- assurer les soutiens nécessaires aux personnes handicapées pour acquérir la meilleure autonomie personnelle, sociale et professionnelle. Ces soutiens sont divers et couvrent aussi bien la formation professionnelle, des aides psychosociales qu'une ouverture vers la cité.

Le « travail protégé » est particulièrement développé en France, avec plus de 1 300 ESAT accueillant près de 120 000 personnes à temps complet ou partiel. L'Etat consacre désormais plus de 2,7 milliards d'euros à cette politique (source : LFI 2014), à la fois pour financer le fonctionnement des ESAT et pour aider à la rémunération des travailleurs handicapés qu'ils accueillent.

Les ESAT et les EA doivent favoriser la promotion des travailleurs handicapés, la valorisation de leurs compétences et, si possible, leur accès à des emplois en milieu ordinaire de travail. A l'occasion de la CNH, le Président de la République a affirmé l'objectif de faciliter les passerelles entre emploi en milieu protégé et adapté et emploi en milieu ordinaire de travail. Ainsi, le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, conduit actuellement des travaux afin de faire évoluer en ce sens les établissements et services d'aide par le travail.

Article 28 - Niveau de vie adéquat et protection sociale

Dans le but de garantir un niveau de vie adéquat aux personnes handicapées, des dispositions spécifiques sont prévues, en matière de ressources, de fiscalité, de retraite et de logement.

- L'allocation aux adultes handicapés

Les personnes adultes handicapées peuvent bénéficier, sous certaines conditions, de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Elles doivent présenter un taux d'incapacité permanent compris entre 50 % et 79 % ou au moins égal à 80 % et avoir une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE), compte tenu du handicap.

Son montant est de 800,45 € depuis le 1^{er} octobre 2014. Le cumul entre AAH et revenu d'activité a été rendu plus favorable et plus lisible afin d'inciter davantage au retour à l'emploi. Le versement de l'AAH est désormais versé par trimestre pour ceux qui exercent une activité professionnelle en milieu ordinaire, ce qui permet d'ajuster de manière plus réactive son montant au regard de la situation financière des intéressés. Ce nouveau mécanisme d'intéressement permet de cumuler intégralement l'AAH et les revenus d'activité professionnelle, sans aucun plafond, pendant une durée de 6 mois à compter de la reprise d'une activité professionnelle.

Les personnes handicapées bénéficiant de l'AAH peuvent percevoir en complément (non cumulables) soit le complément de ressources (montant mensuel forfaitaire de 179,31 €) destiné aux personnes vivant en logement indépendant et dont la capacité de travail est quasi-nulle⁵⁸, soit la majoration pour la vie autonome pour les personnes vivant en logement indépendant et bénéficiant d'une aide au logement sans revenus d'activité à caractère professionnel propre⁵⁹.

Certains publics en situation de pauvreté et présentant des problèmes de santé peuvent se trouver à la frontière entre les deux principaux minima sociaux ouverts aux personnes d'âge actif que sont l'AAH et le revenu de solidarité active (RSA). Pour les personnes non éligibles à l'AAH et en fonction de la situation personnelle de l'intéressé, le RSA peut être une solution. C'est la raison pour laquelle cette information sera systématiquement donnée à la personne par la MDPH en cas de refus de l'AAH.

- Les avantages fiscaux

Les personnes handicapées bénéficient par ailleurs de différents avantages en matière fiscale, qui s'ajoutent aux mesures de droit commun. Citons :

- un abattement spécifique supplémentaire dans le cadre de l'impôt sur le revenu ;
- un abattement spécifique en matière de droits de mutation à titre gratuit ;
- l'exonération, sous condition de ressources, de la taxe d'habitation et de la taxe foncière ;
- la non-imposition, au titre de l'impôt sur le revenu, de la majorité des allocations, prestations et pensions destinées aux personnes handicapées (PCH, AAH, majoration tierce personne) ;
- l'augmentation du nombre de parts, au titre du quotient familial, pour le calcul de l'impôt sur le revenu (une demi-part supplémentaire, si le contribuable, son conjoint ou une personne à sa charge est invalide) ;
- l'exonération de la redevance audiovisuelle ;
- des réductions et crédits d'impôt spécifiques, au titre de l'impôt sur le revenu ;

⁵⁸ Article L 821-1-1 du code de la sécurité sociale

⁵⁹ Article L 821-1-2 du code de la sécurité sociale

- l'application de taux réduits de TVA (5,5% et 7%) en particulier dans des cas qui concernent directement les personnes en situation de handicap (appareillages ou travaux portant sur des locaux à usage d'habitation).
- un crédit d'impôt facilitant l'adaptation du logement aux contraintes du handicap.

- **La retraite**

Depuis *la loi du 9 novembre 2010*⁶⁰ portant réforme des retraites, les assurés qui ont travaillé tout en étant lourdement handicapés (taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %) ou en ayant été reconnus travailleurs handicapés, peuvent bénéficier d'une retraite avant l'âge légal de départ à la retraite⁶¹. Pour prétendre à ce droit, ils doivent justifier d'une durée d'assurance et de périodes cotisées variables selon leur âge à la date d'effet de leur pension et, depuis le 1er janvier 2009, selon leur année naissance⁶². La pension attribuée au titre de ce dispositif est versée à taux plein. Elle ouvre droit à liquidation sans abattement à la retraite complémentaire.

La loi du 20 janvier 2014⁶³ aménage les conditions d'éligibilité à la retraite anticipée des personnes handicapées en ramenant le taux d'incapacité permanente (IP) requis à 50%. Pour les personnes ne répondant pas à cette condition sur une durée suffisante de leur carrière, le texte abaisse également l'âge dérogatoire du taux plein (62 ans contre 65 ans) pour les assurés justifiant de ce taux d'IP au moment de la liquidation. Elle leur ouvre de surcroît l'accès à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

- **Le logement**

La France veille à ce que les personnes handicapées puissent bénéficier d'un logement accessible et abordable. Ainsi, elles figurent parmi les bénéficiaires prioritaires des logements sociaux⁶⁴. Il est également prévu que « *les logements construits ou aménagés en vue de leur occupation par des personnes handicapées sont attribués à celles-ci (...) ou à des ménages hébergeant de telles personnes* »⁶⁵. Pour solvabiliser les personnes à faible revenu, celles-ci bénéficient de l'aide personnalisée au logement.

Afin de rendre le parc privé accessible aux personnes handicapées, des travaux d'amélioration sont financés par l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH). Sur la période 2007-2010, plus de 100 000 logements ont bénéficié d'un financement de l'ANAH pour les travaux d'adaptation ou d'accessibilité. De plus, une aide financière peut être sollicitée pour accompagner les travaux d'adaptation des logements privés ou publics. Ces travaux bénéficient d'une déduction fiscale dont les conditions seront actualisées pour mieux prendre en compte par exemple la domotique.

L'adaptation des logements tant dans le parc social que dans le secteur privé constitue un objectif du plan d'action gouvernemental. Les bailleurs sociaux s'engageront sur le service rendu aux locataires handicapés par une meilleure connaissance des logements adaptés de leur parc, données qui feront l'objet d'un suivi statistique. Par ailleurs, une disposition législative, en cours d'adoption dans le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, permettra aux locataires du parc privé de réaliser une série de petits travaux en cas d'absence durable de réponse du propriétaire à une demande de travaux, son silence valant accord.

Article 29 - Participation à la vie politique et à la vie publique

⁶⁰ LOI n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites

⁶¹ Article L 351-1-3 du code de la sécurité sociale

⁶² Décret du 30 décembre 2010 relatif à l'âge d'ouverture du droit à pension de retraite

⁶³ LOI n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites

⁶⁴ Article L 441-1 du code de la construction et de l'habitation

⁶⁵ Article R. 441-4 du code de la construction et de l'habilitation.

L'article 29 de la Convention stipule que les États « s'engagent à faire en sorte que les personnes handicapées puissent effectivement et pleinement participer à la vie politique et à la vie publique sur la base de l'égalité avec les autres ». La société inclusive ne peut se concevoir sans les personnes handicapées et cela implique leur participation à la vie politique et leur présence dans toutes les institutions les concernant et les représentants.

La France a fait une déclaration interprétative s'agissant de l'article 29 de la Convention. « *L'exercice du droit de vote est une composante de la capacité juridique qui ne peut connaître de restriction que dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article 12 de la Convention* ». Jusqu'en 2007, la loi prévoyait que les personnes sous tutelle n'avaient pas le droit de vote, sauf décision contraire du juge. L'article 12 de la loi de 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a inversé le principe en indiquant que les personnes sous tutelle disposent de leur droit de vote, sauf si le juge en décide explicitement autrement.

Cette déclaration interprétative a vocation à prévenir un risque de contrariété avec le droit français. Elle vise en effet l'hypothèse où le juge a expressément supprimé le droit de vote d'un majeur bénéficiant d'une mesure de tutelle. Le droit de vote étant dans la conception française un droit éminemment personnel, la personne en charge de représenter la personne protégée ne peut, en l'état actuel de notre législation, exercer ce droit à sa place. L'article 12 § 4 de la Convention se réfère expressément à la conformité des mesures prises par les Etats en matière d'exercice de la capacité juridique « *au droit international des droits de l'homme* », permettant ainsi une interprétation de ces dispositions au regard du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, dont l'article 25 autorise des restrictions raisonnables au droit de voter. En l'espèce, il s'agit d'une restriction d'autant plus raisonnable qu'elle n'est jamais automatique, mais décidée au cas par cas, en fonction des facultés de la personne concernée et par un juge.

Si des efforts ont été consacrés à améliorer l'accessibilité des bureaux de vote, c'est l'ensemble de l'information politique qui doit être accessible aux personnes quel que soit leur handicap et beaucoup reste à faire en la matière.

En janvier 2014, le Premier ministre a lancé une mission parlementaire sur l'accessibilité des élections. Il ressort du rapport que le cadre réglementaire est suffisant : L'article L. 57-1 du code électoral impose que les machines à voter permettent « aux électeurs handicapés de voter de façon autonome, quel que soit leur handicap ». L'article L. 62-2, stipule que « les bureaux et les techniques de vote doivent être accessibles aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, mental ou psychique, des conditions fixées par décret ». Enfin, les articles D. 56-2 et D. 56-3 du code électoral prévoient respectivement que chaque bureau de vote doit être équipé d'au moins un isolement permettant l'accès des personnes en fauteuils roulants, et que l'urne doit être accessible à ces personnes. Par ailleurs, sont également applicables les dispositions relatives à l'accessibilité du cadre bâti, du stationnement ou de l'information dans l'espace public ». Toutefois, il ressort également du rapport qu'en pratique on constate que l'accessibilité électorale est aléatoire selon les communes et selon la nature du handicap. Le handicap physique, semble assez largement pris en compte pour l'accessibilité des locaux. En revanche, le handicap intellectuel n'est pas traité et le handicap visuel n'est que rarement pris en compte, malgré les recommandations formulées en 2012 par le groupe de travail constitué par le Défenseur des droits. L'aide d'une tierce personne est indispensable dans la majorité des cas, au détriment de l'autonomie de l'électeur et de la confidentialité de son vote.

C'est notamment à partir de ces recommandations et propositions du rapport que le gouvernement a intégré dans le plan d'actions issu de la CNH des dispositions pour améliorer

le processus électoral pour toutes les élections politiques, telles que l'élaboration d'un véritable référentiel pour compléter le code électoral. Le Secrétariat général du Comité interministériel du handicap a réactualisé début 2014 des mémentos sur les mesures destinées à rendre une élection accessible. La promotion de ces publications est assurée par le ministère de l'Intérieur à travers la documentation publiée à destination des candidats. Pour que leur impact soit plus grand, ces mémentos ont vocation à devenir de véritables référentiels destinés à compléter le code électoral.

Article 30 - Participation à la vie culturelle et récréative, aux loisirs et aux sports

La commission nationale Culture et Handicap constitue un véritable levier pour répondre à l'objectif d'une participation pleine et entière des personnes handicapées à la vie culturelle et récréative, aux loisirs et aux sports. Elle permet un dialogue entre les ministères chargés de la culture, les principales associations, les personnes handicapées elles-mêmes et le milieu culturel et artistique. Elle propose des mesures, dans tous les domaines concernés, notamment l'accès aux équipements, à la pratique artistique, à la formation et aux métiers de la culture.

- La prise en compte de l'accessibilité:

Le ministère de la culture agit pour que soient rendus accessibles les établissements nationaux d'enseignement supérieur « culture » (en 2015, 75% des écoles d'architecte accessibles), les établissements nationaux « patrimoines », les établissements nationaux de diffusion de la création artistique et les établissements territoriaux. La Réunion des Etablissements Culturels pour l'Accessibilité regroupe une vingtaine d'établissements publics engagés dans la réalisation de mesures permettant d'améliorer l'accueil des personnes handicapées dans les établissements culturels.

Si début 2014, 587 cinémas offrant 2485 écrans étaient totalement accessibles, soient 73% des entrées réalisées, l'engagement pour un cinéma accessible sera poursuivie. C'est le sens des actions inscrites dans le plan d'actions du gouvernement: aide incitative pour une disponibilité dès la sortie des films du sous-titrage et de l'audiodescription, réglementation pour l'adaptation des établissements délivrant des prestations sonores et visuelles et du spectacle vivant, aide sélective à la création et à la modernisation des salles.

- L'accès à la création artistique:

L'égalité des droits et des chances commande un égal accès aux pratiques culturelles et aux pratiques amateurs ainsi qu'à l'enseignement et à la pratique artistique des personnes handicapées. Pour ce faire, en 2013 et en 2014, près de 7,5 millions d'euros ont été attribués par les directions régionales des affaires culturelles pour financer 26 projets à destination des enfants et des jeunes en situation de handicap en 2013 et 44 projets en 2014, Ces derniers sont réalisés en partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés sur les territoires, tels que les collectivités territoriales ou les structures culturelles et équipes artistiques. Les crédits nouveaux pour la politique d'éducation artistique et culturelle s'élèveront, en 2015, à 10M€.

- L'accès aux œuvres écrites:

La loi du 1^{er} août 2006⁶⁶ relative au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information a prévu une exception au droit de reproduction et de représentation des auteurs et des titulaires de droits voisins au bénéfice des personnes handicapées afin de favoriser leur accès aux œuvres écrites. Ce texte permet en effet, sans autorisation préalable, ni rémunération des ayants droit, la reproduction et la représentation d'œuvres protégées sur des supports adaptés aux personnes handicapées, effectuées à des fins non lucratives par des personnes morales et par des établissements ouverts au public (les bibliothèques, les centres

⁶⁶ LOI n° 2006-961 du 1er août 2006 relative au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information.

de documentation, les centres médicaux spécialisés, etc.). Cette disposition permet l'accès aux supports physiques comme numériques⁶⁷.

- **L'accès aux sports:**

Le ministère des sports s'est doté, depuis 2003, d'une organisation qui repose sur un réseau de référents dans ses services déconcentrés comme dans les établissements et les fédérations sportives ainsi que d'un pôle ressources national sport et handicap (PRNSH) en tant qu'outil de ressources, de formation, d'animation de réseau et d'évaluation. L'action du réseau s'est concentrée sur le développement de l'offre au niveau local en soutenant financièrement les associations, en formant les acteurs et en accompagnant les projets et les manifestations mettant en valeur les pratiques à destination des sportifs en situation de handicap. Cet accompagnement se fait par le biais d'un référentiel national de développement des pratiques. Les associations proposant une offre sportive adaptée ont été recensées par le réseau et sont répertoriées sur un site internet dédié.

Les montants de crédits destinés à favoriser la pratique sportive de ce public ont considérablement évolué au fil des dix dernières années : 3,7 millions d'euros en 2003 contre 19,6 millions d'euros en 2013. Par ailleurs, l'Etat dispose d'un parc d'établissements publics nationaux INSEP, CREPS et d'écoles nationales dédiés à la performance sportive, à l'expertise, à la formation et à l'hébergement des acteurs du sport. Sur 21 établissements, 6 sont considérés comme accessibles en grande partie à tous les types de handicap. Pour les 5 autres, les travaux de mise en accessibilité ont été engagés. 80 % de ces établissements accueillent d'ores et déjà des pôles ou des stages de la Fédération française handisport ou de la Fédération française du sport adapté.

- **L'accessibilité aux prestations touristiques et de loisirs:**

La prise en compte de l'accessibilité dans le secteur du tourisme repose principalement sur le label « Tourisme et Handicap », qui vise à apporter une information objective et homogène sur l'accessibilité des sites et des équipements touristiques (ex : musées, hôtels, restaurants, offices de tourisme, pontons de pêche, parcours de promenade, etc.).

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

- **Accessibilité des activités périscolaires:**

La Convention internationale des droits de l'enfant et les articles 7 et 30 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, reconnaissent aussi l'importance du droit au jeu dans le développement de l'enfant.

Le Défenseur des droits constate, au vu notamment des situations dont il est saisi, que les enfants handicapés sont confrontés à des difficultés de nature à compromettre leur droit à participer de manière effective, comme tous les autres enfants, aux activités périscolaires et extrascolaires. Toutefois, engagée dès la rentrée scolaire 2013, la nouvelle organisation des temps scolaires est généralisée depuis la rentrée 2014 avec pour objectif de permettre à tous les enfants de mieux apprendre à l'école et de bénéficier d'un temps périscolaire de qualité, ce dernier relevant de la responsabilité des communes. Compte tenu des difficultés pour les

⁶⁷ La Bibliothèque nationale de France (BNF) joue le rôle de structure centralisatrice par l'intermédiaire de sa plate-forme sécurisée de dépôt et de transfert des fichiers numériques ayant servi à l'impression des œuvres (PLATON), inaugurée en mars 2010. Les personnes privées handicapées n'ont cependant pas accès directement à cette plateforme. Elles accèdent aux documents adaptés, par l'intermédiaire des organismes transpositeurs agréés. Ils peuvent reproduire des œuvres (faire lire par une personne, effectuer une carte en relief, etc.), sans avoir à obtenir l'autorisation des ayants droit, **demandeur aux éditeurs les fichiers numériques des œuvres dont la date de dépôt légal est inférieure à dix ans** et postérieure au 4 août 2006, en vue de réaliser et communiquer des éditions adaptées à leurs publics handicapés.

enfants en situation de handicap d'accéder à ces activités, l'Etat a décidé lors de la CNH d'accompagner, avec la caisse nationale d'allocations familiales, les communes et intercommunalités, dans le cadre d'un projet éducatif territorial tant sur le plan financier qu'en terme de méthode.

Troisième partie - La situation particulière des femmes et des enfants présentant un handicap (articles 6 et 7 de la Convention)

Le système juridique français repose, notamment, sur le principe d'égalité des citoyens devant la loi. Pour ces articles 6 et 7, de telles distinctions (femme, enfant handicapés mais sans distinction entre garçons et filles) apparaissent dans certains dispositifs et mesures qui leur sont spécifiquement dédiées. Cette distinction a donc été traitée dans les différents articles précédents se rapportant à chacun de ces thèmes particuliers.

Pour autant, **s'agissant des femmes handicapées**, le gouvernement souhaitant disposer de données statistiques spécifiques sur leur situation en vue d'adapter les dispositifs existants à leurs besoins, le plan d'actions issu de la CNH prévoit que le service des droits de femmes produira une synthèse «genrée» des différentes données et incitera à l'introduction de cette approche au sein de l'appareil statistique concernant les personnes handicapées.

Par ailleurs, l'enquête « Violence et Rapports de genre » dites VIRAGE, à laquelle contribue le ministère en charge des droits des femmes pour un montant de 1,27 M€, permettra de disposer de données statistiques fiables sexuées sur les violences de genre dont sont victimes les femmes et les hommes. Au regard de l'échantillon fixé entre 20.000 et 30.000 répondants, la situation de personnes handicapées, femmes ou hommes, victimes de violences devrait pouvoir être identifiée.

Dans le champ de la prévention et de la lutte contre les violences, la situation des femmes handicapées victimes de violences est désormais prise en compte dans la politique de prévention du handicap en application de l'article 44 de la loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. A ce titre, la mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violence et la lutte contre la traite des êtres humains travaille à l'élaboration de modules de sensibilisation à destination des professionnels.

S'agissant des enfants handicapés, le droit français reconnaît les mêmes droits et garanties fondamentaux aux individus, sans considération des situations personnelles de chacun. Ainsi, le législateur et la jurisprudence ont reconnu les mêmes droits à tous les enfants, quelle que soit leur situation, qu'ils souffrent d'un handicap ou non, mais ils se sont aussi efforcés à prendre, le mieux possible, en considération leur intérêt particulier dans toutes les instances ou procédures les concernant en consacrant la notion « d'intérêt supérieur de l'enfant ». L'intérêt de l'enfant est ainsi apprécié au cas par cas et permet l'adaptation de la décision à la situation concrète de l'enfant, à son handicap, à son bien-être, sa santé, sa sécurité ou ses besoins.

C'est aussi sur ce fondement que le mineur a le droit d'exprimer son opinion sur les questions qui le concernent, et d'être associé aux décisions qui sont prises pour lui, en fonction de son âge et de sa maturité. La loi du 8 janvier 1993 complétée par la loi du 5 mars 2007 a repris l'essentiel des dispositions de la Convention Internationale sur les Droits de l'Enfant en exposant dans le nouvel article 388-1 du Code Civil : *“ Dans toute procédure le concernant, le mineur capable de discernement peut, sans préjudice des dispositions prévoyant son intervention ou son consentement, être entendu par le juge ou, lorsque son intérêt le commande, par la personne désignée par le juge à cet effet. Cette audition est de droit lorsque le mineur en fait la demande. Lorsque le mineur refuse d'être entendu, le juge apprécie le bien-fondé de ce refus. Il peut être entendu seul, avec un avocat ou une personne*

de son choix... ». Ces dispositions sont particulièrement protectrices des enfants car elles permettent au juge d'adapter la forme de l'audition à la situation du mineur, notamment en cas de handicap, et de prendre en considération ses besoins fondamentaux, physiques et intellectuels.

Le Gouvernement est par ailleurs très attentif à la situation des enfants handicapés dans le cadre de la politique de soutien aux familles face au handicap qui mobilise de nombreux acteurs dans les territoires. Ainsi, les schémas départementaux des services aux familles qui sont élaborés sous l'autorité des Préfets de département sont de nature à apporter des réponses à différents enjeux, en particulier :

- Recenser les besoins et améliorer la mise en relation entre les besoins et l'offre. Les départements préfigurateurs des « schémas départementaux des services aux familles » ont souvent rencontré de réelles difficultés pour recenser les besoins en termes d'accueil de jeunes enfants handicapés (méconnaissance du nombre d'enfants concernés sur la tranche d'âge 0-3 ans, différences des difficultés des familles selon la nature du handicap de l'enfant). Le travail autour des schémas doit permettre aux partenaires de définir une méthodologie de mesure des besoins en la matière.
- Informer les parents sur l'offre existante. Les parents connaissent encore peu les modes d'accueil collectif ou individuel qui sont adaptés au handicap de leur enfant.
- Sensibiliser et former les professionnels à accueillir les enfants en situation de handicap. Les professionnels doivent être préparés à répondre aux besoins spécifiques des enfants qu'ils vont accueillir, dans le respect du parcours éducatif défini par la maison départementale des personnes handicapées. Les modes d'accueil de la petite enfance peuvent s'appuyer le cas échéant sur les structures médico-sociales chargées du repérage, dépistage et de l'accompagnement précoce sur le lieu de vie de l'enfant.

Quatrième partie - L'exécution des obligations spécifiques prévues aux articles 31 à 33 de la Convention

Article 31 - Statistiques et collecte de données

Les outils d'observation du handicap: les données administratives sur le handicap et les enquêtes par dispositif sont nombreuses, émanant de différents ministères et organismes.

- Les travaux de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), au sein du Ministère du travail

Elle analyse notamment les données sur l'emploi des travailleurs handicapés issues de la déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés (DOETH) dont la gestion est assurée par l'AGEFIPH depuis 2013. Ainsi, la DARES a publié en 2011 une étude sur « L'emploi des travailleurs handicapés dans les établissements de plus de 20 salariés ou plus du secteur privé ». Elle a publié en 2011 une étude sur « La situation sur le marché du travail en 2008 des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap » et une étude sur « Les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap ».

- Les travaux de la Direction de la Recherche, de l'Evaluation et des Etudes Statistiques (DREES) du Ministère des affaires sociales et de la santé

La DREES réalise, publie et est associée à de nombreuses études et enquêtes relatives au handicap. Elle publie notamment depuis de nombreuses années l'enquête dite « ES handicap » réalisée à partir du fichier FINISS qui porte sur les personnes accueillies en établissements ou services médico-sociaux(ESMS). La dernière retrace la situation au 31 décembre 2010. Elle réalise également auprès des départements des enquêtes trimestrielles sur la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation compensatrice tierce personnes (ACTP).

- Les travaux de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du Ministère de l'éducation nationale

La DEPP procède tous les ans à deux enquêtes exhaustives recensant les élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire (premier degré et second degré) selon neuf catégories de troubles. Une autre enquête rend compte de la scolarisation dans le secteur spécialisé : les établissements hospitaliers et médico-sociaux. Ces enquêtes sont complétées respectivement par les enseignants référents et les directeurs d'établissement. Il s'agit d'enquêtes annuelles qui comportent d'une part des données individuelles (année de naissance, sexe, nature du trouble) et, d'autre part des données sur la scolarisation et les accompagnements dont bénéficient ces élèves : niveau scolaire, établissements d'affectation, mode de scolarisation, temps de scolarisation, accompagnement par un AVS,

- Les travaux de la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) du Ministère en charge de la Fonction publique

Cette direction publie chaque année un rapport sur l'état de la fonction publique, comportant des données statistiques sur les bénéficiaires de l'obligation d'emploi des personnes handicapées dans les trois versants de la fonction publique (Etat, collectivités territoriales et hôpitaux)

- Les travaux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

La CNSA conformément à la mission qui lui est confiée par le législateur réalise et finance de nombreux travaux portant sur le handicap. Elle publie chaque année « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie », document qui recense et met à la disposition des acteurs et des décideurs du secteur médico-social les données disponibles sur le handicap et les politiques qui sont mises en œuvre. Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de 2005, la CNSA a créé un outil de pilotage décisionnel des politiques d'aide à l'autonomie des personnes handicapées : le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH) qui est alimenté par les MDPH (un référent SIPAPH est désigné dans chaque MDPH) et qui doit s'enrichir de données d'autres instances concourant aux politiques du handicap. Il est actuellement en cours de test auprès de MDPH pilotes.

- D'autres enquêtes plus ciblées peuvent être mentionnées.

Ainsi, dans les établissements d'enseignement supérieur, une enquête relative aux étudiants handicapés est réalisée sous la responsabilité du président de l'université ou du directeur de l'école, en collaboration avec les responsables de l'accueil des étudiants handicapés et les médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui interviennent régulièrement auprès des étudiants handicapés. Sont recensés pour chaque établissement et de façon anonyme, les étudiants handicapés ou porteurs d'une maladie invalidante. Outre la nature du handicap ou du trouble, l'indication de la filière de formation et du cursus, l'enquête mentionne aussi les mesures de compensation mises en place pour permettre la poursuite des études.

Les enquêtes en population générale :

- Les enquêtes pionnières : Handicaps- Incapacités-Dépendance (HID) 1998-2001

Réalisées par l'INSEE, la population vivant à son domicile et celle vivant en institutions ont été étudiées. Les informations collectées ont concerné aussi bien la description des déficiences que les incapacités et leurs origines, l'environnement socio-familial et architectural ainsi que les différentes sphères de la participation sociale des personnes. Elles ont permis d'estimer notamment que si 40% de la population présente une déficience, 21% ont au moins une incapacité, 11,7% sont limités dans leur activité, 9,5% se considèrent handicapés, 6,2% mentionnent une aide quelconque et 5,2% ont une reconnaissance administrative. De nombreux travaux ont été réalisés à partir de ces données.

- Les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009

Les objectifs de ces enquêtes sont de mesurer le nombre des personnes en situation de handicap, d'évaluer le « désavantage » vécu par elles, de relever la nature, la quantité et l'origine des aides existantes ainsi que les besoins non satisfaits, et également de mieux connaître les aidants. Le questionnaire des enquêtes (Vie quotidienne et Santé, Ménages, Aidants et Institutions) aborde la santé, le handicap (déficiences, limitations fonctionnelles, restrictions d'activité, aides techniques, aides humaines de l'entourage ou de professionnels), la participation à la vie sociale, les discriminations, l'accessibilité du logement, les revenus et allocations, la scolarisation, l'emploi, l'environnement familial.

La question de la pérennité d'une grande enquête nationale sur le handicap se pose car elle nécessite un accord très large des acteurs sociaux, des organismes susceptibles de le porter et des équipes susceptibles d'en faire l'analyse.

Article 32 - Coopération internationale

Prise en considération des personnes handicapées dans les programmes : L'Agence française de développement (AFD) a mis en place une division d'évaluation environnementale et sociale, dont une des tâches est de déterminer si des populations vulnérables ou discriminées subissent des impacts négatifs générés par les projets qu'elle finance. Les personnes handicapées font partie des groupes considérés comme vulnérables.

Les personnes travaillant sur les projets santé à l'AFD sont informés de la résolution prise par les Nations Unies spécifiant la nécessité de prendre en compte les personnes en situation de handicap dans toutes les étapes des projets de développement. Une formation de sensibilisation à la prise en compte du handicap a été proposée aux chefs de projets de l'AFD en 2011 et renouvelée en 2013. Certaines ONG françaises cofinancées par l'AFD développent des projets dits de « développement inclusif » avec des aspects nouveaux notamment sur les villes inclusives (ex : au Sénégal, projet très couvert lors d'Africité en décembre 2012), l'intégration des enfants handicapés dans les programmes d'éducation et de formation professionnelle.

Dans le cadre des cofinancements de l'AFD à des ONG françaises, on recense 8 programmes ciblant spécifiquement les personnes handicapées pour un montant total de 8.6 millions d'euros octroyés entre 2009 et 2012.

Participation des personnes handicapées : lorsque les projets financés par l'Agence donnent lieu à des réinstallations ou expropriations, ces groupes sont intégrés dans une démarche participative de conception et d'évaluation des mesures de compensation et d'accompagnement.

Actions en faveur du renforcement des capacités : les ONG françaises cofinancées par l'Agence travaillant sur cette thématique sont très présentes dans les enceintes européennes et internationales au sein desquelles elles diffusent les enseignements de leurs évaluations et des capitalisations qu'elles ont menées. Cela reste encore difficile d'intéresser des publics non avertis et de rendre plus transversale la thématique du handicap. Une des ONG cofinancée a récemment sollicité l'Agence sur les outils de capitalisation et de valorisation afin que la thématique du handicap ne reste pas cantonnée à quelques divisions mais devienne une préoccupation partagée et intégrée aux projets.

Article 33 - Application et suivi au niveau national

Comme développé en introduction, **les points de contact et le mécanisme de coordination :** le gouvernement français a désigné des « référents handicap et accessibilité » dans chaque cabinet ministériel et dans chaque service ministériel. Une coordination de ces référents a été mise en place avec le CIH, le secrétaire général de ce comité pouvant les solliciter et les

réunir pour la mise en œuvre tant du plan d'actions gouvernemental que de la Convention internationale. Aussi, la désignation d'une autorité indépendante et constitutionnelle, le Défenseur des droits, **comme mécanisme de protection, de promotion et de suivi** de la Convention est de nature à en garantir sa mise en œuvre dans le respect de ses différents articles. Enfin, **la participation des personnes handicapées et des organisations représentatives à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique du handicap** est assurée notamment par le CNCPH.

Liste des annexes

1. Les points de contact ministériels
2. Les politiques publiques concernant les personnes handicapées dans les collectivités d’Outre-mer
3. Les politiques publiques concernant les personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (TED)
4. L’accord-cadre franco-belge relatif à l’accueil de personnes handicapées en Belgique
5. Tableau des condamnations pour les infractions de discrimination (sens large) pour le motif discriminatoire de handicap de 2010 à 2014
6. Liste des signes utilisés

ANNEXE 1 : les points de contact ministériels

La liste des points de contact ministériels, dénommés référents handicap et accessibilité, est disponible sur le site officiel du gouvernement à la rubrique CIH⁶⁸.

REFERENTS HANDICAP DES CABINETS MINISTERIELS

MINISTRES	MINISTERES	REFERENTS HANDICAP	TÉLÉPHONE
François HOLLANDE	Président de la République Palais de l'Élysée 55 rue du Faubourg Saint-Honoré 75008 PARIS	Mme Nathalie DESTAIS, Conseillère protection sociale et autonomie nathalie.destais@elysee.fr secretariat.destais@elysee.fr	01.42.92.82.23
Manuel VALLS	Premier Ministre Hôtel Matignon 57 rue de Varenne 75007 PARIS	Mme Hélène GILARDI, Conseillère Santé – Autonomie helene.gilardi@pm.gouv.fr sec.helene.gilardi@pm.gouv.fr	01.42.75.84.66
Jean-Marc AYRAULT	Ministre des Affaires étrangères et du Développement international 37 quai d'Orsay 75700 PARIS	M. Olivier SIGAUD, Conseiller budget et administration olivier.sigaud@diplomatie.gouv.fr secretariat.cmd@diplomatie.gouv.fr	01.43.17.50.25
Ségolène ROYAL	Ministre de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer, chargée des Relations internationales sur le climat 246 Boulevard Saint-Germain 75007 PARIS	M. Nicolas MOURLON, Conseiller infrastructures, transports, partenariats et social nicolas.mourlon@developpement-durable.gouv.fr secretariat.mourlon@developpement-durable.gouv.fr	01.40.81.16.21
Najat VALLAUD-BELKACEM	Ministre de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche 110 rue de Grenelle 75007 PARIS	Mme Valérie DELESTRE, Chargée de mission valerie.delestre@education.gouv.fr	01.55.55.50.43

⁶⁸ <http://www.gouvernement.fr/comite-interministeriel-du-handicap-cih>

Michel SAPIN	Ministre des Finances et des Comptes publics 139 rue de Bercy – Télédock 143 75572 PARIS Cedex 12	M. Harold HUWART, Conseiller social harold.huwart@cabinets.finances.gouv.fr	01.53.18.45.05
Marisol TOURAINE	Ministre des Affaires sociales et de la Santé 14 avenue Duquesne 75007 PARIS	Mme Isabelle BILGER, Conseillère en charge des personnes âgées, des personnes handicapées et de la cohésion sociale isabelle.bilger@sante.gouv.fr	01.40.56.48.99
Jean-Yves LE DRIAN	Ministre de la Défense 14 rue Saint Dominique 75007 PARIS	M. Julien MIFSUD, Conseiller social julien.mifsud@cabinet.defense.gouv.fr	01.42.19.38.80
Jean-Jacques URVOAS	Garde des Sceaux, Ministre de la Justice 13 Place Vendôme 75800 PARIS	M. Romuald GILET, Conseiller budget, immobilier et modernisation romuald.gilet@justice.gouv.fr	01.44.77.22.17
Myriam EL KHOMRI	Ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social 127 rue de Grenelle 75007 PARIS	Mme Céline JAEGGY-ROULMANN, Conseillère politiques de l'emploi celine.jaeggy-roulmann@cab.travail.gouv.fr	01.49.55.31.34
Jean-Michel BAYLET	Ministre de l'Aménagement du territoire, de la Ruralité et des Collectivités territoriales 72 rue de Varenne 75007 PARIS	<i>(En attente de désignation)</i> M Fabien SUDRY, Directeur de Cabinet fabien.sudry@territoires.gouv.fr	01.44.49.85.10
Bernard CAZENEUVE	Ministre de l'Intérieur Place Beauvau 75008 PARIS	Mme Violaine DEMARET, Conseillère administration territoriale violaine.demaret@interieur.gouv.fr	01.40.07.22.52
Stéphane LE FOLL	Ministre de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt, Porte-Parole du Gouvernement Hôtel de Villeroy 78 rue de Varenne 75007 PARIS	Mme Annick BAILLE, Conseillère chargée de l'enseignement agricole, de la recherche, et des relations sociales annick.baille@agriculture.gouv.fr	01.49.55.59.94

Emmanuelle COSSE	Ministre du Logement et de l'Habitat durable 55 rue Saint-Dominique 75007 PARIS	Mme Sophie LAFENETRE, Conseillère construction urbanisme sophie.lafenetre@logement.gouv.fr secretariat.lafenetre@logement.gouv.fr	01.44.49.89.14
Emmanuel MACRON	Ministre de l'Economie, de l'Industrie et du Numérique 139 rue de Bercy - Télédock 136 75572 PARIS Cedex 12	Mme Julie MOREL, Conseillère Attractivité, territoires et services julie.morel@cabinets.finances.gouv.fr sec.mein-eats@cabinets.finances.gouv.fr	01.53.18.40.21
Audrey AZOULAY	Ministre de la Culture et de la Communication 3 rue de Valois 75001 PARIS	Mme Haude HELLIO, Chargée de mission haude.hellio@culture.gouv.fr	01.40.15.74.62
Laurence ROSSIGNOL	Ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes 40 rue du Bac 75007 PARIS	<i>(En attente de designation)</i> M. Rémi BOURDU, Directeur de Cabinet remi.bourdu@sante.gouv.fr	01.40.56.42.93
Annick GIRARDIN	Ministre de la Fonction publique 80 rue de Lille 75007 PARIS	<i>(En attente de désignation)</i> M. François ROMANEX, Directeur de Cabinet francois.romanex@action-publique.gouv.fr	01.43.19.23.27
Patrick KANNER	Ministre de la Ville, de la Jeunesse et des Sports 35 rue Saint-Dominique 75007 PARIS	Mme Juliette LAGANIER, Conseillère sociale juliette.laganier@ville-jeunesse-sports.gouv.fr secretariat.pole.social@ville-jeunesse-sports.gouv.fr	01.49.55.34.50
George PAU-LANGEVIN	Ministre des Outre-mer Hôtel de Montmorin 27 rue Oudinot 75358 PARIS Cedex SP	M. Marc-Pierre MANCEL, Conseiller spécial chargé des affaires sociales et santé marc-pierre.mancel@outre-mer.gouv.fr	01.53.69.28.50
SECRETAIRES D'ETAT	SECRETARIAT D'ETAT	REFERENTS HANDICAP	TÉLÉPHONE
Jean-Marie LE GUEN	Secrétaire d'Etat chargé des Relations avec le Parlement 69 rue de Varenne 75007 PARIS	<i>(En attente de designation)</i> M. Philippe BLANCHOT, Directeur de Cabinet philippe.blanchot@pm.gouv.fr	01.42.75.52.86

Ericka BARREIGTS	Secrétaire d'Etat chargée de l'Egalité réelle 14 avenue Duquesne 75007 PARIS	Mme Jenny PANKOW, Conseillère affaires sociales et fonction publique jenny.pankow@pm.gouv.fr	01.44.38.35.69
Jean-François PLACÉ	Secrétaire d'Etat chargé de la Réforme de l'Etat et de la Simplification 32 rue de Babylone 75007 PARIS	Mme Sonia BAUDRY Chargée de mission simplification sonia.baudry@pm.gouv.fr	01.42.75.64.74
Juliette MEADEL	Secrétaire d'Etat chargée de l'Aide aux victimes 99 – 101 rue de Grenelle 75007 PARIS	<i>(En attente de designation)</i> M. Eric LAJARGE, Directeur de Cabinet eric.lajarge@pm.ouv.fr	01.42.75.56.42
Harlem DESIR	Secrétaire d'Etat chargé des Affaires européennes 37 quai d'Orsay 75351 PARIS Cedex 07	Mme Clara AUGEREAU, Conseillère compétitivité, emploi et affaires sociales, justice affaires intérieures clara.augereau@diplomatie.gouv.fr	01.43.17.53.51
Matthias FEKL	Secrétaire d'Etat chargé du Commerce extérieur, de la Promotion du tourisme et des Français de l'étranger 37 Quai d'Orsay 75007 PARIS	M. Simon THIROT, Chef de cabinet simon.thirot@diplomatie.gouv.fr chefcab.cabctf@diplomatie.gouv.fr	01.43.17.44.36
André VALLINI	Secrétaire d'Etat chargé du Développement et de la Francophonie 37 Quai d'Orsay 75007 PARIS	<i>(En attente de designation)</i> Mme Sandrine DE GUIO, Directrice de Cabinet sandrine.de-guio@diplomatie.gouv.fr	01.43.17.64.70
Alain VIDALIES	Secrétaire d'Etat chargé des Transports, de la Mer et de la Pêche 244 Boulevard Saint-Germain 75007 PARIS	Mme Radia OUARTI, Conseillère transport routier, transport urbain et mobilité durable radia.ouarti@developpement-durable.gouv.fr	01.40.81.77.72
Barbara POMPILI	Secrétaire d'Etat chargée de la Biodiversité 244 Boulevard Saint-Germain 75007 PARIS	<i>(En attente de designation)</i> Mme Cécile BIGOT, Directrice de Cabinet cecile.bigot@developpement-durable.gouv.fr	01.40.81.77.34

Thierry MANDON	Secrétaire d'Etat chargé de l'Enseignement supérieur et de la Recherche 21 rue Descartes 75231 PARIS Cedex 05	<i>(En attente de designation)</i> M. Christophe STRASSEL, Directeur de Cabinet christophe.strassel@recherche.gouv.fr	01.55.55.84.20
Christian ECKERT	Secrétaire d'Etat chargé du Budget 139 rue de Bercy 75012 PARIS	M. François MOYSE, Conseiller budgétaire francois.moyse@cabinets.finances.gouv.fr	01.53.18.45.41
Ségolène NEUVILLE	Secrétaire d'Etat chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion 14 avenue Duquesne 75007 PARIS	Mme Hélène Van WEEL, Conseillère helene.van-weel@sante.gouv.fr M. Saïd ACEF, Conseiller said.acef@sante.gouv.fr	01.40.56.52.41 01.40.56.59.90
Pascale BOISTARD	Secrétaire d'Etat chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie 14 avenue Duquesne 75007 PARIS	<i>(En attente de designation)</i> M. Benjamin FERRAS, Directeur de Cabinet benjamin.ferras@sante.gouv.fr	01.40.56.88.17
Jean-Marc TODESCHINI	Secrétaire d'Etat aux Anciens combattants et à la Mémoire 37 rue de Bellechasse 75007 PARIS	M. Pascal JOSEPH, Conseiller pascal.joseph@cabinet.defense.gouv.fr	01.72.69.23.08
Clotilde VALTER	Secrétaire d'Etat chargée de la Formation professionnelle et de l'Apprentissage 127 rue de Grenelle 75007 PARIS	Mme Céline JAEGGY-ROULMANN, Conseillère politiques de l'emploi celine.jaeggy-roulmann@cab.travail.gouv.fr	01.49.55.31.34
Estelle GRELIER	Secrétaire d'Etat chargée des Collectivités territoriales 72 rue de Varenne 75007 PARIS	<i>(En attente de designation)</i> M. Pierre BERGES, Directeur de Cabinet pierre.berges@territoires.gouv.fr	01.44.49.85.36
Martine PINVILLE	Secrétaire d'Etat chargée du Commerce, de l'Artisanat, de la Consommation et de l'Economie sociale et solidaire 139 rue de Bercy - Télédock 143 75572 PARIS Cedex 12	M. Rachid TEMAL, Conseiller tourisme rachid.temal@cabinets.finances.gouv.fr	01.53.18.44.66

<p>Axelle LEMAIRE</p>	<p>Secrétaire d'Etat chargée du Numérique 139 rue de Bercy 75012 PARIS</p>	<p>M. Christian GUENOD, Conseiller communications électroniques et inclusion numérique christian.guenod@cabinets.finances.gouv.fr</p> <p>M. Grégoire ODOU, Conseiller startups et usages numériques gregoire.odou@cabinets.finances.gouv.fr</p>	<p>01.53.18.44.33</p> <p>01.53.18.46.33</p>
<p>Hélène GEOFFROY</p>	<p>Secrétaire d'Etat chargée de la Ville 35 rue Saint-Dominique 75007 PARIS</p>	<p><i>(En attente de designation)</i> M. Sébastien LIME, Directeur de Cabinet sebastien.lime@ville-jeunesse-sports.gouv.fr</p>	<p>01.49.55.35.09</p>
<p>Thierry BRAILLARD</p>	<p>Secrétaire d'Etat aux Sports 95 avenue de France 75013 PARIS</p>	<p>Mme Charlotte FERAILLE, Chargée de mission charlotte.feraille@ville-jeunesse-sports.gouv.fr</p>	<p>01.40.45.90.45</p>

ANNEXE 2 : Les politiques publiques concernant les personnes handicapées dans les collectivités d’Outre-Mer

Le présent document intéresse, d’une part, les collectivités d’outre-mer, à savoir Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, la Polynésie française, Wallis et Futuna et d’autre part, la Nouvelle-Calédonie, collectivité sui generis. Il abordera également Mayotte, compte tenu de son évolution statutaire et de sa récente départementalisation.

Les collectivités d’outre-mer

I- Des statuts spécifiques

Le statut de certaines collectivités ultra-marines leur confie un certain nombre de compétences dérogatoires du droit commun.

Ainsi, **la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française** sont compétentes en matière de droit du travail, de l’emploi et de la formation professionnelle, de droit de la santé, de sécurité sociale, d’action sociale, d’éducation (à l’exception de l’éducation supérieure), d’urbanisme, de logement, des transports terrestres, de droit civil, de droit commercial et de fiscalité⁶⁹.

Wallis-et-Futuna est compétente pour le droit de la sécurité sociale et de l’action sociale, de l’urbanisme, de la construction et de l’habitation, de fiscalité et de transports terrestres⁷⁰.

Dès lors, les politiques en faveur des personnes handicapées intervenant dans ces domaines locaux de compétences échappent à l’Etat. Ce sont les collectivités qui sont seules responsables, d’une part, de la mise en place d’une réglementation particulière, et d’autre part, du financement et de la mise en œuvre d’une politique spécifique. L’Etat peut cependant, au travers de concours financiers, favoriser la mise en place de certaines politiques ou actions ciblées en faveur des personnes handicapées.

Saint-Barthélemy et Saint-Martin sont compétentes en matière d’urbanisme, de voirie, de construction, d’habitation et de logement, de fiscalité et de transports⁷¹. En outre Saint-Barthélemy est compétente en droit de l’environnement.

Saint-Pierre-et-Miquelon est compétente en matière d’urbanisme, de construction, d’habitation et de logement, de fiscalité et de transports terrestres⁷².

Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon appliquent, dans les matières qui ne sont pas de leurs compétences, les mêmes textes que ceux en vigueur dans l’hexagone et bénéficient des mêmes prestations de l’Etat que celles en vigueur dans les départements d’outre-mer. En outre, ces trois collectivités ont les mêmes compétences et les mêmes obligations que les conseils départementaux et régionaux d’outre-mer (LO 6214-1, LO 6314-2 et LO 6414-1 du CGCT).

⁶⁹ Articles 13 et 14 de la loi organique n°2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d’autonomie de la Polynésie française et articles 20, 21 et 22 de la loi organique n°99-209 du 19 mars 1999 modifiée relative à la Nouvelle-Calédonie

⁷⁰ Article 12 de la loi n°61-814 du 29 juillet 1961 modifiée renvoyant notamment à l’article 40 du décret n° 57-811 du 22 juillet 1957

⁷¹ Articles LO 6214-3 et LO 6314-3 du CGCT

⁷² Article LO 6414-1 du CGCT

II- Les textes de 2005 et de 2014

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, en vertu de l'article 38 de la Constitution, prévoit en son article 92, de prendre par ordonnances les mesures de nature législative permettant de rendre applicables à Mayotte, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française, à Wallis et Futuna, avec les adaptations nécessaires, les dispositions de la loi relevant dans ces territoires de la compétence de l'Etat.

Ces mesures d'adaptation ont été prises par l'ordonnance n°2008-859 du 28 août 2008. Elle a eu pour principal objet l'extension et l'adaptation des dispositions nécessaires à une meilleure prise en compte des personnes handicapées et de leurs besoins dans les collectivités citées ci-dessus. Les choix opérés dans les extensions des dispositions applicables dans l'hexagone résultent, d'une part, des contraintes liées au partage de compétences entre l'Etat et ces collectivités, et d'autre part, du contexte social et économique propre à chacune d'entre elles.

L'essentiel des mesures étendues concerne les domaines de l'action sociale, de l'emploi ; d'autres adaptées à l'organisation institutionnelle des différentes collectivités, visent à améliorer et à faciliter la participation des personnes handicapées à la vie sociale.

L'article 93 de la loi intéresse Saint-Pierre-et-Miquelon et prévoit un petit nombre d'adaptations pour tenir compte de certaines compétences locales en matière de construction, d'habitation et de logement.

L'ordonnance n°2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées est applicable à Mayotte, comme dans les autres départements d'outremer et l'hexagone mais :

- l'entrée en vigueur du dispositif qui, du fait de l'entrée en vigueur de la loi de 2005 de façon différée dans la collectivité, se voit reportée d'autant (2018 à la place de 2015),
- certaines dispositions de la loi de 2005 sur l'accessibilité dans les transports qui n'avaient pas été rendues applicables à Mayotte sont dorénavant étendues. Il s'agit donc maintenant pour Mayotte d'un alignement sur le droit commun.

En ce qui concerne Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, en raison des compétences des trois collectivités en matière d'urbanisme, de voirie et de logement, les dispositions sur les établissements recevant du public ne sont pas applicables ; il en est de même pour le transport (terrestre) à Saint-Barthélemy et Saint-Martin. C'est donc la loi de 2005 qui continue de s'appliquer localement sauf volonté de ces collectivités de mettre en œuvre leur propre politique en la matière.

L'ordonnance ne s'applique ni en Nouvelle-Calédonie ni en Polynésie française, les compétences en matière d'établissements recevant du public et de transports échappant à l'Etat, ni à Wallis et Futuna (compétence partagée entre cette COM et l'Etat mais une situation très différente et non-application de la loi de 2005), ni dans les Terres Australes et Antarctiques Françaises (AAF) en l'absence d'établissements recevant du public et de réseaux de transport.

III- Les géographies

1) Saint-Pierre-et-Miquelon

"A Saint-Pierre et Miquelon, les compétences dévolues aux agences régionales de santé sont exercées, sous l'autorité du représentant de l'Etat, par un service déconcentré de l'Etat relevant

des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, dénommé " Administration Territoriale de Santé. "73.

Le nombre de personnes handicapées : 133 adultes et 23 enfants, soit 156 personnes recensées par la Maison Territoriale de l'Autonomie (MTA assurant les missions MDPH à St-Pierre-et-Miquelon)

Les mesures d'accompagnement : une prise en charge SESSAD pour les enfants (14 accueillis), 1 ESAT (12 places autorisées mais 14 travailleurs handicapés accueillis), 1 foyer de vie (12 places), 2 services d'accueil de jour pour les adultes (8 places).

Tous ces établissements et services sont gérés par la même personne morale de droit privé, l'Association Aide aux Handicapés.

L'aide à domicile : prise en charge par un SAAD avec 211 bénéficiaires (soit 172 à St Pierre et 39 à Miquelon. *Base 2009*) et un SSIAD (25 places).

La scolarisation des enfants en milieu ordinaire : uniquement avec accompagnement AVSi et prise en charge SESSAD.

L'accès à une activité professionnelle : selon la MTA, 44 personnes ont bénéficié de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé en 2012 (33 orientées en milieu ordinaire et 8 en ESAT).

L'accès aux lieux publics : certains ERP, dont les services de l'État, ont aménagé des accès. Par ailleurs, la démarche est intégrée dans les demandes d'autorisation de construction mais l'absence de formalisation d'une commission d'accessibilité constitue une limite à l'instruction de ces demandes.

L'accès aux transports :

- les transports collectifs n'existent pas en raison de la taille de l'archipel ; seul un transport de bus scolaire circule.

- le transport des élèves scolarisés en milieu ordinaire est géré par les familles ou avec l'association gestionnaire des établissements qui dispose de véhicules spécialisés.

-le transport vers les structures spécialisées est assuré de manière autonome par l'association gestionnaire des établissements, en relation avec les familles.

Par ailleurs, une mutualisation ponctuelle des moyens de transport (véhicule équipé pour handicapé, ambulance etc ...) existe entre le Centre hospitalier et l'association gestionnaire des structures pour personnes porteuses de handicap.

2) Saint-Martin

La loi du 21 février 2007 portant dispositions statutaires et institutionnelles pour l'outre mer a transféré à cette collectivité les compétences exercées par le département, notamment en matière d'action sociale ; à ce titre, la collectivité accompagne les personnes handicapées.

La direction adjointe des personnes handicapées assure l'accueil, l'information, et l'accompagnement des personnes handicapées ainsi que le paiement de la prestation de compensation du handicap. Le service a été créé au 1er juillet 2009, afin de faciliter le traitement des dossiers. Il assume les compétences dévolues à une MDPH ainsi que celles habituellement dévolues aux services d'un conseil général en charge du handicap. Afin d'assumer le traitement des dossiers des personnes handicapées, la collectivité bénéficie du

⁷³ Article L.1441-1 du Code de la Santé Publique

soutien de la Maison départementale des personnes handicapées de la Guadeloupe suite à une convention de partenariat signée en 2008. Les prestations liées au handicap en vigueur en Guadeloupe, comme dans l'hexagone, sont versées à Saint-Martin.

L'île compte un centre médico-psychologique pour enfants qui fait office de CAMSP. Les établissements scolaires comptaient 8 classes d'enseignement spécialisé : 6 CLIS dont 2 ouvertes en 2010, l'une d'elles étant spécialisée dans l'accueil des enfants autistes, 3 UPI en collège et une UPI en lycée. 40 enfants bénéficiaient d'un suivi par une AVS. La collectivité organise et prend en charge les frais de transport scolaire des enfants handicapés.

Faute de structures de prise en charge des adultes en situation de handicap, les jeunes qui ne sont plus scolarisés restent au domicile de leurs parents sans prise en charge.

Les principales déficiences et troubles liés au handicap sur le territoire de Saint-Martin ont fait l'objet d'une étude réalisée en 2013, en partenariat entre la collectivité et l'agence régionale de santé Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy. Selon ses résultats, il ressort que les déficiences intellectuelles (30%), psychiques (16,5%) et les infirmités motrices cérébrales (16,5%) sont les principaux handicaps constatés ainsi que 14 % de cas de polyhandicap.

Au regard des besoins enregistrés auprès de la CDAPH, l'estimation de la population en attente de prise en charge **pour les deux îles** (Saint Martin et Saint Barthélemy) **est évaluée à 50 personnes.**

Concernant la prise en charge des jeunes handicapés, elle est assurée, sur les deux territoires, par le SESSAD des Iles du Nord, géré par l'association CORALITA. Ce service créé en 2007 dispose d'une équipe pluridisciplinaire. Sa capacité autorisée est équivalente à 47 places pour une population de 2 à 20 ans. Il accueille 40 personnes à Saint-Martin et 7 à Saint-Barthélemy auquel s'ajoute une liste d'attente de 23 personnes dont 17 % concernent Saint-Barthélemy (permanence assurée par l'équipe pluridisciplinaire du SESSAD).

Concernant le tissu associatif local, **deux associations coexistent** et interviennent sur ce secteur, l'une gestionnaire du SESSAD, l'autre œuvrant en direction des jeunes adultes et des enfants handicapés, assurant l'accueil et l'animation compatibles avec le handicap des usagers, avec pour visée l'insertion sociale et le bien-être. Le rapport d'activité 2011-2012 faisait état d'un accompagnement d'une quarantaine d'enfants et jeunes adultes et leurs parents, dans le cadre de groupes de parole, d'activités et de manifestations.

Une convention signée en 2012 avec la Maison des adolescents permet de proposer l'accompagnement d'un public de jeunes adultes et de jeunes sortants du système scolaire, en rupture de liens de socialisation, par manque de structures d'accueil et de solutions intrafamiliales.

Les perspectives d'évolution de l'accompagnement s'orientent vers :

- un projet d'extension de la capacité d'accueil du SESSAD (passage de 47 à 60 places) ce qui permettrait pour Saint-Barthélemy de répondre à un besoin identifié (répartition 15 Saint-Barth/45 St-Martin) et la création d'une équipe locale de professionnels.
- la création, sur la base des besoins exprimés par l'étude de 2013, de nouvelles structures complémentaires. Ce projet concernerait les typologies d'établissements médico-sociaux selon une configuration adaptée à la dimension du territoire de Saint-Martin (ESAT, CAMSP, IME, ITEP, MAS, foyer occupationnel ou IMPRO).

3) La Polynésie française

Pour cette collectivité, la présentation concerne l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.

I. Présentation des mesures liées à l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés

L'insertion des travailleurs handicapés passe par plusieurs dispositifs :

- l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés pour les entreprises de 25 salariés et plus,
- la mise en place d'un fonds pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés,
- des dispositifs d'aide à l'emploi spécifiques aux travailleurs handicapés : le STH et le CTH.

L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

Instaurée par la loi du pays n° 2007-2 du 16 avril 2007 modifiée relative à l'emploi des travailleurs handicapés et insérée dans le code du travail, cette obligation vise à répondre au constat d'une faible insertion des personnes reconnues travailleurs handicapés (RTH). La direction du travail est chargée de contrôler le respect de l'obligation d'emploi par les entreprises.

Les responsables des entreprises de 25 salariés et plus doivent tous les ans remplir une déclaration d'emploi de travailleurs handicapés indiquant le nombre de salariés de l'entreprise durant l'année civile antérieure ainsi que le nombre de travailleurs handicapés employés en cas d'obligation d'emploi.

Peuvent être déduits de l'effectif global annuel les salariés occupant des emplois exigeant des conditions d'aptitude particulières (ECAP). La liste des ECAP vise des emplois aussi variés que le personnel navigant de l'aviation, agent de sécurité, monteur en structure bois ou métallique, conducteur d'engins de levage, plongeur professionnel dans les fermes aquacoles...

L'obligation d'emploi peut être remplie de différentes manières : emploi direct de travailleurs handicapés, recours aux dispositifs spécifiques d'insertion des travailleurs handicapés, sous-traitance de prestations par l'unique entreprise adaptée de la Polynésie française : l'Atelier Pour la Réinsertion des Personnes handicapées (APRP avec 24 salariés à la clôture de l'exercice 2013 dont 18 travailleurs handicapés en CDI et 9 STH.

L'obligation d'emploi, fixée à 4 % par la loi est de 2% jusqu'en 2014 à titre dérogatoire, en raison de la conjoncture économique difficile conjuguée à un vivier de demandeurs d'emploi travailleurs handicapés limité. Ainsi, l'obligation est modulée en fonction de la taille de l'entreprise (entre 25 et 49 salariés, obligation d'emploi d'un TH à mi-temps / entre 50 et 99 salariés, obligation d'emploi d'1 TH,...).

Lorsque l'entreprise ne remplit pas son obligation d'emploi, elle est assujettie au règlement d'une participation financière versée au fonds pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés égale à 1000 fois le SMIG horaire soit 884 560 Fcfp par travailleur handicapé non employé. A cette participation financière peuvent s'ajouter des pénalités et majoration en cas de déclaration tardive.

Le fond pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (FIPTH)

Il est alimenté pour partie par les participations financières des entreprises ne satisfaisant pas à leur obligation d'emploi de travailleurs handicapés et pour partie par le budget du pays. Il permet le financement des dépenses liées à l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, en particulier le remboursement de frais générés pour l'aménagement de poste de travail dans les entreprises, les subventions aux établissements de travail protégé et toute dépense permettant l'insertion professionnelle des travailleurs, comme des formations professionnelles.

Mais aucune autre action n'a été financée, en particulier des aménagements de postes dans les entreprises, par défaut de demande dans ce sens.

Le budget voté pour l'exercice 2014 s'élève à 99,6 millions F en recettes (42 600 000 F participation financière, 57 millions pays) et en dépenses avec 52,3 F pour l'APRP.

II. Bilan sur l'emploi des travailleurs reconnus handicapés

Le recours à la sous-traitance

68 contrats de sous-traitance ont été passés en 2011 soit l'équivalent de 9,77 emplois de travailleurs handicapés. 25 contrats de sous-traitance ont été passés en 2012 pour une équivalence de 14,38 emplois, en cumulé.

Le nombre de contrats de sous-traitance a diminué en 2012 mais les montants ont très nettement augmenté, sans permettre pour autant aux entreprises de remplir leur obligation d'emploi car n'étaient pris en compte que dans la limite de 50 % de l'obligation d'emploi.

Une modification du code du travail au début de l'année 2013 a porté cette prise en compte à 100%, ce qui devrait inciter les entreprises assujetties à recourir à la sous-traitance de façon plus systématique.

L'emploi direct

Il est incontestable que le nombre de travailleurs handicapés salariés a fortement augmenté depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2007 : de 257 en 2007 à 409 en 2012 et reste à 409 en 2013 répartis de la façon suivante. Cependant, il n'est fait état dans cette analyse que des entreprises soumises à l'obligation d'établir une déclaration d'emploi de travailleur handicapé, ce qui exclut tous les travailleurs handicapés des entreprises de moins de 25 salariés, de l'Etat et des communes.

Quelques chiffres pour 2013:

270 entreprises avaient un effectif de 25 et plus salariés donc soumises à l'obligation de déclaration. L'obligation d'emploi pour ces dernières à 2 % s'élève au total à 303 emplois temps plein et 161 mi-temps. Le contrôle de ces entreprises a permis de répertorier 366 travailleurs handicapés salariés en temps complet et 43 en temps partiel.

4) La Nouvelle-Calédonie

Deux lois du pays votées en janvier 2009 ont instauré un dispositif de prise en charge pour les personnes en situation de handicap et de dépendance : la loi n° 2009-1 du 7 janvier relative à l'emploi des personnes en situation de handicap et la loi n° 2009-2 du 7 janvier 2009 relative à la création d'un régime d'aides en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes en perte d'autonomie. Celles-ci sont complétées par des délibérations d'application.

Une étude a été éditée sur la population en situation de handicap par le Conseil du handicap et de la dépendance (CHD) mis en place en 2009. Le champ de cette étude est limité aux personnes disposant d'une décision de reconnaissance de handicap par les commissions idoines et pour lesquelles le dossier était actif au 1^{er} novembre 2013, soit **6 160 personnes** reconnues en situation de handicap :

- Province Nord : 1 063 adultes et 208 enfants
- Province Sud : 3 441 adultes et 863 enfants
- Province des Iles : 482 adultes et 100 enfants.

Ces chiffres ne peuvent être appréciés comme l'illustration d'une réalité socio-médicale des personnes en situation de handicap car seulement 55% des adultes reconnus en situation de handicap avant 2009 ont fait une démarche auprès de la CRHD (commission de la reconnaissance du handicap et de la dépendance).

Compte-tenu des compétences spécifiques de la CEJH (commission pour les enfants et les jeunes en situation de handicap), **les enfants en âge scolaire** ayant des besoins particuliers liés à leur handicap sont quasiment tous identifiés, soit 1 170 enfants (dont 64 % de garçons), représentant 1,1% de la population calédonienne âgée de 0 à 24 ans. Il existe un dispositif d'actions médico-sociales précoces (DAMSP) pour les enfants de 0 à 6 ans qui s'adresse à ceux ayant des difficultés de développement ou en situation de handicap. ¼ des enfants reconnus en situation de handicap ont une forme sévère ou majeure de handicap. Leur taux est supérieur ou égal à 80 %, soit 300 enfants concernés.

Dans le primaire, le nombre d'enfants scolarisés en CLIS est de 42 % dans le nord et le sud et de 21% dans les Iles, soit 41,1% en CLIS et 58,9 % entre élémentaire et maternelle. Dans le secondaire, 60 % des élèves suivent un cursus ordinaire (classe ordinaire et SEGPA) et 40 % en ULIS. A la rentrée scolaire 2014, sur 583 enfants et jeunes en situation de handicap, 201 bénéficiaient d'un accompagnement individuel et 382 d'un accompagnement collectif. 98 enfants sont accueillis en structures médico-sociales : 88 en accueil de jour et 10 en hébergement. Ces structures sont toutes concentrées en province sud.

Depuis septembre 2009, la CRHD a attribué **la qualité de travailleur handicapé** à 2 372 personnes, soit la moitié des adultes reconnus en situation de handicap et en âge de travailler (10 % en Province des Iles, 22 % Nord, 68% Sud). Les ¾ de ces personnes sont orientées en milieu ordinaire de travail. La commission préconise pour la majorité un aménagement de leur poste.

En matière de logement et d'accessibilité, la Nouvelle-Calédonie estime que beaucoup reste à faire.

Un régime d'aides en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes en perte d'autonomie a été institué, la Nouvelle-Calédonie souhaitant créer un véritable droit à la compensation du handicap et à la prise en charge de la perte d'autonomie. Il s'agit d'un régime « indépendant » et non d'une nouvelle branche de la sécurité sociale dans lequel l'organe de décision est le Conseil du handicap et de la dépendance (la CAFAT, en revanche est chargée de la gestion financière et comptable du régime).

Ce régime concerne les personnes en situation de handicap dont le taux d'incapacité est au moins égal à 50 % et des personnes en perte d'autonomie âgées de 60 ans ou plus relevant d'un des 4 premiers groupes iso ressources de la grille AGGIR. Ces aides portent sur différents domaines (hébergement, accueil de jour, accompagnement de vie, transport, aide aux familles pour frais supplémentaires, allocation personnalisée).

5) Wallis et Futuna

Les actions en faveur des personnes handicapées, particulièrement des jeunes, ont été conduites, à l'origine, par les paroisses et les associations d'aide, à partir de 1989 notamment, avec l'hôpital de Wallis qui recevait des crédits destinés à la mise en place d'équipements manquants (par exemple locaux et matériel de kinésithérapie). Plusieurs enquêtes ont été réalisées alors au début des années 1990 pour dresser un état des lieux du handicap sur le territoire.

Le financement a également été assuré sur fonds publics gérés par le SITAS (service de l'inspection du travail et des affaires sociales, créé en 1989) à partir de ces mêmes années, par l'utilisation de chantiers de développement accordés à l'Association d'aide aux personnes handicapées de Wallis pour des interventions à domicile avec des aidants familiaux ou des auxiliaires de vie. Les associations de Wallis et Futuna ont continué à œuvrer dans ce

domaine essentiellement en encadrant ces auxiliaires de vie ou aidants familiaux et en assurant tout ou partie du transport des élèves scolarisés en CLIS et COP.

Depuis la fin 2007, il existe une mission « Enfance Famille » avec une chargée de mission et une assistante, monitrice éducatrice, faisant « fonction de », avec des moyens limités et peu d'appui compte tenu de l'absence de structures et de spécialistes dans le domaine médical notamment.

Depuis fin 2010 un assistant social est affecté au SITAS (service de l'Inspection du travail et des Affaires sociales).

Etat des lieux en 2014

En 2014, sur une population recensée en 2013 de 8 600 habitants à Wallis et 3 615 à Futuna, le nombre d'enfants, adolescents et jeunes adultes porteurs d'un handicap recensés était de

101

(2-5 ans : 7 ; 6-11 ans : 26 ; 12-16 ans : 25 ; 17-20 ans : 29 ; 20-25 ans : 14).

15 d'entre eux ne sont pas scolarisés (3 de moins de 5 ans, 5 de 6 à 11 ans, 7 de 12 à 20 ans). 12 enfants sont répertoriés sur Wallis comme ayant besoin d'un accompagnement par un AVS. Dans la majeure partie des cas, ces enfants sont tout de même scolarisés dans des classes maternelles ou élémentaires. Deux jeunes sourds, l'un de 12 ans et l'autre de 20 ans, actuellement suivis dans le cadre du Groupe d'Education et de Socialisation (GES), ne peuvent bénéficier de l'encadrement spécifique dont ils auraient besoin faute d'une personne formée en ce sens sur le territoire. Il n'y a pas de prise en charge spécifique des enfants handicapés à la naissance autre que par l'Agence de Santé, sur le plan médical.

Plusieurs allocations sont mises en place :

- *L'allocation aux personnes handicapées*

Le pacte social signé entre l'Etat et la collectivité de Wallis et Futuna regroupe les aides aux personnes âgées et aux personnes handicapées versées jusqu'en 2011 dans le cadre des contrats de développement. Il a fait l'objet respectivement de deux conventions, signées le 21 décembre 2012 pour l'année 2013 et le 25 novembre 2013 pour l'année 2014, lesquelles à partir de 2015 reviennent à une dimension pluriannuelle portant sur 3 ans. Le document a été signé le 9 juin 2015.

- *Une prestation en direction des personnes handicapées en grande dépendance*

La délibération n° 14/AT/01 du 26/01/01 a institué un régime d'allocation en faveur des personnes handicapées en situation de grande dépendance (APHGD) et défini les modalités de sa mise en œuvre. Cette aide est attribuée aux personnes handicapées reconnues en situation de grande dépendance, quel que soit leur âge, par une commission territoriale technique d'évaluation du handicap et du placement professionnel (CTTEHPP, créée par arrêté 2001-217 du 15/05/01). Depuis 2014, des visites systématiques à domicile des demandeurs par une équipe médico-sociale ont été mises en place. La grille d'évaluation AGGIR, dont seules les 4 premiers niveaux, permettent l'éligibilité à l'aide, est renseignée par un médecin, avec un avis sur l'ensemble du dossier qui est présenté à la commission qui décide de l'attribution de l'allocation. Le montant mensuel de cette aide fixé en 2001, non révisé depuis, est de 104,75 €. L'Etat y contribue à hauteur de 80%, le territoire fournissant les 20% restant.

De 2007 à fin 2011, le nombre de bénéficiaires est passé de 96 à 288, soit une augmentation de 300 %. A la fin 2011, sur 286 bénéficiaires, 36 avaient moins de 18 ans (12,6 % du total des bénéficiaires). Pour 2014, le nombre de bénéficiaires moyen de cette prestation a été de 334 personnes/mois (190 à Wallis et 144 à Futuna) pour un montant de dépenses de 434 594€. La commission est également compétente pour reconnaître la qualité de travailleur handicapé, ce qui peut permettre à une personne handicapée de postuler sur des emplois réservés de la

fonction publique d'Etat, par exemple. Elle peut également formuler en matière d'orientation professionnelle toutes propositions utiles en faveur de l'insertion.

Les associations d'aides aux personnes handicapées de Wallis et de Futuna (une association dans chaque île) reçoivent des subventions au titre de leurs actions.

En 2011, leur montant s'est élevé à 86 873 €, dont 8 380 € sur budget territorial (78 500 € crédits Etat). En 2014, les dotations aux associations étaient de 94 025 € (11 220 163 FCFP) /crédits Etat (BOP 123 de la mission outre-mer) et de 8 380 € (1 000 000 FCFP) / budget territorial.

Le système éducatif à Wallis et Futuna comporte depuis 1969 un enseignement primaire dont la gestion est entièrement confiée à la Direction de l'Enseignement Catholique, structure privée et un enseignement secondaire géré par le Vice-rectorat, structure administrative de l'éducation nationale. Il n'existe pas sur le territoire de formation supérieure.

En 2010, à l'initiative du Préfet et du Vice-recteur, **une étude a été réalisée sur les enfants handicapés** par un professeur des écoles spécialisé dans l'adaptation et la scolarisation des élèves handicapés (ASH) qui a fait ressortir les éléments suivants :

- une cinquantaine de jeunes de moins de 18 ans en situation de handicap à Wallis et une trentaine à Futuna (population respective d'environ 9 300 et 4 300 personnes/recensement 2008) dont 26 scolarisés à Wallis et 16 à Futuna (environ 50 %...);
- 17 jeunes ne bénéficiant d'aucune prise en charge à Wallis et 12 à Futuna et 5 jeunes à Wallis bénéficiant d'une action éducative (mise en œuvre par un groupe d'éducation et de socialisation);
- plus de 35 % des jeunes de moins de 18 ans handicapés n'avaient aucune prise en charge scolaire ou éducative;
- un Centre de Formation Professionnel Adapté (CFPA), rattaché à la Direction de l'Enseignement Catholique, créé en 2007, accueille des jeunes de 14 à 18 ans et plus dans certains cas, en difficultés scolaires graves et durables et/ou déscolarisation mais également des enfants en situation de handicap. 16 élèves dont 4 en situation de handicap y poursuivaient leur scolarité;
- un groupe d'éducation et de socialisation, créé en 2007 sous forme associative puis en 2008 « pérennisé » sur initiative de l'Administrateur Supérieur et du Vice-recteur, rattaché au vice-rectorat. Cependant ce groupe, bien que visant des objectifs éducatifs ne relève pas du domaine scolaire. Son statut devrait évoluer vers un autre rattachement institutionnel;
- enfin la Ligue Handisport œuvre pour les jeunes handicapés de la collectivité d'outre-mer sur le plan sportif. Elle bénéficie de l'appui d'un éducateur sportif spécialisé. Une Association Handisport a été créée en 2013 à Futuna.

Le rapport de janvier 2014 de l'inspection générale de l'éducation nationale⁷⁴ pointe également un certain nombre de déficits dans la prise en charge des élèves à besoins éducatifs particuliers :

- absence de tout établissement médico-social ou sanitaire susceptible de prendre en charge un enfant ou un adolescent handicapé, quels que soient l'origine et le degré de gravité du trouble dont il est porteur,

⁷⁴ Jean-Pierre DELAUBIER : Mission DOM-COM n°013-13, la réponse aux situations de handicap et de grandes difficultés scolaires, 22/06 au 07/07/13

- absence de scolarisation des enfants et adolescents porteurs des troubles les plus graves ou nécessitant une prise en charge très spécifique,
- absence d'auxiliaires de vie scolaire individuels qui limite les possibilités d'inclusion en milieu ordinaire, voire écarte certains élèves de tout dispositif de scolarisation,
- absence de continuité pour les élèves qui ne peuvent être accueillis sans dispositif adapté dans le second cycle et/ou qui demande un accompagnement pour aller vers une insertion professionnelle.

Les **moyens existants** sont les suivants :

Prise en charge des élèves porteurs de handicap (troubles importants des fonctions cognitives) :

- 2 CLIS, l'une à Wallis et l'autre à Futuna qui scolarisent les enfants de 6 à 11 ans. Pour l'année 2014, la CLIS de Wallis compte 11 enfants et celle de Futuna en compte 4. Ces classes dépendent de la Direction de l'Enseignement Catholique (DEC),
- 1 ULIS à Wallis qui scolarise à ce jour 10 jeunes de 12 à 16 ans. Implanté dans un collège, ce dispositif dépend directement de l'Education Nationale,
- 1 GES, qui dépend entièrement de l'Éducation nationale et est encadré par une animatrice (CDI à mi-temps). Ce dispositif permet l'accueil de jeunes de plus de 16 ans lourdement handicapés. 5 jeunes y sont actuellement inscrits.

Actuellement, il n'y a pas d'AVS individuelle sur Wallis et Futuna pour accompagner les élèves porteurs de handicap scolarisés dans des classes maternelles ou élémentaires.

Sur Futuna, une auxiliaire de vie recrutée par le SITAS avec l'Association d'aide aux personnes handicapées (sur le dispositif Chantiers de développement local) intervient grâce à un accord de partenariat (SITAS, Délégué du Préfet à Futuna, Vice-rectorat, Agence de Santé, Association) sur le temps scolaire permettant ainsi la scolarisation à temps partiel d'un enfant.

Prise en charge des élèves en très grande difficulté scolaire au collège :

- 4 classes d'Observation et de Projet (COP), qui sont des structures locales dépendant de la DEC mais implantées en collège depuis la rentrée 2013 :
 - 2 classes à Wallis, avec cette année 4 élèves en première année (6^{ème}) et 7 en deuxième année (5^{ème}),
 - 2 classes à Futuna, avec cette année 7 élèves en première année (6^{ème}) et 6 en deuxième année (5^{ème}). A Futuna les classes COP accueillent tout à la fois les élèves porteurs de handicaps et les élèves en très grande difficulté scolaire,
- à Wallis comme à Futuna, une classe de 4^{ème} et une classe de 3^{ème} Découverte Professionnelle (DPRO) accueillent les élèves en très grande difficulté scolaire issus des classes COP ainsi que les élèves en difficulté réorientés depuis les classes de 5^{ème} ou 4^{ème} de collège,
- pour les jeunes en âge d'être scolarisés en lycée : une structure de la DEC, le Centre de Formation Professionnelle Adaptée (CFPA) vers lequel aucun élève n'a été orienté en 2014 mais qui accueille à temps partiel des jeunes porteurs d'un handicap scolarisés en ULIS ou pris en charge par le GES.

Des évolutions dans la prise en charge des élèves à besoin éducatifs particuliers sont prévues pour la rentrée 2015

Élèves en très grande difficulté scolaire :

L'évolution mise en œuvre concerne le second degré. Il s'agit de l'ouverture d'une Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA) selon un principe de fusion des classes de 6^{ème} et 5^{ème} COP avec celles de 4^{ème} et 3^{ème} DPRO. Cette restructuration outre le fait de renforcer la cohérence des projets individuels de formation sur les quatre années du collège, va permettre de recentrer l'ensemble du dispositif sur les élèves les plus en difficulté.

Élèves porteurs de handicap :

-dédoublément SEGPA /ULIS à Futuna afin de permettre la mise en œuvre d'une prise en charge spécifique des différents publics, c'est-à-dire les élèves porteurs d'un handicap d'une part (public ULIS) et les élèves relevant de l'adaptation scolaire de l'autre (public SEGPA), Concernant la mise en œuvre de la SEGPA, la situation est identique à celle de Wallis. En revanche, en ce qui concerne l'ULIS, il convient de prévoir le recrutement d'un AVS collectif,

-transfert de compétences de l'État vers la DEC du poste de coordonnateur de l'ULIS de Wallis, l'ULIS étant déjà en place et le poste d'AVS déjà existant sans moyen supplémentaire,

-rapprochement GES/CFPA pour constituer une unité d'insertion à la vie sociale et professionnelle type atelier IMPRO. Le CFPA est encadré par une enseignante de la DEC, le GES par l'animatrice employée par le vice-rectorat (CDI - temps partiel). Compte tenu du faible effectif concerné (3 élèves au GES et 3 au CFPA pour la prochaine rentrée), le taux d'encadrement sera suffisant pour mettre en œuvre le dispositif.

C'est au niveau du budget de fonctionnement que les besoins seront les plus importants.

Les jeunes accueillis sur ces dispositifs ne relevant plus de l'obligation scolaire, il est donc nécessaire de trouver un mode de financement autre que celui de l'enseignement ou, pour le moins complémentaire.

Régler de façon pérenne la question du financement d'une formation visant à développer l'autonomie et à développer l'insertion dans la vie sociale et professionnelle des jeunes adultes plus lourdement handicapés permettrait de pouvoir avancer vers un projet de création à l'échelon territoriale d'une structure de type ESAT.

-Ouverture de postes d'AVS individuelle : actuellement, 15 enfants de 4 à 12 ans sont recensés comme ayant besoin d'un accompagnement par un AVSI. Deux d'entre eux sont rentrés sur le territoire avec cette indication notifiée par une MDPH et deux autres ne peuvent être scolarisés qu'à cette condition. Un autre jeune orienté vers l'ULIS aurait besoin d'un AVS à qui il faudrait proposer une initiation à la langue des signes.

Dans l'immédiat, les besoins les plus importants concernent l'île de Wallis, des réponses ayant pu être apportées sur Futuna grâce au partenariat mis en place. Le recrutement de 5 AVS devrait permettre de pouvoir répondre à ces besoins.

6 -Mayotte

Son évolution statutaire

L'accord sur l'avenir de Mayotte de janvier 2000 entre l'Etat et les autorités politiques mahoraises, a prévu la création d'une collectivité départementale (loi du 11 juillet 2001) et engagé un vaste mouvement de réformes législatives et d'extension du droit commun.

La loi constitutionnelle du 28 mars 2003 a inscrit Mayotte dans la catégorie des collectivités d'outre-mer régies par l'article 74 de la Constitution.

La loi du 21 février 2007 dispose que l'ensemble des lois et règlements s'appliqueront désormais à Mayotte, sauf dans six domaines (fiscalité, urbanisme, **social**, travail et emploi, entrée et séjour des étrangers, finances communales) qui demeurent soumis au principe de spécialité législative.

La loi organique du 4 août 2009 tire les conséquences des résultats du référendum organisé à Mayotte portant sur son maintien dans la République française en prévoyant la transformation de la collectivité départementale en département de Mayotte, qui exercera

les compétences d'un département et d'une région d'outre-mer, à compter du prochain renouvellement du conseil général, c'est-à-dire en mars 2011 (le 31 mars 2011, le Département de Mayotte, 101^{ème} département français est créé).

Les lois organique et ordinaire n° 2010-1486 et n° 2010-1487 du 7 décembre 2010 relatives au Département de Mayotte l'ont dotée d'un statut particulier et ont permis l'extension et l'adaptation du droit commun par ordonnances. Sa départementalisation issue de cette évolution institutionnelle a imposé que soit réexaminée l'intégralité du corpus normatif s'imposant sur le territoire au regard du droit commun applicable aux départements français aux fins d'en prévoir l'adaptation progressive dans le nouveau département.

C'est ainsi que dans le champ social, sept ordonnances ont été prises entre novembre 2011 et juin 2012 qui ont adapté le régime de sécurité sociale, la législation en matière de droit du travail et d'emploi, le code de l'action sociale et ont étendu le RSA.

Les ordonnances traitant des personnes handicapées

C'est en vertu de l'article 19 de la loi n° 2007-224 du 21 février 2007 déjà citée, autorisant le Gouvernement, dans un délai de dix-huit mois, à prendre par ordonnance, des mesures, **en tant qu'elles concernent les compétences de l'Etat, dans différents domaines**, dont ceux de la protection sociale, de la santé et de **l'action sociale, à Mayotte, à Saint-Pierre-et-Miquelon, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis et Futuna, qu'a été donnée une habilitation portant notamment sur l'extension dans ces territoires, dont Mayotte, avec les adaptations nécessaires, de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** et de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances, et plus précisément sur l'adoption de dispositions relatives à la mise en œuvre d'une politique d'action sociale et médico-sociale à Mayotte.

C'est ainsi que l'ordonnance du 28 août 2008 a fixé les règles d'adaptation à Mayotte de la loi du 11 février 2005. Elle a été suivie par celles de 2011, 2013 et 2014 qui adaptent les codes de l'action sociale et des familles, de la sécurité sociale et de la santé et assurent la convergence des législations d'aide et d'action sociales.

Le constat

En août 2012, on recense 212 645 habitants vivant à Mayotte qui se trouve être le département le plus jeune de France avec un âge moyen de 22 ans : 60% de la population mahoraise a moins de 25 ans et la moitié des habitants a moins de 17 ans et demi.

Cette croissance démographique s'explique par une forte natalité liée à une immigration clandestine non maîtrisée provenant des îles voisines. Sur les 212 645 habitants que compte l'île, 40% seraient des étrangers.

1- L'éducation

Des évolutions considérables sont à noter sur le plan de la scolarisation des élèves en situation de handicap à Mayotte mais des difficultés importantes restent à surmonter pour permettre de répondre pleinement aux besoins de ce public.

Points forts	Points de fragilité
§ le développement de dispositifs dans les collèges et lycées (ULIS TFM, ULIS	§ le repérage, le dépistage et le diagnostic, en l'absence d'outils fiables et d'un manque de dispositifs

de LP)	de prévention
§ les réflexions engagées avec :	§ les difficultés rencontrées dans la constitution des dossiers de saisine de la maison des personnes handicapées (MPH)
- la maison des personnes handicapées (MPH) autour de l'évaluation des besoins avec l'appui de l'IRTS ;	§ un nombre non chiffré mais sans doute important d'enfants et d'adolescents non scolarisés, parmi lesquels des enfants et adolescents en situation de handicap
- l'agence régionale de santé (ARS) et le secteur médico-social autour du développement de l'offre : ouverture de places dans les instituts médico-éducatifs (IME) et le service social et établissement médico-social (SESSAD) transformation progressive de CLIS en classes délocalisées ...	§ les conditions d'accueil dans le 1er degré et le manque criant de compétences spécialisées
	§ une offre médico-sociale en progression qui reste néanmoins insuffisante au regard des besoins du département
	§ le problème de l'insertion sociale et professionnelle

Données chiffrées sur la scolarisation des élèves en situation de handicap (rentrée 2014)

Les élèves : 768 élèves scolarisés en 2013-2014 (0,8% de la population scolaire) :

- 588 dans le 1^{er} degré
- 180 dans le 2nd degré

Les dispositifs collectifs au titre de l'accessibilité

- 41 classes pour l'inclusion sociale (CLIS) +60% en 5 ans
- 17 unités localisées pour l'inclusion sociale (ULIS) x3 en 5 ans
- 12 classes Pré Professionnelles de Formation (PPF), réparties sur 4 sites

Accompagnement au titre de la compensation

- 71 ETP auxiliaire de vie scolaire (AVS) x5 en 5 ans
- Matériel pédagogique adapté (une enveloppe x3 en 3 ans)

Établissements médico-sociaux

- 1 IME déficience intellectuelle/polyhandicap 90 places (contre 60 places en 2013)
- 1 IEAP 12 places autorisées en 2014
- 1 institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) 24 places (même nombre de places qu'en 2012 et 2013)
- 1 SESSAD déficience intellectuelle/polyhandicap 169 places autorisées en 2014 (contre 139 places en 2013)
- 1 service d'aide spéciale à l'adaptation et à l'éducation scolaire (SASAIS) déficience sensorielle 78 places autorisées en 2014 (contre 69 en 2013)
- 1 centre d'action médico-spéciale précoce (CAMSP) 10 places autorisées en 2014

Les classes PPF ASH, une structure inadaptée au regard du public accueilli :

Le public

- des élèves de 12 à 16 ans relevant du secteur médico-social orientés par la commission des personnes handicapées (CPH) par défaut, l'offre se limitant à 90 places d'IME et à 169 places de SESSAD

- présentant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés, parfois facteurs d'incidents au sein de l'école
- et nécessitant une prise en charge globale (projet de mise en place d'unités d'enseignement en lien avec l'ARS)

Les conditions d'accueil :

- des conditions matérielles d'accueil particulièrement critiques, ne répondant pas aux besoins des jeunes accueillis, le souhait des municipalités étant de récupérer les locaux soit pour délocaliser des services municipaux soit pour ouvrir des salles de classe dans le cadre du réaménagement de la semaine scolaire
- l'absence de prise en charge globale pour une grande majorité des jeunes accueillis, les temps partagés IME/PPF ASH et les prises en charge par un SESSAD étant extrêmement limitées
- l'impossibilité pour les jeunes, de par le statut de l'école, d'effectuer des stages dans la perspective d'une éventuelle poursuite de leur parcours en IMPro.

2- L'emploi

La direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Mayotte (DIECCTE), en collaboration avec Pôle emploi, a mis en œuvre une convention cadre pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées à Mayotte pour la période 2013-2015. Celle-ci permet d'assurer l'animation, la coordination et le suivi de la mise en œuvre des actions définies par le comité de pilotage (voir en ce sens l'annexe 1).

Pôle emploi a ainsi développé différentes actions à Mayotte (événements, synergie des correspondants handicap, convention Pôle emploi-MPH) afin de sensibiliser les différents acteurs sur la thématique.

Dans le cadre du maintien dans l'emploi, les acteurs majeurs sont la caisse de sécurité sociale de Mayotte et les services de santé au travail. Ces derniers mènent une politique de prévention dans l'optique de limiter les risques de précarisation et d'optimiser la prise en charge des salariés en risque de désinsertion.

Enfin, l'AGEFIP finance des actions de formation professionnelle, notamment dans l'accompagnement spécialisé et la formation collective adaptée (savoirs de base niveaux VII) au bénéfice de 42 travailleurs handicapés demandeurs d'emploi. À cet égard, 87 personnes handicapées ont pu bénéficier d'une formation professionnelle.

La politique de l'emploi en faveur des personnes handicapées à Mayotte s'inscrit donc dans une dynamique proactive afin d'optimiser la sensibilisation et le recrutement de ces dernières.

3- La santé

La construction du secteur médico-social est récente sur le territoire. Les données d'observation actuellement disponibles ne permettent pas de disposer de l'exhaustivité des personnes en situation de handicap ou la nature des déficiences et leur prévalence. Néanmoins, une récente étude diligentée par l'ITRS-CREAI dresse un état des lieux et donne un éclairage sur les personnes en situation de handicap, enfants et adultes. Ainsi, 1 160 personnes adultes et 2 000 enfants en situation de handicap ont déposé un dossier à la maison des personnes handicapées.

En 2010, *la maison des personnes handicapées de Mayotte* a été ouverte et le décret n°2010-1148 du 28 septembre 2010 précise les modalités de fonctionnement de cette structure au statut réglementaire différent des MDPH de la métropole. Il s'agit d'un service commun entre l'État et le département qui fonctionne sur la base d'une convention constitutive définissant les contributions des membres signataires qui sont : le préfet de Mayotte, le président du conseil général et le vice-recteur de Mayotte.

Malgré sa création récente, la MDPH est désormais reconnue en tant qu'acteur pivot et incontournable de la mise en œuvre des politiques du handicap.

En 2012, l'agence de santé Océan indien (ARSOI), en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés a construit son *schéma d'orientation médico-social*. Ce schéma comprend trois axes prioritaires :

- l'accompagnement parental et le soutien aux familles ;
- le projet individuel et un accompagnement au plus proche des lieux de vie ;
- le souci des bonnes pratiques professionnelles.

Ces derniers ont pu être déclinés en actions dans le programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Des dispositifs particuliers sont mis en place dans le cadre du dépistage précoce (ex : dépistage auditif néonatal et ouverture du centre d'action médico-social précoce (CAMPS) en 2015 et qui permettra un accueil et un suivi organisé des enfants dépistés, notamment par le CHM (service néo natalité et maternité) et la PMI.

Un protocole d'accueil des personnes en situation de handicap est en cours d'élaboration dans les établissements de santé (privés et publics) pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Enfin, les orientations stratégiques pour les prochaines années de l'ARSOI porteront sur une meilleure adéquation de l'offre de santé aux besoins de la population de Mayotte et sur le développement de l'ensemble des infrastructures permettant de répondre aux dispositifs de droit commun.

4- L'insertion sociale

L'ordonnance n°2014-463 du 7 mai 2014 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie et à la prestation de compensation du handicap constitue une avancée en ce qu'elle introduit le droit des personnes âgées et des personnes handicapées à bénéficier de prestations destinées à financer une partie des dépenses concourant à leur autonomie.

Ces dernières sont financées par l'État :

-l'allocation pour adulte handicapé pour tout demandeur âgé d'au moins 20 ans, qui justifie d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% fixé par la commission des personnes handicapées. Le demandeur français ou ressortissant de l'Union européenne doit par ailleurs résider depuis au moins un an à Mayotte et cette durée est portée à 15 ans pour le demandeur étranger. Le taux plein est fixé à 343,71€ (contre 790,18€ au niveau national et le taux réduit est évalué en fonction des ressources du demandeur) ;

-l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé pour tout enfant handicapé âgé de moins de 20 ans, avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80%. Si le représentant légal est étranger, il doit fournir une carte de résident ou à défaut justifier d'une situation régulière ininterrompue sur le territoire de Mayotte antérieure à l'année 2012. Les six niveaux de complément AEEH ne sont pas applicables à Mayotte.

Des allocations complémentaires en faveur des personnes handicapées sont versées volontairement par le conseil général sur la base de taux d'incapacité compris entre 50 et 80%. Les modalités sont définies dans le règlement territorial d'action sociale du conseil général et les décisions sont prises en CPH :

-l'allocation tierce personne AAH et l'allocation tierce personne AEEH. La condition est de percevoir selon le cas l'AAH ou l'AEEH ;

-l'allocation de solidarité personnes handicapées (ASPH) soumise aux conditions de ressources pour les personnes handicapées ayant un taux d'incapacité compris entre 50 et 80%.

L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) n'a été instaurée que très récemment à Mayotte au taux de 2% (contre 6% au national) et ne concerne pour l'instant que les entreprises du secteur privé de plus de 20 salariés. Quant au secteur public, en l'absence du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), l'obligation ne lui est pas encore appliquée.

En mars 2013, une convention cadre pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées à Mayotte a été signée par l'essentiel des acteurs concernés par cette problématique : le Département, l'État et l'AGEFIPH. Un plan d'actions 2013-2015 a été validé et consacre 5 objectifs :

- favoriser l'émergence des projets professionnels des personnes handicapées ;
- faciliter l'accès à la formation professionnelle des personnes handicapées ;
- développer l'accès ou le retour durable à l'emploi des personnes handicapées ;
- développer la prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs handicapés ;
- favoriser l'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées par l'information et le conseil aux entreprises sur l'emploi des personnes handicapées ;

En 2013, la commission des personnes handicapées a délivré 140 RQTH (reconnaissance en qualité de travailleur handicapé) en milieu ordinaire et 19 en milieu protégé (pas d'ESAT à Mayotte). Sur les 140 bénéficiaires RQTH, seulement 10 sont en emploi dont 5 avec appui spécialisé et 5 autres avec aménagement de poste.

Il convient de noter également que :

- 92 personnes handicapées sont en recherche d'emploi ;
- 28 travailleurs handicapés ont bénéficié d'orientations vers des dispositifs de droit commun (pôle emploi, mission locale, boutique de gestion...) ;
- 26 travailleurs handicapés ont bénéficié d'orientations vers des dispositifs spécifiques de l'AGEFIPH.

Enfin, le chantier en cours a pour objectif l'organisation de la mise en œuvre :

- du fonds de compensation du handicap, conformément à l'article L.541-4 du code de l'action sociale et des familles
- de la prestation de compensation du handicap (PCH), de l'allocation pour l'autonomie des personnes âgées /personnes handicapées (APA) en application de l'ordonnance n° 2014-463 du 7 mai 2014 portant extension et adaptation à Mayotte des dispositions du code de l'action sociale et des familles.

5- Accessibilité

La mise en œuvre de normes minimales d'accessibilité est très récente à Mayotte puisqu'elle date du 27 décembre 2013, date à laquelle la partie réglementaire du code de la construction et de l'habitation (CCH) a été étendue. Aucune norme sur le sujet n'était applicable à Mayotte.

Aussi, dans le cadre de la départementalisation, l'application de ces normes est-elle progressive.

Il est prévu que les règles nationales d'accessibilité aux personnes handicapées soient applicables :

- à la construction des établissements recevant du public (ERP) ? dont le permis de construire sera déposé à compter du 1^{er} janvier 2016 ;
- aux autres catégories de construction dont la demande de permis de construire sera déposée à compter du 29 août 2018.

Pour vérifier la mise en œuvre de ces règles, une sous-commission départementale d'accessibilité sera adjointe le 1^{er} janvier 2016 à la commission de sécurité déjà existante pour les ERP.

Au titre des moyens de l'accessibilité du bâti, il y aura une obligation d'installation d'un ascenseur dans les bâtiments d'habitation collectifs de plus de trois étages, pour les opérations dont la demande de permis de construire sera déposée à compter du 1^{er} janvier 2016. Ce point fait l'objet d'une vigilance particulière à Mayotte car il n'existe pas encore assez d'ascenseurs pour établir un marché de l'entretien et ainsi bénéficier de délais et de coûts de maintenance raisonnables.

L'obligation pour la puissance publique de planifier la mise en accessibilité de la chaîne de déplacement qui comprend le cadre bâti, la voirie, les aménagements des espaces publics, les systèmes de transport et leur intermodalité, conformément aux dispositions de la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées n'est pas encore étendue à Mayotte.

Par ailleurs, une mission d'expertise du réseau scientifique et technique du ministère a été organisée en avril 2014 par la direction de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DEAL) de Mayotte en avril 2014 pour établir un premier diagnostic. Il a été constaté que certaines communes (Mamoudzou, Sada, Dzaoudzi-Labattoir) intégraient déjà les normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite dans leurs aménagements les plus récents.

Enfin, sans attendre les échéances, la DEAL de Mayotte mène une réflexion sur la mise en place d'un programme de sensibilisation dédié aux différents acteurs de la construction et de l'aménagement qu'ils soient publics ou privés.

ANNEXE 3 : Les politiques publiques concernant les personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (TED)

La France se mobilise depuis plus de 20 ans en faveur des personnes avec autisme et autres troubles envahissants du développement (TED). Les politiques publiques se sont attachées à améliorer la connaissance du phénomène et des besoins des personnes, à renforcer et adapter l'offre d'accompagnement ainsi que l'inclusion des personnes.

L'inclusion en milieu ordinaire, notamment scolaire, l'accès à une meilleure qualité de vie et le développement d'un accompagnement adapté constituent un des enjeux et objectifs majeurs de ces politiques publiques.

I – les objectifs poursuivis dans le cadre des différents « plans autisme »

Concernant le développement de bonnes pratiques professionnelles afin de promouvoir des interventions adaptées, les plans autisme 2005-2007 et 2008-2010 ont permis la publication de recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels de santé portant sur le dépistage et le diagnostic de l'autisme en 2005 chez l'enfant et en 2012 chez l'adulte.

Après un état des connaissances sur l'autisme en 2010 élaboré par la Haute autorité de santé (HAS), des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent publiées le 8 mars 2012 par la HAS et l'Agence nationale d'évaluation médico-sociale (ANESM) a constitué un temps fort pour l'autisme en France. Une telle recommandation portant sur les interventions à destination des adultes va démarrer en 2015, portée par les mêmes organismes.

Ainsi, le respect des bonnes pratiques - élaborées par la HAS et l'ANESM dans le cadre des plans précédents - constitue le principe directeur de la mise en œuvre des actions du plan 2013-2017, dont la gouvernance nationale et la gouvernance régionale sont les garantes. Parmi les actions de ce plan, un certain nombre contribue plus particulièrement à l'appropriation par les professionnels des pratiques recommandées, comme par exemple :

- Les actions d'évolution des formations initiales et continues des professionnels de santé et du médico-social ;
- L'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des plans d'actions régionaux autisme ;
- L'accompagnement de l'évolution de l'offre médico-sociale par les administrations régionales de santé, lors de la création de places dédiées et du renforcement de l'offre existante ;
- La meilleure prise en compte des besoins de compensation des personnes avec autisme, avec la tenue d'une journée d'échanges entre les professionnels des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), des centres ressources autisme (CRA) et les associations le 23 septembre 2014, préalable à un plan d'actions pluriannuel.

Ces recommandations de bonnes pratiques permettent un réel basculement des représentations sur l'autisme et fondent une évolution en cours des pratiques des professionnels tant dans le champ sanitaire que médico-social.

Concernant **le développement d'une offre d'accompagnement adaptée**, la France a effectué, au travers des plans successifs, un effort important malgré un contexte de contrainte

budgétaire. Cet effort porte tout d'abord sur la création de places supplémentaires adaptée à ce public tant pour les enfants et les adolescents que pour les adultes.

Le **plan 2005-2007** a bénéficié d'un financement spécifique de 121 millions d'euros sur les crédits médico-sociaux de l'assurance maladie, pour la création sur 3 ans de 750 places pour les enfants et 1200 places pour les adultes, soit un total de 1950 places. Dans les faits, les objectifs initiaux ont été dépassés, portant le total des créations de places nouvelles à près de 3000.

Le **plan autisme 2008-2010** a fait porter ses efforts sur 3 axes :

- Mieux connaître pour mieux former ;
- Mieux repérer pour mieux accompagner ;
- Diversifier les prises en charge dans le respect des droits fondamentaux de la personne.

Le deuxième plan autisme a prévu un plan de création de 4100 places sur la période 2008-2012 pour les personnes avec autisme avec un financement conséquent dédié de 170 millions euros. Ces créations de places ont concerné 2 100 places pour enfants, en institution et en services intervenant à domicile et 2 000 places pour adultes en établissement médico-social. Cette mesure prévoyait également le développement de l'accueil en services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé. Les objectifs initiaux seront également dépassés sur les places en établissement mais pas sur les services pour adultes.

En complément de cette offre, une trentaine de **structures expérimentales** (445 places) ont été créées pour enfants et adolescents mettant en œuvre de façon organisée des méthodes psycho-éducatives et comportementales peu usitées en France. A l'issue de plusieurs années de fonctionnement, leur évaluation nationale est actuellement en cours en vue d'en tirer les enseignements et notamment d'essayer les méthodes psycho-éducatives et comportementales déployées par ces structures.

Le **3^{ème} plan autisme 2013-2017**, résultat d'un important travail interministériel, a été élaboré dans une large concertation avec les associations. Le respect des bonnes pratiques professionnelles constitue le fil conducteur des actions de ce plan. Les actions marquent la volonté de la France d'améliorer l'accompagnement des personnes autistes tout au long de leur vie et s'articulent autour de 5 axes majeurs :

- Le dépistage et le diagnostic le plus tôt possible, à partir de dix-huit mois, suivis de la mise en place d'interventions précoces recommandées ;
- Le renforcement et l'adaptation de l'accompagnement tout au long de la vie ;
- Le soutien des familles ;
- La poursuite des efforts de recherche ;
- La sensibilisation et la formation de l'ensemble des professionnels engagés dans la prise en charge et l'accompagnement de l'autisme.

Ce plan 2017 prévoit un volume de crédits global de 136 M€ affectés à l'évolution de l'offre médico-sociale (création de places de services d'accompagnement et en établissements) pour les enfants et les adultes. Cette offre permettra notamment d'accompagner la prise en charge précoce des enfants avec autisme.

En complément de la création de places, l'effort visant à adapter l'accompagnement porte sur la **transformation de l'offre médico-sociale, spécifique ou non, accueillant majoritairement des personnes autistes** pour laquelle un financement dédié de 38 M€ est prévu sur les crédits médico-sociaux de l'assurance maladie. Cette transformation sera attachée à un référentiel de mise à niveau du suivi des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en vigueur.

Un axe fort du 3^{ème} plan autisme porte sur la formation des aidants familiaux. Une collaboration étroite entre la CNSA, les Centres de ressources autisme (CRA) et les associations représentatives des familles, a conduit dès 2013 à élaborer un programme-cadre national, décliné régionalement entre CRA et associations locales. Il permet, avec le soutien financier de la CNSA, de former des parents et proches de personnes avec TED à des éléments de connaissances généralistes et spécifiques sur l'autisme.

Enfin, la recherche fait l'objet d'un soutien spécifique : mise en place d'une cohorte spécifique, mise en réseau de sites experts en matière de diagnostic et d'interventions précoces, soutien à la recherche en sciences humaines et sociales (notamment sur des typologies d'interventions).

La France assure un suivi étroit et continu des actions en faveur des personnes avec autisme qui se déploient également au travers de plans d'actions régionaux. Les engagements, notamment financiers, pris par le Gouvernement dans le cadre du plan autisme 2013-2017 seront respectés.

II – La question de la scolarisation, de la formation professionnelle et de l'accès aux études supérieures des jeunes autistes

1. Concernant la priorité accordée aux établissements de droit commun pour la scolarisation des enfants et des adolescents autistes :

La loi du 8 juillet 2013 relative à la refondation de l'école de la République pose désormais dès son 1^{er} article le principe de l'inclusion scolaire de tous les enfants sans aucune distinction et fixe comme objectif la création d'une école inclusive.

En outre, les conclusions du comité interministériel du handicap du 25 septembre 2013 ainsi que les priorités données à l'inclusion en milieu scolaire ordinaire par le président de la République le 11 décembre 2014 lors de la conférence nationale du handicap orientent clairement la politique du gouvernement français vers une réponse de scolarisation adaptée aux besoins des enfants, notamment quand la réponse doit être celle du milieu ordinaire.

Plusieurs priorités ont été définies durant ces dernières années :

- Le dispositif d'aide humaine à la scolarisation des élèves en milieu scolaire ordinaire a été profondément rénové afin de répondre au mieux aux besoins des élèves et dans la plus complète transparence vis-à-vis des associations dont les représentants ont été associés à l'évolution de ce dispositif.

Suite à la conférence nationale du handicap du 8 juin 2011, le gouvernement a complété le dispositif d'aide humaine aux élèves handicapés. Auparavant le seul accompagnement possible était une aide individuelle assortie d'une quotité horaire définie par les CDAPH. Il lui a été adjoint une forme d'aide humaine complémentaire, plus souple, permettant des interventions ponctuelles au profit de plusieurs élèves dite aide mutualisée. Celle-ci vise à répondre aux besoins des élèves qui ne souffrent pas d'un handicap grave et dont la scolarisation en milieu ordinaire ne nécessite pas un accompagnement constant. Accessible sur notification de la CDAPH, la création de cette aide mutualisée permet de proposer aux élèves une réponse d'accompagnement graduée, adaptée à leurs besoins et de privilégier ainsi l'aide humaine individualisée pour les élèves qui en tireront le plus grand bénéfice dont les enfants avec autisme. Les décrets d'application de cet article ont été rédigés avec des associations de parents d'enfants autistes afin que leur spécificité soit reconnue et que soit

prise en compte dans l'évaluation des besoins de l'enfant la nécessité de bénéficier d'une aide apportée par une seule et même personne.

- Le nombre d'enseignants, leur formation et les ressources mises à leur disposition ont également été renforcés afin de favoriser la scolarisation en milieu ordinaire de tous les élèves et donner corps à l'école inclusive.

Les nouvelles écoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE) dispenseront des formations portant sur la scolarisation des élèves handicapés et des ressources numériques permettant de répondre aux besoins spécifiques des élèves sont désormais à la disposition des enseignants. Un module de formation spécifique à l'autisme a ainsi été élaboré avec l'appui de représentants d'associations et de professionnels exerçant dans le champ de la scolarisation et de l'accompagnement des enfants présentant des troubles envahissant du développement. Il est publié sur le site EDUSCOL depuis le mois d'août 2012.

2. Concernant la formation professionnelle des jeunes autistes dans le cadre du droit commun ou des institutions spécialisées

La formation professionnelle des jeunes autistes en milieu ordinaire rejoint la politique générale de formation professionnelle de l'ensemble des élèves handicapés.

Concernant leur formation professionnelle au sein des structures spécialisées, celle-ci se déroule dans le cadre d'instituts médico-éducatifs ou lors de stage dans des établissements et services d'aide par le travail. Depuis la loi du 28 juillet 2011 portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap⁷⁵, ces structures spécialisées participent de la formation professionnelle par le biais des actions de préformation, de formation et de préparation à la vie professionnelle qu'elles organisent.

3. Concernant la scolarisation dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants avec autisme :

Des avancées en matière de scolarisation des élèves avec autisme dans les établissements spécialisés vont et ont été accomplies dans le cadre du 3ème plan autisme. La 5ème fiche mesure du plan est consacrée à la scolarisation des élèves avec autisme et vise à faire accéder le plus grand nombre d'élèves à un enseignement de qualité et adapté à leurs besoins. Pour atteindre cet objectif final, le plan identifie plusieurs actions dont le renforcement de la coopération entre l'éducation nationale et les structures médico-sociales et le développement du panel de l'offre de scolarisation en milieu ordinaire ou spécialisé.

Cette offre inclut la scolarisation en milieu ordinaire, avec ou sans accompagnement (auxiliaire de vie scolaire, CLIS ou ULIS, SESSAD) mais également la scolarisation dans le cadre des unités d'enseignement des ESMS et des établissements de santé.

Dans ce cadre et pour donner suite aux orientations gouvernementales de scolarisation en milieu ordinaire, orientation renforcée par les annonces de la CNH, des mesures consistant en l'externalisation des unités d'enseignement en milieu scolaire ordinaire ont été prises.

⁷⁵ LOI n° 2011-901 du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap. Article 15.

Dans le champ de l'autisme, le plan a prévu la création d'une nouvelle offre pour compléter l'existante par un niveau d'intervention intensif précoce et encourager la coopération entre les secteurs médico-sociaux et de l'éducation nationale : ce sont 30 unités d'enseignement en école maternelle qui ont ouvert en septembre 2014 avec un budget de 280 000€ par unité. Cette innovation a été saluée par le secteur associatif. Ces unités conçues spécifiquement pour la scolarisation de jeunes enfants avec autisme non verbaux disposent d'un enseignant et d'une équipe médico-sociale propre ainsi qu'un financement en sus des moyens de l'établissement ou du service médico-social porteur. A l'échéance du plan seront créées au total 100 unités en maternelle accueillant chacune 7 enfants.

En outre, la conférence nationale du handicap a acté le développement d'unités d'enseignement externalisées dans les écoles pour tous les types de handicap (mesure du relevé de conclusions de la CNH relative à « l'ouverture de l'école aux enfants et l'engagement de la « désinstitutionnalisation »).. Dès la rentrée de septembre 2015, ce sont 100 unités d'enseignement qui seront relocalisées en établissements scolaires. Ces unités d'enseignement feront l'objet d'un suivi tout particulier du ministère des affaires sociales et du ministère de l'éducation nationale, associés aux acteurs concernés par la question, pour pouvoir essaimer la pratique plus largement les années suivantes.

Une collaboration renforcée entre l'éducation nationale et les établissements médico-sociaux

Cette collaboration passe par la formation conjointe des personnels de l'éducation nationale, des établissements et services médico-sociaux et des MDPH qui concourent tous à la scolarisation des enfants ayant un handicap. Ces formations sont organisées pour permettre d'avoir une culture commune permettant de mieux accompagner les élèves handicapés. Les travaux menés en 2014 ont permis d'élaborer un plan de formation qui se décline sur deux niveaux :

- un pour l'encadrement des structures ad hoc ;
- un pour les professionnels de l'intervention et de l'accompagnement au quotidien des élèves concernés.

Cette formation est financée conjointement par l'UNIFAF, le CNFPT et le MENESR.

S'agissant plus particulièrement de la scolarisation des élèves avec autisme, celle-ci repose également sur la coopération des secteurs médico-sociaux et de l'éducation nationale, qui outre la parution de textes en 2009, fait l'objet d'un travail constant des 2 ministères depuis 2012.

Ainsi, les établissements et services médico-sociaux ont un rôle déterminant à jouer dans l'accompagnement de la scolarisation des élèves avec autisme en milieu scolaire ordinaire. Ce rôle est d'autant plus important que la loi affirme le caractère prééminent de la scolarisation en milieu ordinaire sur toute autre forme de parcours scolaire pour les élèves. La création de places en services y contribue puisque la majorité des enfants de 6 à 16 ans accompagnés par un service (SESSAD) sont scolarisés majoritairement en milieu ordinaire (96 %)⁷⁶.

⁷⁶ Enquête ES 2010 DREES.

ANNEXE 4 : L'accord-cadre franco-belge relatif à l'accueil de personnes handicapées en Belgique

I. Présentation et contexte de l'accord-cadre

L'accueil des personnes handicapées françaises en Belgique est un phénomène ancien, qui peut s'expliquer par différentes raisons :

- des besoins d'accueil non satisfaits localement,
- une proximité géographique et linguistique,
- le choix de méthodes ou d'un projet d'accompagnement différent susceptible d'être préféré aux projets développés par les établissements français proposés aux parents.

Cet accueil n'est pas exclusivement transfrontalier, puisqu'environ 68% des personnes accueillies sont originaires du Nord Pas de Calais et près de la moitié des départements ont recours aux établissements belges.

Dans le rapport qui lui a été confié en 2008 sur l'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique, Madame Gallez, députée du Nord, a identifié différentes difficultés, notamment :

- la mauvaise connaissance du nombre de personnes handicapées accueillies en Belgique ;
- la complexité de prise en charge financière des personnes handicapées accueillies en établissement belge ;
- l'effectivité du contrôle des établissements belges, en particulier s'agissant des établissements « sous autorisation de prise en charge », pour lesquels les normes sont minimales (a contrario, les services agréés et contrôlés par l'Agence wallonne pour l'insertion des personnes handicapées (AWIPH) sont soumis à une réglementation proche des règles françaises).

L'accord cadre franco-belge sur l'accueil des personnes handicapées signé le 21 décembre 2011 par les ministres français et belge, avec une entrée en vigueur le 1er mars 2014, renforce la coopération entre les autorités belges (région Wallonne) et françaises afin de répondre à deux objectifs :

- consolider la situation des personnes déjà accueillies en Belgique, en leur garantissant un accompagnement de qualité et l'amélioration des conditions de prise en charge par l'assurance maladie et les conseils généraux. A cet effet, ont été élaborés un protocole pour l'organisation des contrôles communs des établissements et une convention type. Celle-ci intègre dans les conditions de financement de l'accueil de personnes handicapées françaises des règles s'inspirant très largement des normes de fonctionnement et d'organisation des établissements médico-sociaux français et participe donc de la prévention des situations de maltraitance ;
- disposer, afin de mieux évaluer les besoins en France, d'éléments de recensement des publics français et de leurs établissements d'hébergement. Un relevé d'informations détaillées permettra de mieux connaître les populations accueillies en Belgique.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) du Nord- Pas de Calais et l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH) pilote l'accord-cadre et son arrangement administratif sur l'accueil des personnes handicapées françaises en Belgique.

II. Le nombre de personnes handicapées concernées par l'accord-cadre

Les effectifs couverts par l'accord sont connus à travers les données de l'assurance maladie et des conseils départementaux :

- sur un financement total ou partiel par l'assurance maladie :

- secteur enfant conventionné : 1569 (« amendements Creton » inclus – 250) ;
- secteur adulte non conventionné (maison d'accueil spécialisé et foyer d'accueil médicalisé) : 1754 au 30 septembre 2014, environ 1900 au 31 décembre 2014
- sur un financement relevant uniquement des conseils généraux (foyer de vie, foyer d'hébergement, ...) : 3500 personnes provenant d'environ 50 départements.

III. Les différents outils prévus par l'accord-cadre

- Le relevé d'informations (art.3)

L'accord-cadre vise à disposer d'éléments de recensement des publics français et de leurs établissements d'hébergement de manière à mieux évaluer les besoins. L'article 3 organise à cet effet un recueil d'information concernant les personnes accueillies (identité, données sur l'accueil en Belgique : date d'entrée, de sortie, autorité(s) responsable(s) de l'orientation en établissement ; financement : département, sécurité sociale ; régime et branche concernée lorsque la sécurité sociale intervient.

L'ARS du Nord-Pas-de-Calais est désignée par l'accord pour centraliser les données du relevé d'informations. La communication, la conservation, le traitement et la diffusion des données du relevé d'informations sont soumis au respect de la réglementation européenne et de la législation locale en matière de protection des données.

- La convention sur le contrôle des établissements d'accueil (art. 4)

L'organisation du contrôle des établissements correspond au souhait d'une meilleure qualité de l'accompagnement. L'accord-cadre prévoit un dispositif d'inspections communes organisé en vertu d'une convention entre l'ARS Nord Pas-de-Calais et l'AWIPH. La portée du contrôle fixée par l'accord-cadre est large : modalités d'accueil et d'hébergement, de prise en charge médico-socio-éducative ; promotion de la bienveillance ; actualisation des connaissances des professionnels ; transmission des données contenues dans le relevé d'informations prévu à l'article 3 de l'accord-cadre.

L'ARS Nord-Pas-de-Calais est identifiée par l'accord cadre comme pilote, pour la partie française, des inspections communes. La convention prévoit qu'elle peut conclure des conventions avec les autres ARS et les conseils départementaux en vue de les associer aux inspections conjointes ou de les leur confier entièrement.

L'AWIPH est compétente pour donner les suites nécessaires aux dysfonctionnements, et tient informer l'ARS Nord Pas de Calais de ces suites, sans préjudice des décisions de déconventionnement susceptibles d'intervenir par ailleurs.

- Le modèle de convention type avec les établissements d'accueil (art. 6)

L'accord-cadre prévoit la possibilité de conclure des conventions avec les établissements d'accueil subordonnant les conditions de prise en charge par l'assurance maladie au respect de critères de qualité pour l'accompagnement des personnes handicapées. Une convention type a été élaborée en concertation entre l'ARS Nord-Pas-de-Calais, l'AWIPH et la CPAM de Roubaix-Tourcoing, désignée comme caisse pivot vis-à-vis de l'ensemble des organismes de sécurité sociale pour la mise en œuvre de l'accord-cadre.

Les signataires des conventions conclues avec les établissements sont, pour la France, l'ARS Nord Pas de Calais, la CPAM Roubaix Tourcoing et les conseils départementaux le cas échéant et pour la région wallonne, l'AWIPH. Les conventions actuelles doivent être mises en conformité avec la convention type d'ici septembre 2015

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, l'objectif global de dépenses géré par la CNSA a été étendu à ces établissements. Chaque année les crédits nécessaires (69/70 M€ en 2015) sont alloués par arrêté interministériel. Le directeur général de l'ARS arrête la tarification des établissements conventionnés, qui prend la forme d'un prix de journée globalisé, qui couvre les différentes prestations que requièrent les personnes handicapées ; le montant global versé finance toutes les places autorisées et installées.

- **La commission mixte (art. 9) et le comité de suivi français (hors accord)**

L'accord prévoit la mise en place d'une commission mixte paritaire chargée de suivre l'application des dispositions prévues et de proposer les éventuelles modifications nécessaires. Cette commission est composée des représentants des signataires de l'accord-cadre.

Pour compléter au niveau national le dispositif de suivi prévu par l'accord et afin d'associer un plus grand nombre d'acteurs intéressés par la question, la création d'un comité national de suivi de la coopération franco-wallonne relative à l'accueil des personnes handicapées en Belgique a été décidée. L'objet de ce comité, composé de représentants de l'Etat, des ARS les plus concernées, des associations de personnes handicapées et organismes proposés par le CNCPPH, des conseils départementaux proposés par l'Assemblée des départements de France est de recueillir les constats, questions et propositions de l'ensemble des acteurs intéressés par l'accueil des personnes handicapées en Belgique, favoriser des échanges autour de ces constats et la diffusion aux acteurs intéressés des bilans réguliers.

IV. Les perspectives: améliorer les conditions d'accueil en Belgique et interrompre la poursuite d'un flux de personnes handicapées vers ce pays.

Le gouvernement français ne souhaite pas encourager la poursuite d'un flux d'accueil en Belgique, au-delà du respect du libre choix des personnes handicapées et de leurs familles qui ont la volonté de recourir à un établissement belge.

A cet effet, des travaux sont entrepris, en lien avec les organismes d'assurance maladie, les agences régionales de santé et les départements – qui financent en partie l'accueil de personnes handicapées adultes -. Ils ont pour but, sur la base d'un recueil de données sur les orientations et prises en charge en Belgique, à partir des MDPH et du centre national de soins à l'étranger, d'examiner les conditions permettant d'organiser un accueil sur le territoire. Ce dispositif devra porter une attention à la fois sur les problématiques financières, de connaissance fine des établissements et, pour ce qui concerne les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées au sein des MDPH, de décisions d'orientation argumentées.

ANNEXE 5 : Tableau des condamnations pour les infractions de discrimination (sens large) pour le motif discriminatoire de handicap de 2010 à 2014 :

Année	Infractions	Infractions ayant donné lieu à condamnation⁷⁷	Condamnations infraction principale⁷⁸
2010	Injure publique envers un particulier à raison de son handicap par parole, écrit, image ou moyen de communication au public par voie électronique	3	1
Total année		3	1
2011	Discrimination à raison d'un handicap – Offre ou fourniture d'un bien ou d'un service	1	1
	Injure publique envers un particulier à raison de son handicap par parole, écrit, image ou moyen de communication au public par voie électronique	2	0
Total année		3	1
2012	Discrimination à raison d'un handicap – Offre ou fourniture d'un bien ou d'un service	2	2
	Discrimination à raison d'un handicap – Refus d'un bien ou d'un service dans un lieu accueillant du public ou pour en interdire l'accès	2	2
	Injure publique envers un particulier à raison de son handicap par parole, écrit, image ou moyen de communication au public par voie électronique	1	0
Total année		5	4

⁷⁷ Il s'agit du d'infractions étudiées ayant donné lieu à condamnation définitive, quel que soit leur ordre d'apparition dans le jugement. Il faut noter que le cumul de ces infractions est supérieur au nombre réel de condamnations prononcées. En effet, plusieurs infractions peuvent être dénombrées pour une seule condamnation. Il convient dès lors d'éviter de sommer les infractions de cette colonne entre elles. Les données de cette rubrique permettent des analyses infraction par infraction. Elles sont également utiles pour mesurer le nombre d'infractions sanctionnées dans un contentieux spécifique.

⁷⁸ Il s'agit les des condamnations définitives pour lesquelles l'infraction concernée apparaît au premier rang dans l'extrait de jugement envoyé au casier judiciaire. Elles ne prennent donc pas en compte les condamnations pour lesquelles l'infraction concernée est connexe ou apparaît à un rang inférieur. Ces données sont utiles afin d'étudier des groupes d'infractions et de les additionner entre elles pour analyser une tendance globale (et son évolution sur plusieurs périodes de temps).

2013	Discrimination à raison d'un handicap – Refus d'un bien ou d'un service dans un lieu accueillant du public ou pour en interdire l'accès	1	0
Total année		1	0
2014*	Discrimination à raison d'un handicap – Offre ou fourniture d'un bien ou d'un service	3	0
	Discrimination à raison d'un handicap – Refus d'un bien ou d'un service dans un lieu accueillant du public ou pour en interdire l'accès	5	2
	Injure publique envers un particulier à raison de son handicap par parole, écrit, image ou moyen de communication au public par voie électronique	3	2
Total année		11	4

*Source : Casier judiciaire national, *données provisoires*

Au titre des procédures illustrant l'application des dispositions pénales en matière de discrimination des personnes handicapées, il est possible de citer la condamnation de la société EasyJet prononcée le 11 février 2014 par la cour d'appel de Paris, qui a confirmé le jugement du tribunal correctionnel de Paris en date du 5 mai 2012, prononçant une amende délictuelle d'un montant de 50.000€ et la publication de la décision.

ANNEXE 6 : Liste des sigles utilisés

AAH	<i>Allocation d'adulte handicapé</i>
ACS	<i>Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé</i>
ACTP	<i>Allocation compensatrice pour tierce personne</i>
ADAP	<i>Agenda d'accessibilité programmée</i>
AEEH	<i>Allocation d'éducation pour enfant handicapé</i>
AESH	<i>Accompagnant des élèves en situation de handicap</i>
AGEFIPH	<i>Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées</i>
ANAH	<i>Agence nationale d'amélioration de l'habitat</i>
ANAP	<i>Agence nationale d'amélioration de la performance</i>
ANESM	<i>Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux</i>
ARS	<i>Agence régionale de santé</i>
AMP	<i>Aide médico-psychologique</i>
AOT	<i>Autorité organisatrice des transports</i>
ASH	<i>Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés</i>
ASPA	<i>Allocation de solidarité aux personnes âgées</i>
ASI	<i>Allocation supplémentaire d'invalidité</i>
ASS	<i>Allocation spécifique de solidarité</i>
ATMP	<i>Accident du travail ou maladie professionnelle</i>
AVS	<i>Auxiliaire de vie sociale</i>
CAMSP	<i>Centre d'action médico-sociale précoce</i>
CASF	<i>Code de l'action sociale et des familles</i>
CDAPH	<i>Commission des droits et de l'autonomie pour les personnes handicapées</i>
CDD	<i>Contrat à durée déterminée</i>
CDI	<i>Contrat à durée indéterminée</i>
CIH	<i>Comité interministériel du handicap</i>
CLIS	<i>Classe pour l'inclusion scolaire</i>
CNAF	<i>Caisse national des allocations familiales</i>
CNAMTS	<i>Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés</i>
CNAV	<i>Caisse nationale d'assurance vieillesse</i>
CNH	<i>Conférence nationale du handicap</i>
CNRAU	<i>Centre national de relais des appels d'urgence</i>
CNSA	<i>Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</i>
CPAM	<i>Caisse primaire d'assurance maladie</i>
CPOM	<i>Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens</i>
CMU	<i>Couverture maladie universelle</i>
CNC	<i>Centre national du cinéma et de l'image animée</i>
CNCPH	<i>Conseil national consultatif des personnes handicapées</i>
CNDS	<i>Centre national de développement du sport</i>
CNRS	<i>Centre national de recherche scientifique</i>
CNSA	<i>Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</i>
CPO	<i>Centre de préorientation</i>
CRP	<i>Centre de rééducation professionnelle</i>
CRT	<i>Centre relais téléphonique</i>
CSA	<i>Conseil supérieur de l'audiovisuel</i>
DARES	<i>Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques</i>
DEFM	<i>Demandeur d'emploi en fin de mois</i>

DGCS	<i>Direction générale de la cohésion sociale</i>
DGEFP	<i>Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle</i>
DMA	<i>Délégation ministérielle à l'accessibilité</i>
DREES	<i>Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques</i>
DSS	<i>Direction de la sécurité sociale</i>
EA	<i>Entreprises adaptées</i>
ERP	<i>Etablissement recevant du public</i>
ESAT	<i>Etablissement et service d'aide par le travail</i>
ESMS	<i>Etablissement et service médico-social</i>
ETP	<i>Equivalent temps plein</i>
FAM	<i>Foyer d'accueil médicalisé</i>
FFT	<i>Fédération française des télécoms</i>
FIPHFP	<i>Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique</i>
GEVA	<i>Guide d'évaluation</i>
HAD	<i>Hospitalisation à domicile</i>
HAS	<i>Haute autorité de santé</i>
HCAAM	<i>Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie</i>
HID	<i>Handicap Incapacités Dépendance</i>
IFRH	<i>Institut fédératif de recherche sur le handicap</i>
IME	<i>Institut médico éducatif</i>
INC	<i>Institut national de la consommation</i>
INSEE	<i>Institut national de la statistique et des études économiques</i>
INSERM	<i>Institut national de la santé et de la recherche médicale</i>
IRDES	<i>Institut de recherche et documentation en économie de la santé</i>
IRESF	<i>Institut de recherche en santé publique</i>
ITEP	<i>Institut éducatif, thérapeutique et pédagogique</i>
LSF	<i>Langue des signes française</i>
MAS	<i>Maison d'accueil spécialisée</i>
MDPH	<i>Maisons départementales pour personnes âgées</i>
MSA	<i>Mutualité sociale agricole</i>
OETH	<i>Obligation d'emploi des travailleurs handicapés</i>
OGD	<i>Objectif global de dépenses</i>
ONDAM	<i>Objectif national d'assurance maladie</i>
ONG	<i>Organismes Non Gouvernementales</i>
OMS	<i>Organisation mondiale de la santé</i>
PAVE	<i>Plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics</i>
PCH	<i>Prestation de compensation du handicap</i>
PLASV	<i>Projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement</i>
PLF	<i>Projet de loi de finances</i>
PLFSS	<i>Projet de loi de financement de la sécurité sociale</i>
PPS	<i>Plan personnalisé de scolarisation</i>
PRITH	<i>Plan régional pour l'insertion des personnes handicapées</i>
RAP	<i>Rapport annuel de performance</i>
RGAA	<i>Référentiel général d'accessibilité des administrations</i>
RQTH	<i>Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé</i>
RSA	<i>Revenu de solidarité active</i>
RSDAE	<i>Restriction substantielle d'accès à l'emploi</i>
SAAD	<i>Service d'aide à domicile</i>
SAMETH	<i>Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés</i>
SAMU	<i>Service d'aide médicale urgente</i>

<i>SAMSAH</i>	<i>Service d'accompagnement médico social pour adultes handicapés</i>
<i>SDA</i>	<i>Schéma directeur d'accessibilité des services</i>
<i>SESSAD</i>	<i>Service d'éducation spéciale et de soins à domicile</i>
<i>SPASAD</i>	<i>Services polyvalents d'aide et de soins à domicile</i>
<i>SSIAD</i>	<i>Service de soins infirmiers à domicile</i>
<i>UE</i>	<i>Unité d'enseignement</i>
<i>ULIS</i>	<i>Unité localisée pour l'inclusion scolaire</i>
<i>VAO</i>	<i>Vacances adaptées organisées</i>

