

**Prise en charge des personnes handicapées :
Comment améliorer le fonctionnement de la chaîne des
intervenants ?**



[MACIF 1999]

Rédigé par **Alexis Garnier**
Soutenu le 21 septembre 2007

Université de Cergy-Pontoise,
Master 1 Transports, Logistique, Territoires et Environnement

Organisme d'accueil :
Ministère de l'Écologie, du Développement et de l'Aménagement durables

Responsable du stage : **Laurent RICCI**

Directeur de mémoire : **Erwann MINVIELLE**

Remerciements

Mon mémoire n'aurait jamais pu aboutir sans la présence et la disponibilité d'un certain nombre de personnes que je tiens à remercier.

En tout premier lieu, mes remerciements se tournent vers ceux qui m'ont suivi tout au long de l'élaboration de cette étude : Monsieur Laurent RICCI qui m'a accompagné dans mon travail en se montrant toujours disponible et pertinent dans ses conseils ; Monsieur Erwann Minvielle, directeur de mon mémoire, qui a su être présent lors de mes questionnements et m'a permis d'orienter mon domaine d'étude pour à la fois faire coïncider mon travail universitaire et celui pour le compte du Ministère de l'écologie, du développement et de l'aménagement durables.

De manière générale, je tiens à saluer l'attention à mon égard de tous ceux qui ont bien voulu m'ouvrir leur porte pour m'aider à comprendre le fonctionnement de la prise en charge des personnes handicapées, et ce malgré des emplois du temps très chargés, plus particulièrement : Monsieur Claude ROUY de la DSCR et ancien directeur d'hôpital qui m'a fait part de sa grande expérience dans le domaine du handicap ; mais également Messieurs STREIFF et GRISVAL qui m'ont aidé à mieux appréhender la condition des personnes handicapées ; ainsi que Madame Aline HECQUET assistante sociale à Bobigny qui m'a épaulé dans la compréhension des procédures d'accès aux aides ; et bien d'autres encore...

Table des matières

INTRODUCTION	3
<u>I. QUEL EST LE NIVEAU DE PRISE EN CHARGE ACTUEL DU HANDICAP EN FRANCE?</u>	6
A. UNE PRISE EN COMPTE DE PLUS EN PLUS ACCEPTABLE	6
1. UNE VISION DES PAYS NORDIQUES QUI POUSSE LA FRANCE	6
2. UN PLAN LEGISLATIF QUI A FAIT UN BON AVANT CONSIDERABLE AVEC L'ARRIVEE DE LA LOI 2005-102 DU 11 FEVRIER 2005	10
3. UN NOMBRE D'ACCIDENTS CORPORELS TOUJOURS EN BAISSSE MAIS UNE POPULATION DE PERSONNES HANDICAPEES EN CONTINUELLE AUGMENTATION	12
B. DES ASSOCIATIONS TRES ACTIVES	14
1. LES PERSONNES CIVILES PRENNENT LES DEVANT POUR AGIR TOUT DE SUITE	14
2. DES SERVICES ET DES PARTENARIATS DE PLUS EN PLUS LARGES	15
C. DU POINT DE VUE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP...	17
1. LA PRISE EN CHARGE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	17
2. L'INDEMNISATION PAR LES ASSURANCES	20
3. L'ACCES AUX AIDES	23
4. LA REINSERTION DE LA PERSONNE	25
<u>II. QUEL REGARD PORTER SUR LA CHAINE DES INTERVENANTS POUR ATTENUER LES DYSFONCTIONNEMENTS RESPONSABLES DU NIVEAU D'EFFICACITE ACTUEL ?</u>	29
A. APPORTER UNE VUE D'ENSEMBLE SUR L'ORGANISATION DU SYSTEME DE PRISE EN CHARGE	30
B. ANALYSE DES DYSFONCTIONNEMENTS PAR TYPE D'INTERVENANTS	33
1. LE MILIEU MEDICAL : UN SECTEUR A REORGANISER	33
2. LES ASSURANCES : UNE INDEMNISATION INADAPTEE	35
3. LE MILIEU ASSOCIATIF : UNE PLACE A CONFORTER	40
4. LES STRUCTURES M.D.P.H. ENCORE FRAGILES	41
5. LE SECTEUR DES AIDES TECHNIQUES : UNE OFFRE INADAPTEE AUX BESOINS	47
C. ANALYSE DES DYSFONCTIONNEMENTS TRANSVERSAUX	50
1. LE VOLET ACCESSIBILITE DE LA LOI LONG A METTRE EN APPLICATION	50
2. DE LOURDES DEMARCHES POUR JUSTIFIER SON PREJUDICE	52
3. DES LENTEURS ADMINISTRATIVES RECURRENTES	54
4. UNE INFORMATION IMPARFAITE	56
5. LES ACCIDENTES DE LA ROUTE NOYES PARMIS LA POPULATION DE PERSONNES HANDICAPEES : EVALUATION ET SUIVI DE LA PRISE EN CHARGE	59
Conclusion	64
Lexique des abréviations	66
Bibliographie	67
Liste des entretiens	68
Annexes	69

Introduction

Au cours de ces quatre dernières décennies, le cadre législatif s'est construit par appositions successives, et de façon très spécifique, de textes pour les personnes qu'on reconnaît comme handicapées. La France a connue des guerres terribles et a donc eu une quantité très importante de personnes à prendre en charge, ce qui a amené à mettre en place des dispositions législatives adaptées à cette nouvelle population. Celles-ci se sont étendues aux accidents du travail, aux invalides de la sécurité sociale et depuis la loi de 1975, très large et ambitieuse, à l'ensemble des personnes handicapées reconnues par les commissions compétentes. En 1982, la loi d'orientation des transports intérieurs prévoyait « la mise en œuvre progressive du droit au transport permettant aux usagers de se déplacer dans des conditions raisonnables d'accès, de qualité et de prix [...] Des mesures particulières peuvent être prises en faveur des personnes à mobilité réduite. ». D'autres lois sont venues compléter ce dispositif, comme celle de 1987, introduisant une obligation de résultats dans l'embauche des personnes handicapées, ou comme celle de 1990 punissant toute discrimination en particulier dans le travail. Plus récemment, en 2001, une directive européenne a été adoptée obligeant ses Etats membres à adapter les bus aux personnes à mobilité réduite.

Trente ans après la loi de 1975, la loi du 11 février 2005 accompagnée de ses décrets d'application apporte des évolutions fondamentales aux droits des handicapés comme la mise en place d'une prestation de compensation, ou encore la création de maisons départementales des personnes handicapées. Mais la loi ne s'arrête pas là en renforçant l'obligation d'emploi et en mettant en avant de manière plus concrète son principe d'accessibilité pour tous.

Cette loi revient également sur la définition même du handicap : « Constitue un handicap, 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 ».

Je ne pouvais pas commencer cette étude sans m'attarder non plus sur quelques données essentielles montrant l'importance de l'enjeu de ce travail.

En 2005, sur 84 525 accidents corporels de la circulation survenus il y avait:

- ⇒ 108 076 personnes blessées
- ⇒ dont 39 811 hospitalisées
- ⇒ et 5 318 personnes décédées sur le coup ou dans les 30 jours [La sécurité routière en France à travers les chiffres, 2005]

En France, il y aurait près de 250 000 handicapés suite à un accident de la voie publique [les grandes données de l'accidentologie, 2005].

Si on extrapole l'étude du Registre des accidents corporels du Rhône [dirigé par M. Laumon, INRETS] (de 1995 à aujourd'hui) à l'ensemble du territoire, on aboutirait à 3 200 handicapés lourds par an. On s'aperçoit également qu'un blessé sur trois serait susceptible de conserver des lésions invalidantes et sept personnes sur mille pour les plus lourdes (comme pour les tétraplégiques).

Mais malgré une diminution des accidents, le coût des blessés graves est de plus en plus lourd à supporter. L'observatoire des coûts médicaux liés aux risques routiers, récemment mis en place, l'évalue au minimum à 2.1 milliards d'euros par an, chiffre vu à la hausse, par la fédération française des sociétés d'assurance, à 4 milliards d'euros par an. Il faut savoir qu'à peine 3% des blessés graves représentent le tiers des dépenses prises en charge par les assureurs. Afin de mieux comprendre les dépenses supportées pour les handicapés lourds, sachez que pour un paraplégique, le coût total moyen par an se situe entre 1.5 et 2 millions d'euros et notamment pour de très jeunes gens nous dépassons les 4 millions d'euros. D'où des sommes très importantes, du fait de la nécessité à long terme.

Ces sommes reversées sous forme d'aides et de services mettent parfois du temps à parvenir à la personne demanderesse. Il est donc nécessaire d'avoir une chaîne cohérente des acteurs y contribuant.

Afin de ne pas tomber dans les généralités et le manque de précision, je me suis donc restreint à porter un regard sur la situation des personnes devenues handicapés à la suite d'un accident de la circulation, et en instaurant comme champ d'étude à l'analyse de la structure de la chaîne des intervenants non pas l'ensemble des acteurs autour

d'un accident mais uniquement ceux qui permettent aux handicapés une réinsertion dans la société.

Aujourd'hui, et malgré l'avancée sur le plan législatif, on peut encore se poser la question s'il y a une cohérence de la chaîne des intervenants pour permettre aux personnes handicapées de les aider à se réinsérer dans de bonnes conditions.

Les questions soulevées peuvent être directement liées aux suites de l'accident : les couvertures médicale, sociale, ou juridique sont-elles suffisantes ? Mais également des questions concernant plutôt le retour à leur autonomie : est-ce réaliste quand on parle de rendre tous les transports et les tous les lieux publics accessibles ? Comment mettre en œuvre l'adaptation des postes ainsi que des environnements de travail ? Tant de questions pouvant préoccuper chaque personne handicapée confrontée à ces problèmes faisant partie de leur quotidien.

C'est à l'occasion d'un stage réalisé au sein du ministère de l'écologie, du développement et de l'aménagement durables à la Direction de la Recherche et de l'Animation Scientifique et Technique, que l'opportunité d'étudier un tel sujet m'a été offerte. Toutefois, n'étant ni expert, ni spécialiste intervenant dans le système de prise en charge, c'est donc en ma qualité d'étudiant que je partirai de constats pour m'amener à certaines réflexions sur les sujets étudiés.

Dans l'élaboration de cette étude je commencerai par faire un état des lieux de ce qui est déjà en place. Ma deuxième partie sera consacrée à l'analyse des dysfonctionnements dans le dispositif prévu pour ces personnes devenues handicapées à la suite d'un accident de la circulation ainsi qu'aux propositions et aux pistes de recherche à suivre en vue d'améliorer ce dispositif.

I. Quel est le niveau de prise en charge actuel du handicap en France?

Pour effectuer l'analyse qualitative et quantitative de la prise en charge il est utile d'en comprendre son fonctionnement et d'évaluer son impact. Pour cela, des entretiens réalisés avec un échantillon d'intervenants clés m'ont permis une meilleure compréhension du dispositif en place et de son environnement, mais aussi de confronter les différents points de vue. J'entamerai donc cette partie en expliquant les raisons qui poussent la France vers une meilleure prise en considération des personnes handicapées, suivi d'un décryptage du dispositif actuel de prise en charge vue par les personnes handicapées. Un état des lieux s'impose donc dans mon étude avant de zoomer sur le fonctionnement de chaque maillon de la chaîne des intervenants.

A. Une prise en compte de plus en plus acceptable

1. Une vision des pays nordiques qui pousse la France

Les personnes que j'ai rencontrées pour l'élaboration de cette étude ne veulent pas parler d'un retard pour la France sur la prise en charge des personnes handicapées mais plutôt d'une différence de culture, et de mentalité. Néanmoins, il est certain que les différences culturelles expliquent cependant pour partie un retard législatif français jusqu'en 2005.

Le Canada, la Finlande, et bien d'autres nous ont servi de modèle pour faire évoluer la prise en considération des personnes handicapées. La France semble être l'héritière d'une longue tradition « d'assistance » où la personne aidée n'avait pas à exprimer ses choix, alors que les modèles des pays étudiés semblent s'attacher à l'épanouissement individuel de la personne dans tous les modes d'expression possibles de son humanité. Le modèle de base de ces pays principalement nordiques se traduit ainsi par une offre de service orientée vers l'accroissement et le développement de la compétence sociale, non seulement de l'individu handicapé mais aussi de l'environnement qui l'accueille, pour des relations adultes, matures et socialement responsables, dans le respect des droits humains. La France n'a pas connu le même parcours mais la prise en charge du handicap est devenue depuis plusieurs années

une priorité nationale. Ce qui se traduisait avant comme un simple empilement de textes a aujourd'hui fait un bon en avant sur le plan législatif et réglementaire.

De nombreux pays ont su mettre en place des dispositifs tout à fait adaptés aux besoins, ouvrant la voie vers l'élaboration du dispositif français actuel. Malgré leurs ressemblances, beaucoup de différences existent dans la configuration et l'organisation des systèmes de prise en charge, qui correspondent aux traditions économiques et politiques de chaque pays.

Quelques exemples de politiques du handicap qui ont pu nous inspirer :

En Allemagne, le principe se base sur le fait que l'attention est portée en priorité sur les capacités individuelles de la personne handicapée, avec un repérage de ses besoins individuels lui permettant d'organiser ses conditions de vie selon ses propres choix. Une attention particulière est portée au maintien et au développement des relations sociales des personnes handicapées en accordant une priorité aux mesures d'aide et de soutien qui permettent le contact avec les personnes valides dans l'organisation des conditions matérielles de vie sociale (dont transports et communications). Ainsi au niveau local, on trouve des équipes mobiles chargées de la "promotion précoce" (ambulante), qui s'entend en termes de soutien, compensation humaine, prévention de la dépendance, à domicile. Ces Unités Mobiles d'Aide à Domicile, qui associent kinésithérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et éducatifs, infirmiers, médecins et psychologues. Ils assurent, pour les personnes de tous âges : gymnastique thérapeutique, kinésithérapie et ergothérapie, orthophonie, soins de la peau, et prestations d'aide ménagère au domicile des personnes concernées. Parallèlement, des services associatifs de soins et d'assistance, liés le plus souvent à des organisations de personnes handicapées, assurent des visites à domicile, du soutien social, l'accompagnement et l'escorte. Dans leur financement public, une priorité est donnée aux mesures d'aide et de soutien visant à permettre la rencontre et les contacts avec des personnes non-handicapées, donc de prendre une part plus active au sein de la société.

En Autriche : Toutes les thérapies de réadaptation (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricité, musico-thérapie, etc...) sont disponibles à domicile, et en nombres suffisants. Par ailleurs, les « services individuels pour les personnes avec des besoins spéciaux » comprennent : l'Assistance Médicale (soins médicaux), soins à

domicile et ambulatoires) ; l'Assistance Éducative (conseils en matière d'éducation et de formation, dispositifs d'insertion particulière des personnes handicapées dans les établissements, paiement des frais de scolarité) ; le « Soutien à l'Activité » (soutien occupationnel, formation, réadaptation, subventions pour l'aménagement des postes de travail, compensation pour performance réduite, insertion dans le milieu protégé, programme d'intégration, soutien et assistance sur les lieux de travail) ; le « Soutien Social » (conseil et soins, subventions pour l'adaptation, aménagements relatifs aux besoins spéciaux...). Au-delà de l'allocation de soins, comme nous l'avons vu, un soutien financier complémentaire peut aussi être alloué en fonction des besoins des personnes handicapées. Les logements avec services d'aide et les communautés assistées sont favorisés plutôt que le placement dans une institution. Le gouvernement fédéral autrichien adopte le principe du logement intégré dans la collectivité pour personnes handicapées, et dès 1990 celui-ci stipule qu' « il n'est plus possible de construire de grands foyers et les grands foyers existants doivent être transformés en unités plus petites, en communautés ou en logements individuels. » Des Programmes à l'échelle régionale avec coordination et contrôle à l'échelle nationale, qui insistent sur la nécessité de faciliter la vie entre personnes handicapées et personnes non-handicapées et de prévoir une période de transition durant laquelle les personnes handicapées n'étant plus en institut spécialisé seront intégrées dans des « logements assistés », sont ainsi mis en place. En 1998, 43 000 personnes, de tous âges confondus, étaient encore en institut spécialisé en Autriche, pour une population totale de plus de 8 millions d'habitants.

Enfin, dans de nombreux pays existent des Centres pour la Vie Autonome implantés localement et toujours contrôlés par les personnes handicapés. C'est le cas notamment de la Suède, de la Norvège, de la Finlande, du Danemark, des États-Unis, du Canada, et dans une moindre mesure, de l'Allemagne et du Royaume Uni. Ainsi, ces centres proposent tous une assistance technique, juridique et la possibilité d'échanger des expériences dans le cadre de groupes de soutien. Dans d'autres pays existent des services d'aide, le plus souvent dirigés par une autorité locale ou une ONG. C'est le cas de la Belgique, de l'Italie, de l'Autriche, de l'Islande.

L'assistance à domicile des personnes handicapées, n'est pas organisée de la même manière partout. Ainsi, les pays nordiques privilégient-ils l'organisation sous forme de coopératives financées par les communes, tandis que les États-Unis font appel à des sociétés privées sous contrôle des usagers, ou que la Grande-Bretagne favorise et

encourage le bénévolat à tous les échelons de la société. Il existe ainsi au Royaume-Uni un système de récompenses honorifiques organisé par la Royauté pour les bénévoles qui interviennent pour faciliter la vie quotidienne des personnes handicapées.

Quelques exemples intéressants dans l'aide proposée aux personnes handicapées :

En Grande-Bretagne, au Canada, et dans tous les pays nordiques, il faut noter que l'intervention dans la vie des personnes handicapées étend la notion de confort jusqu'à l'aménagement continu des abords immédiats de leur logement, leur permettant au maximum de sortir de chez eux et leur permettant la possibilité d'assumer une vie sociale en dehors de leur domicile.

Parallèlement à cette action sur l'espace de vie des personnes handicapées, une intervention non-limitée dans le temps, les services locaux d'aide à domicile étant amenés, dans les pays que nous venons de citer, à intervenir 24 heures sur 24. Cette aide individuelle à la personne, que nous ne trouvons pas avant dans les services organisés en France où la personne handicapée n'avait le choix que de recourir à une personne de substitution pour vivre sa vie sociale en dehors des heures d'intervention du service.

La Finlande offre gratuitement, par un financement assuré par les communes, au delà des trajets quotidiens nécessaires pour se rendre au travail ou à l'école, 9 trajets allers et retours par semaine.

En Norvège, les municipalités proposent des services infirmiers 24 heures sur 24 et peuvent rémunérer les voisins d'une personne handicapée pour assurer les tâches de surveillance et de sécurité de proximité.

En Grande-Bretagne, des associations spécialisées accréditées par les pouvoirs publics locaux apportent conseil et assistance à domicile en termes de relation de couple et d'autre part en termes d'encouragement aux droits civiques.

D'autre part, concernant l'emploi, les problèmes sont traités différemment dans les pays évoqués. Des pays comme les Pays-Bas ou les pays nordique incluent dans les populations à besoins particuliers, non seulement les personnes que l'on désigne ici

comme « handicapées », mais aussi celles en situation de précarité, de chômage, etc. Ici les populations prises en compte sont bien plus larges que les nôtres. En Suède, une vaste entreprise concernant les emplois protégés couvre l'ensemble du territoire et est soutenue par l'Etat mais lui impose des quotas d'emplois.

Tout cela pour signifier, que les modèles observés dans les autres pays développés sont porteurs de traditions et de valeurs culturelles de prise en considération de la personne humaine très différent du modèle français. Ce dernier semble être l'héritier d'une longue tradition « d'assistance » où la personne aidée n'a pas à exprimer ses choix, alors que les modèles des pays étudiés semblent s'attacher à l'épanouissement individuel de la personne dans tous les modes d'expression possibles de son humanité. Le modèle de base des pays que nous avons étudié se traduit ainsi par le concept clef de « compétence sociale », qui signifie que l'offre de service est orientée vers l'accroissement et le développement de la compétence sociale, non seulement de l'individu handicapé mais aussi de l'environnement qui l'accueille, pour des relations adultes, matures et socialement responsables, dans le respect des droits humains.

2. Un plan législatif qui a fait un bon avant considérable avec l'arrivée de la loi 2005-102 du 11 février 2005

Des pays comme la France et l'Allemagne, qui ont connu des guerres terribles et qui ont donc eu une quantité très importante de personnes à prendre en charge, ont été amenés à mettre en place des dispositions législatives adaptées à cette population nouvelle. Celles-ci se sont étendues secondairement aux accidentés du travail, aux invalides et depuis 1975 à l'ensemble des personnes handicapées. La loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées a été une grande étape. Elle constitue le socle des droits des personnes handicapées que l'on considérait encore comme une population à part. Mais subventions et aides ne suffisent pas pour lever ce sentiment d'insatisfaction. Cette population, avant mise à l'écart, exprime depuis plusieurs années son besoin d'insertion dans la société comme n'importe quelle autre personne.

En 2002, l'ancien Président de la République a annoncé que le handicap constituait l'une des trois priorités de son quinquennat ouvrant ainsi le chantier de la réforme. Le gouvernement a alors mené une concertation avec l'ensemble des associations représentatives des personnes handicapées. Ce n'est qu'à la fin de l'année de 2003

qu'un projet de loi a été présenté en Conseil des ministres pour être discuté au Parlement. Ce projet porte un titre ambitieux : "**projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**". La loi a été promulguée le 11 février 2005 et publiée au Journal Officiel du 12 février 2005.

Cela faisait longtemps que les personnes en situation de handicap et leur famille attendaient la parution d'une telle loi avec un immense espoir : celui d'une compensation enfin effective des conséquences de leur handicap et de leur intégration pleine et entière dans la société. Les obligations nouvelles qu'elle impose sont appelées à bénéficier à tous les usagers et participent à l'amélioration du confort général de la population dans son ensemble.

Elle consacre des avancées indéniables : mise en œuvre du droit à compensation et la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Mais plus précisément cette loi apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des personnes handicapées [« le guide de la loi », ministère de la santé et des solidarités]:

- Le droit à compensation : La loi handicap met en œuvre le principe du droit à compensation du handicap, en établissement comme à domicile. La prestation de compensation couvre les besoins en aide humaine, technique ou animale, aménagement du logement ou du véhicule, en fonction du projet de vie formulé par la personne handicapée.
- La scolarité : La loi handicap reconnaît à tout enfant porteur de handicap le droit d'être inscrit en milieu ordinaire, dans l'école la plus proche de son domicile.
- L'emploi : La loi handicap réaffirme l'obligation d'emploi d'au moins 6 % de travailleurs handicapés pour les entreprises de plus de 20 salariés, renforce les sanctions, crée des incitations et les étend aux employeurs publics.
- L'accessibilité : La loi handicap définit les moyens de la participation des personnes handicapées à la vie de la cité. Elle crée l'obligation de mise en accessibilité des bâtiments et des transports dans un délai maximum de 10 ans.
- Les Maisons départementales des personnes handicapées : La loi handicap crée les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Elles exercent, dans chaque département, une mission d'accueil, d'information,

d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leurs proches, d'attribution des droits ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

La mise en oeuvre d'une loi aussi ambitieuse exigeait naturellement un nombre important de textes d'application (sur 138 décrets ou autres types de mesures réglementaires attendus, 120 ont été pris, témoignant de l'ampleur du travail fourni) et donc un délai important pour parler d'une pleine mise en application du dispositif.

Depuis 2005, un pas a été fait vers une meilleure prise en considération des personnes handicapées. Ce qui existe dans certains pays depuis une cinquantaine d'années, se met maintenant en place en France. Plus qu'une avancée sur le plan législatif c'est aussi des mentalités qui commencent à changer.

3. Un nombre d'accidents corporels toujours en baisse mais une population de personnes handicapées en continuelle augmentation

Depuis longtemps le gouvernement lutte contre l'insécurité routière. L'année 2002 a constitué un tournant avec la décision d'utilisation du « *contrôle sanction automatisée* ». Pour l'année 2006, la tendance à la baisse du nombre d'accidents corporels graves en France se poursuit, comme dans la plupart des grands pays européens. En revanche, les coûts moyens des accidents corporels ont par contre fortement augmenté pour les sociétés d'assurance.

Deux autres facteurs, outre la prise de conscience des citoyens et la contrainte exercée par le C.S.A., expliquent également la baisse des accidents mortels et corporels graves : les progrès techniques (autos), et médicaux.

- Les progrès techniques :

Les constructeurs automobiles fabriquent des voitures toujours plus sûres : qu'il s'agisse de systèmes de prévention des accidents (ESP, ABS), ou qu'il s'agisse de systèmes amoindrissant la gravité des accidents (airbag, carrosseries déformables, e-call). Pourtant, ces progrès dans le domaine de la sécurité des véhicules sont concurrencés, d'une part, par des puissances disponibles toujours plus importantes, et d'autre part par l'adaptation des conducteurs à ces innovations conduisant à une

utilisation « borderline » des véhicules. N'est-ce pas une incitation à la vitesse malgré une réglementation qui se durcit et une multiplication des contrôles ? Y-a-t-il une réelle cohérence ? On peut à ce stade se poser la question d'un bridage des moteurs : 130 km/h sur autoroute, 50 km/h en ville et 90 km/h sinon.

- Les progrès médicaux :

Les avancées médicales ont de même contribué à faire baisser le nombre de morts post accident (dans les trente jours) et à limiter les séquelles possibles. Des soins adaptés et précoces permettent de donner plus de chance à la victime pour se rétablir. Egalement, la technique a progressé afin de maintenir des personnes lourdement handicapées et dépendantes en vie (appareil respiratoire,...), ou dans le but de compenser physiquement leur handicap (fauteuils, prothèses, ...).

La médecine actuelle épargne de nombreuses vies, et en prolonge d'autres, mais également comme tout le monde le sait la conséquence majeure est le vieillissement de la population. Le constat qui peut donc être fait est que malgré un nombre victimes conservant des séquelles qui est en baisse chaque année, leur nombre approximatif total continue d'augmenter grâce à des espérances de vie qui s'allongent. La conséquence directe pour l'Etat est le nombre croissant de personnes handicapées à prendre en charge et sur des périodes plus longues.

D'où l'importance de mettre l'accent sur la prévention des causes du handicap comme la sécurité routière si on veut responsabiliser l'ensemble des automobilistes et limiter les accidents corporels.

B. Des associations très actives

1. Les personnes civiles prennent les devants pour agir tout de suite

Les personnes en situation de handicap ont été longtemps mises de côté et considérées comme une masse de personnes devant être simplement prise en charge. Mais chaque type de handicap implique des besoins différents et surtout des réponses différentes.

C'est dans ce contexte que certaines personnes se sont regroupées en association afin de partager leurs expériences, d'apporter un soutien, d'informer et surtout de faire avancer la prise en considération des personnes handicapées. Ces personnes civiles ont donc pris les devants pour porter secours aux personnes dans le besoin, endossant un rôle social auprès de la population pour combler l'absence d'intervention de la part de l'Etat. Mais comment interpréter cela ? J'ai pu constater deux points de vue opposés durant mes entretiens. Certains intervenants m'ont confié que pour eux il y avait eu un déchargement du rôle de l'Etat sur les associations, alors que d'autres expriment cela plus comme une normalité permettant au Gouvernement de mieux orienter sa politique grâce à la remontée d'informations.

Seulement une association n'a d'espoir d'être entendue que si son importance est de taille, en d'autres termes plus elle concerne de personnes plus elle a de pouvoir d'action auprès des services publics et bien sûr de chance d'être entendue. C'est sur ce principe mais également pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées que certaines associations se sont regroupées comme U.N.F.T.C. (union nationale des familles de traumatisés crâniens comprenant plus de 150 associations)

Aujourd'hui les associations sont très présentes dans les institutions de l'Etat pour faire valoir leurs droits. Certaines ont même été reconnues d'utilité publique. Les associations les plus représentatives émettent des propositions, participent à la prise de décision, etc. L'Etat a choisi de les faire participer activement dans l'orientation de la politique du handicap puisque ce sont elles qui sont directement confrontées aux problèmes que peuvent rencontrer les personnes handicapées. Ceux qui étaient avant désignés comme des groupes de pression participant au lobby des associations font

aujourd'hui partis intégrantes du processus consultatif et du processus décisionnaire. Leurs moyens d'action sont donc plus importants et permettent de contribuer à l'amélioration de la condition des personnes handicapées. Ce rapprochement de l'Etat avec les associations a favorisé le développement de certaines structures associatives permettant d'offrir un plus vaste éventail de services.

Depuis plus d'un siècle, les gens peuvent se regrouper en association pour partager des idées communes et défendre leurs droits. Dans le domaine du handicap une quantité indénombrable d'associations existent comme l'A.F.M. (association française contre les myopathies), l'A.P.F. (association des paralysés de France), et bien d'autres encore. Nombreuses sont celles qui se sont spécialisées en fonction du type de handicap afin de mieux défendre leurs droits et d'apporter des réponses plus adaptées aux personnes venant prendre conseil auprès d'elles.

C'est un réel réseau d'associations qui s'est consolidé au fil des années et diversifié en ouvrant la porte à des partenariats de plus en plus large pouvant être avec le secteur privé et public. Cette mobilisation des associations durant depuis de nombreuses années a toujours été là dans le but d'épauler certaines personnes et familles souvent démunies face aux conséquences du handicap.

2. Des services et des partenariats de plus en plus larges

Les associations proposent des services de plus en plus larges et adaptés aux besoins. L'augmentation continue du nombre de personnes concernées par le handicap amplifie les besoins face à des structures qui se doivent d'être capables d'y faire face tant bien que mal pour continuer à améliorer leur condition.

Les problèmes liés au handicap peuvent être nombreux et de natures différentes. C'est pour cela que les associations tentent d'être aussi complètes dans leurs offres de services. Il s'agit :

- d'informer et de conseiller et d'écouter les demandes des personnes. Pour cela conseillers, psychologues, avocats, médecins, et autres experts spécialisés sont à disposition pour permettre de suivre les procédures lorsque cela s'en fait ressentir.

-
- de permettre leur réinsertion sociale (financement, mobilité, accessibilité, loisirs) : Afin de subvenir aux lourdes dépenses occasionnées par le handicap, des services bancaires pour des prêts courtes durées et avec des taux d'intérêts très faibles ont été développés. Ce service est disponible aux adhérents de l'A.P.F. mais sous certaines conditions. D'autre part, en terme de mobilité, les associations peuvent vous aider dans le choix et l'essai de certaines aides techniques comme à la Fondation de Garches ou prochainement au C.E.R.E.H.M. (centre de ressource handicap et mobilité). Mais elles participent également à une offre de loisirs comme l'organisation de sorties collectives ou individuelles (sportives, culturelles, touristiques, etc.) des ateliers, et autres loisirs.
 - de permettre la réinsertion professionnelle : elles vous proposent des formations pour se réinsérer dans le monde professionnel pouvant être en accord avec les entreprises partenaires.
 - Mais aussi une de leurs missions est d'encourager les initiatives innovantes et la recherche que ce soit sur les causes du handicap ou sur les moyens pour les surmonter.

Ces associations doivent être présentes sur tous les fronts autant en matière de soutien des personnes handicapées qu'en matière de communication publique. L'information de la société mais aussi la remontée d'information vers les pouvoirs publics sont très importantes pour faire évoluer les mentalités et les politiques.

Leur rôle est primordial car c'est par elles que cette remontée d'informations émane. Encouragées par le Gouvernement, elles sont devenues pour les plus importantes, de véritables structures sociales très complètes et indispensables.

Depuis la loi de Février 2005, la mise en place des M.D.P.H. (Maisons Départementales des Personnes Handicapées) a facilité les démarches administratives mais également l'accès aux différentes informations. Un certain nombre d'autres services disponibles peuvent se retrouver auprès des associations (plateforme téléphonique, conseils, expertise, ...). Un pas décisif a été franchi en matière de prise en charge. Toutefois les associations auront toujours une place importante.

Plus les réseaux de partenaires et les projets collectifs seront développés, moins l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées sera pénible à surmonter. C'est pour cela qu'il est important de continuer dans cette voie. D'autre part sans partenariat certains projets n'auraient jamais pu aboutir comme pour la mise en place du C.E.R.E.H.M. réunissant associations, partenaires publics et des partenaires privés.

C. Du point de vue de la personne en situation de handicap...

Bien que le système de prise en charge des personnes handicapées soit en pleine réorganisation depuis 2005, le parcours de ces personnes reste encore pénible à supporter. La meilleure façon de le constater est de comprendre le fonctionnement du dispositif en se mettre à la place d'une de ces personnes. Chaque expérience est unique mais certaines étapes restent des passages obligatoires.

1. La prise en charge médico-psychologique

Dans le but de bien comprendre le fonctionnement, les récits d'une victime de la circulation sont très explicites :

« J'ai subi ce qu'on appelle le coup du lapin avec fracture des cervicales et traumatisme crânien", explique-t-il. Transporté à l'hôpital de la Salpêtrière, à Paris, il est resté trois semaines dans un coma profond avant d'être transféré au CHU de Dreux où il a mis deux mois à se réveiller complètement. S'enclenche alors un interminable parcours hospitalier. Pascal est d'abord envoyé à Garches, à l'hôpital Raymond-Poincaré, pour commencer sa récupération. Son séjour va durer un an... « Les premiers mois, j'ai souffert le martyr : mon corps était entièrement bloqué et la rééducation très douloureuse. Mais au début, côté moral, cela n'allait pas trop mal. Je ne me suis pas inquiété tout de suite car je progressais. Je pensais que ça continuerait. Jusqu'au jour où j'ai fini par avoir des doutes. J'ai demandé des explications aux médecins : c'est là, plusieurs mois après l'accident, que j'ai vraiment pris conscience de mon état. » Le verdict est tombé : tétraplégie. Pascal a réalisé que non seulement ses jambes ne remarcheraient plus jamais, mais que ses bras, eux aussi, étaient touchés et

resteraient inertes. Seules les mains, peut-être... Après l'année à Garches, Pascal a poursuivi sa rééducation dans un hôpital proche du domicile de ses parents, en Normandie. Mais au bout de six mois, l'établissement lui a fait savoir qu'il ne pouvait plus le garder. « Il n'y avait aucune place dans un foyer pour handicapés lourds avant plusieurs années. » Dans son cas, le retour à domicile était suggéré et il a pu être pris en charge par ses parents non sans mal. [Publié sur le site de la sécurité routière, 2003]

Ce parcours n'est pas un cas insolé mais plutôt une réalité qui s'atténue avec le temps. Seulement, un handicap qui survient au cours d'un accident de la route est certes un problème médical (stabilisation,...) mais c'est également un choc, un traumatisme psychologique. L'acceptation du handicap peut être longue mais ne doit surtout pas venir entraver le bon rétablissement de la personne. Un suivi psychologique est donc indispensable et vient en complémentarité des soins. Pour cela, la personne va être suivie tout au long de cette phase médicale mais pouvant aussi bien se poursuivre après. Mais le suivi psychologique ne s'arrête pas là puisque la famille de la victime peut également en bénéficier.

Avec l'avancée technologique et médicale, la prise en charge actuelle offre des chances supplémentaires aux victimes des accidents de la circulation et leur permet également un meilleur rétablissement. Trois phases peuvent se distinguer dans la prise en charge médicale :

La phase de stabilisation :

Une enquête a été menée en avril 2002 auprès des SAMU/SMUR. Il s'écoule en moyenne 12 à 13 min avant l'arrivée d'une équipe SMUR auprès des blessés. La moitié des patients est évacuée en moins de 40 min et le délai d'arrivée dans une structure de soins est de 22 min. Tout ceci résulte évidemment d'une logistique importante. Aujourd'hui, la rapidité des secours et les formidables progrès des techniques mobiles de réanimation permettent de maintenir en vie un grand nombre de blessés. L'entrée du patient de l'hôpital généraliste n'est que de brève durée avant de l'orienter vers des centres de récupération.

Bien que l'étude ne traite aucunement de cette toute première étape de la prise en charge, son efficacité et son importance n'est pas à négliger. Dans des cas de traumatismes graves, la qualité de la prise en charge médicale primaire est essentielle.

Elle ne supprime pas les effets dévastateurs des lésions subies, mais elle peut en limiter l'extension et permettre une meilleure récupération. Lorsqu'on a échoué à éviter l'accident, il faut au moins faire en sorte que les personnes accidentées aient le moins de séquelles possible.

Les soins de suite :

Une fois la stabilisation de l'état du patient, les centres hospitaliers chargés des soins secondaires dits de récupération interviennent à ce moment. L'hôpital de Garches est un très bon exemple, car il est l'un des principaux à accueillir les grands blessés de la route dans la première phase de rééducation et tout en poursuivant les soins. C'est au cours de cette étape que le diagnostic se précisera sur l'effet permanent des séquelles que conservera la personne.

Au terme du séjour hospitalier, deux possibilités s'offrent au patient :

- le retour à domicile est très peu courant et dans de nombreux cas il est inconcevable. Le retour à domicile nécessite de nombreux paramètres à prendre en considération, tel que l'aménagement du domicile, la possibilité de disposer des aides techniques indispensables en fonction du handicap,...
- l'orientation vers un établissement spécialisé.

Les établissements spécialisés :

De nombreux types d'établissements existent pour s'adapter aux différents handicaps. Leur accès est bien évidemment soumis à un certain nombre de conditions, car les places sont comptées et longues sont les listes d'attentes avant d'obtenir une place. Ces établissements ne se trouvant pas forcément dans la même zone géographique, cela implique certaines contraintes du fait de l'éloignement de la famille du patient.

Ces établissements sont la dernière étape avant la réinsertion, et ils se doivent donc de les accompagner pour y parvenir.

La prise en charge médicale est une phase déterminante pour le devenir de la personne. Le bon rétablissement de la personne dépend de la qualité de sa prise en charge. C'est en ayant cela en tête qu'aujourd'hui on cherche à rendre moins pénible et plus efficace son organisation.

2. L'indemnisation par les assurances

En plus du traumatisme de l'accident, et de l'acceptation de son handicap, les procédures administratives longues et laborieuses doivent en plus être assumées par la personne. La constitution du dossier n'est pas à traiter à la légère si on veut pouvoir espérer être indemnisé au mieux. C'est en s'appuyant de ce dossier que sera déterminé définitivement le montant du préjudice.

Voici comment se passent les relations entre assureur et assuré durant la constitution du dossier jusqu'à sa clôture :

- A la suite de l'accident, l'assureur sera mis au courant du sinistre dans la plupart des cas par la police
- Dans un second temps l'assureur va demander de réunir un certain nombre de justificatifs (certificats, éléments médicaux,...). Le provisionnement du dossier permettra de faire une évaluation préalable des besoins basés sur les moyens de la personne et ses dépenses occasionnées.
- Après l'accident, la victime sera convoquée à une expertise réalisée par un médecin expert désigné par l'assurance adverse ou par votre propre assurance. Cette première expertise a pour but de donner à l'assureur une première évaluation de vos préjudices et leur évaluation financière. Après chaque expertise, le médecin de l'assurance va rédiger une note technique confidentielle destinée à la compagnie d'assurance qui l'a mandaté. Cette note technique est une sorte d'évaluation de vos préjudices futurs c'est à dire que pour chaque chef de préjudice (Incapacité Totale de Travail I.T.T., Invalidité permanente partielle I.P.P., Souffrances Endurées, Préjudice Esthétique) le médecin indique le chiffre le plus bas et le chiffre le plus haut qui pourra être retenu au moment de votre consolidation. A la suite de cette étape, une avance (capital, prestations) peut être octroyée mais n'est pas systématique.
- Dans le cas d'un désaccord entre les parties sur la première évaluation du montant de l'indemnisation, soit la personne peut choisir de suivre la voix amiable et demander une expertise supplémentaire, soit elle peut avoir recours

à la voix juridique. Mais évidemment cette procédure viendra alourdir la période d'instruction du dossier.

- Une évaluation finale des besoins au terme de la période de consolidation médico-légale aura lieu, c'est-à-dire quand on estime que vous ne bénéficiez plus de soins susceptibles d'améliorer votre état et que vos séquelles ne doivent plus évoluer à court terme. C'est à la suite de cela que le montant de l'indemnité sera définitivement fixé. La période de consolidation pour une victime est en moyenne de 2 ans, ce qui se répercute sur les indemnités qui sont donc perçues tardivement.
- A nouveau, s'il y a un désaccord sur la détermination du montant de l'indemnité le recours en justice est possible. Dans le cas contraire, l'indemnité sera versée ce qui entraînera la clôture du dossier. Bien que les besoins puissent évoluer, la réouverture du dossier est très rare.

Mais qui a droit à une indemnisation ?

Dans la pratique, le piéton, le cycliste ou le passager transporté sont toujours indemnisés. Par contre si vous avez commis une faute volontaire grave et que cette faute est à l'origine exclusif du dommage votre droit à indemnisation peut être contesté.

Pour les conducteurs, le droit à indemnisation peut être exclu ou limité si une faute de conduite a été mise en évidence et si cette faute est à l'origine de l'accident où en a aggravé les conséquences (par exemple absence du port de la ceinture de sécurité ou absence de port du casque pour les motards).

Le conducteur sera indemnisé en toutes circonstances s'il bénéficie d'une « assurance garantie conducteur » mais bien sûr le montant n'est pas toujours à la hauteur des besoins dépendant bien sûr de l'implication de la personne dans l'accident. Dans ce cas, l'assuré pourra aller en justice pour contester le montant si la voie amiable est sans issue.

Et qui indemnise ?

La victime d'un accident de la circulation est indemnisée par l'assureur du véhicule dont le conducteur fautif est à l'origine de l'accident ou par l'assureur du véhicule dans lequel elle se trouve comme passager.

Dans le cas d'absence d'assurance du conducteur fautif, c'est le Fonds de Garantie des Accidents Automobiles qui vous indemnisera de la même façon qu'un assureur classique.

Si vous êtes conducteur et avez un accident seul par défaut de maîtrise du véhicule par exemple, vous ne serez indemnisé que si vous possédez une assurance garantie conducteur.

L'absence de poursuite pénale à l'encontre de l'auteur de l'accident n'a pas de répercussion sur votre droit à indemnisation.

Quand s'effectue l'indemnisation ?

L'indemnisation de vos préjudices ne pourra intervenir qu'au moment de la consolidation de vos blessures, c'est-à-dire plusieurs mois ou années après l'accident.

Dans l'attente de cette consolidation, l'assureur est obligé de vous verser des provisions à valoir tant sur vos différents frais engagés en relation avec l'accident, vos pertes de salaires ou de revenus mais aussi sur le préjudice corporel prévisible.

Il est important de constituer un dossier en gardant tous les justificatifs des frais engagés (factures de téléphone, de déplacements pour vous-même et les membres de votre famille, coût d'une tierce personne, frais médicaux non remboursés, achats de vêtement pour la rééducation ...). Il va de soi que les procédures d'indemnisation sont longues et stressante pour la personne. Dans certains cas, si vous êtes hospitalisé, le médecin expert de l'assurance peut venir examiner votre dossier médical sans même vous en tenir informé.

Il convient donc d'être très vigilant et d'avertir le plus tôt possible l'assurance adverse que vous avez choisi un médecin indépendant pour vous assister dans la préparation de dossier et pour les expertises. Mais faut-il encore avoir connaissance de l'ensemble de ses droits face à l'assureur.

3. L'accès aux aides

Au lendemain de l'accident, l'incapacité à se déplacer et l'isolement mettent en difficulté les victimes de la route. Elles se trouvent alors démunies face aux indispensables démarches qu'elles doivent accomplir, notamment en vue d'obtenir la prise en charge et l'indemnisation de leur préjudice.

Tout au long de la période hospitalisation du patient plusieurs intervenants entrent en jeu : les deux premiers à prendre contact avec le patient après l'annonce du handicap sont le psychologue et le médecin. Le psychologue intervient pour soutenir le patient et pour l'aider à accepter sa nouvelle situation, son handicap. Tant que le patient n'est pas prêt à être aidé aucune démarche de prise en charge ne peut être entamée. Pour sa part, le médecin va être chargé de remplir le certificat médical identifiant le patient et permettant de donner une description ainsi que les conséquences de ses déficiences. Ce document est indispensable pour ouvrir un dossier MDPH (en annexe) qui sera sous la responsabilité de l'assistante sociale et permettra de procéder à la demande d'aides.

Ce dossier MDPH, très lourd administrativement, est la première démarche pour entamer la prise en charge financière et sociale. La loi prévoit une durée d'instruction des dossiers de 4 mois, et l'absence de réponse se traduit par le refus du dossier. Actuellement la durée moyenne d'instruction est de 6 mois, donc uniquement pour obtenir une réponse, mais cette durée n'est pas la même d'un département à l'autre.

Dans le département du 93, l'assistante sociale que j'ai eu l'occasion de rencontrer annonce une durée de 1 an et demi, et si le dossier est appuyé par un rapport de priorité rédigé par l'assistante sociale, ce délai est ramené à 6 mois. Ceci s'explique par un mauvais fonctionnement de la prise en charge des personnes handicapées lié à de nombreux problèmes propres au département allongeant les durées d'instruction (pouvant aller jusqu'à 1 an et demi) et la perception des aides mais pouvant se retrouver ailleurs :

- le nombre de patients sans papier d'identité, sans permis, il y a donc besoin de rechercher leur identité,

-
- un effectif MDPH insuffisant,
 - un manque de moyens financiers,
 - une insuffisance de places en établissements spécialisés (attente de 3 ans pour obtenir une place).

Le dossier MDPH de compensation du handicap permet de procéder à la demande de différentes aides comme :

- la demande de reclassement professionnel, ou dans le cas d'incapacité ou de manque d'autonomie la demande de prise en charge dans un établissement spécialisé
- la demande de prestations de compensation du handicap pour obtenir des aides en personnels, animalières, techniques, ou encore pour l'aménagement
- si la personne est reconnue avec un taux minimum d'invalidité de 80%, elle pourra faire la demande de cartes prioritaires mais également pour l'allocation adulte handicapé.

En plus des différents demandes d'aides à inclure doit figurer certaines pièces obligatoires relatifs aux renseignements administratifs sur la personne et ceux concernant sa situation actuelle comme :

- le formulaire d'identification
- photocopie de carte d'identité
- le certificat médical du médecin traitant, attestations...

Un élément obligatoire également, et des plus déconcertant est le formulaire « Mon projet de vie » qui s'apparente à une forme détournée de la lettre de motivation. Quel en est son intérêt ? Est ce pour limiter le nombre d'acceptations de dossiers ?

Comment peut on avoir la prétention de demander un acte tel à des personnes qui du jour au lendemain voit leur vie totalement bouleversée ?

On arrive bien à comprendre que l'ampleur du dossier contribue largement au sentiment de lenteur administrative. A côté de cette démarche en direction de la MDPH, d'autres peuvent aussi venir se rajouter ce qui ne fait qu'augmenter la surcharge de documents à fournir (qui sont en plus généralement les mêmes) et multiplier le nombre d'intervenants. Pour une demande de pension d'invalidité ou également pour une demande d'indemnisation de la part de l'assureur, en plus du nombre impressionnant de pièces à fournir, chacun enverra leur médecin conseil (sécurité sociale, assurance).

Un bon encadrement de la personne est indispensable pour l'aider à traverser cette lourde période administrative incontournable pour espérer se réinsérer dans la société et tout simplement pouvoir vivre décemment.

4. La réinsertion de la personne

Une difficulté supplémentaire pour la personne en situation de handicap est bien évidemment sa réinsertion dans la société. Avec la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la France affiche sa réelle volonté de les inclure dans la société pour leur assurer une vie décente. La loi pose le principe de l'accessibilité de l'environnement comme une condition indispensable pour garantir l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tout citoyen.

Au terme de la période de consolidation médico-légale, comment se réinsérer dans la société ?

Au travers de diverses structures et de la mobilisation croissante des entreprises, les personnes handicapées réintègrent de plus en plus facilement la société en tant que personne active. Encore aujourd'hui 30% de ceux en état de travailler sont au chômage (fin décembre 2006, 236 300 demandeurs d'emploi handicapés étaient inscrits à l'ANPE). Tout reste à faire encore afin de les aider à compenser leur handicap ainsi que les conséquences qu'il entraîne.

Depuis longtemps les associations tentent d'y apporter leur contribution. Grâce aux partenariats qu'entretiennent les associations, ces dernières proposent en plus de leur rôle d'information, certains services pour les aider à se réinsérer socialement et professionnellement. Mais l'ampleur des besoins dépasse encore l'offre de service.

La M.D.P.H., est également un lieu vers lequel il est important de se tourner. Elle offre un soutien et permet la mise en relation avec des organismes adaptés aux besoins de la personne.

En matière de réinsertion sociale le retour à une certaine autonomie est essentiel mais cela ne va pas sans une mise en accessibilité pour les personnes handicapées (transports, bâtiments, loisirs et culture). La mise en conformité prévue dans la loi handicap crée l'obligation d'accessibilité à tous avant 2015. D'autre part, il ne faut pas négliger l'enjeu des aides techniques participant également au développement social de la personne.

L'insertion professionnelle en tant que travailleur handicapé fait aussi partie des objectifs de la loi.

« Est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale, ou psychique. »
[Art L.323-10 du Code du Travail]

La reconnaissance de ce statut octroyée ou non par la Commission des droits et de l'autonomie (La détention d'une carte d'invalidité ou le bénéfice de l'AAH permettent également d'avoir le statut de travailleur handicapé.) est nécessaire et permet, notamment, de bénéficier :

- d'une orientation vers les partenaires de la M.D.P.H. du milieu ordinaire de travail (A.F.P.A., A.N.P.E., Caps Emploi, Missions locales), vers des centres de rééducation professionnelle ou vers le milieu protégé (établissements et services d'aide par le travail : E.S.A.T.) ou encore vers une formation (stage ordinaire ou spécialisé, contrat d'apprentissage...).

-
- de l'obligation d'emploi définie par la loi du 10 juillet 1987 et modifiée en dernier lieu par la loi du 11 février 2005 : la loi du 10 juillet 1987 oblige tout employeur du secteur privé et tout établissement public à caractère industriel et commercial occupant 20 salariés ou plus, à employer, dans une proportion de 6 % de son effectif salarié, des travailleurs handicapés. Dans le cas d'un non respect des obligations légales l'établissement public ou privé sera sanctionné financièrement.
 - de l'accès à la fonction publique par concours, aménagé ou non, ou par recrutement contractuel spécifique
 - des aides pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

La prise en considération des personnes handicapées et l'inclusion dans la société se généralise actuellement grâce aux volontés des politiques ainsi qu'au développement de réseaux de partenaires. A côté des nombreuses associations et des M.D.P.H., l'aide peut également être trouvée auprès de l'ANPE qui dispose de conseillers à l'emploi spécialisés pour les travailleurs handicapés.

Depuis la loi handicap, les différentes instances publiques se mobilisent. Le Département et la Région participent activement à l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

La Région dans le cadre du Contrat de Plan, l'Etat et la Région sont engagés avec les organismes gestionnaires des fonds destinés à insertion professionnelle des personnes handicapées dans la mise en place de Centres Régionaux de Ressources.

L'ensemble des programmes de formation de la Région est ouvert aux personnes handicapées dans les conditions de fonctionnement et de financement propres aux divers dispositifs régionaux. La Région agit donc avec en collaboration avec tous les organismes d'aide (associations et établissements spécialisés dans la réinsertion professionnelle, MDPH, ANPE,...).

Les organismes de formation ont la charge d'apporter une vigilance toute particulière à:

-
- accueil et l'information des travailleurs handicapés dès l'entrée en stage,
 - l'accompagnement adapté en formation en tant que besoin,
 - l'alternance en entreprise pour tenir compte des réalités du handicap,
 - l'anticipation sur la sortie de formation avec les relais départementaux chargés de l'insertion et du placement (réseau CAP EMPLOI, ANPE, ...).

La Région mène également des actions complémentaires aux dispositifs de l'Etat. La Région intervient dans plusieurs projets destinés à favoriser l'insertion sociale et professionnelle de personnes handicapées, et ce en complémentarité des dispositifs de l'Etat ou en vue de dégager le cofinancement d'actions. Ces actions spécifiques restent toutefois limitées, compte tenu des compétences régionales et de la priorité apportée à l'intégration des personnes handicapées.

Conscients des difficultés que peuvent rencontrer les personnes handicapées, public et privé prennent une part de plus en plus active à leur épanouissement social et professionnel, mais surtout à leur intégration dans la société. Actuellement les mentalités commencent à évoluer mais il faut continuer à encourager cette prise en considération dans le but de faire tomber les dernières barrières les écartant de la société.

Toutefois, il reste du chemin à parcourir. Par exemple, dans l'administration d'Etat, le nombre de personnes handicapées était d'environ 4,8% en 2006 selon la D.G.A.F.P. (direction générale de l'Administration et de la fonction publique), ce qui est toujours inférieur aux 6% préconisés dans la loi.

II. Quel regard porter sur la chaîne des intervenants pour atténuer les dysfonctionnements responsables du niveau d'efficacité actuel ?

Après avoir fait un constat du fonctionnement actuel du dispositif, certains problèmes sont perceptibles. Deux ans après la publication de la loi handicap le bilan est contrasté : la loi a enclenché une dynamique inédite et des efforts considérables ont été déployés, notamment au niveau local, pour en rendre applicables les grands principes et installer les maisons du handicap.

Mais les mentalités changent lentement et le législateur doit rester vigilant pour ne pas décevoir les attentes suscitées. Ainsi, La cour administrative d'appel de Paris a confirmé, mercredi 11 juillet 2007, la condamnation de l'Etat pour non respect de l'obligation éducative d'un enfant handicapé en milieu ordinaire, confirmant donc un jugement du 2 mars 2006.

Afin de porter à la connaissance de l'ensemble des intervenants et de contribuer à l'amélioration du système de prise en charge des personnes en situation de handicap, mon analyse s'effectue en trois étapes :

- description du système global : chaîne des intervenants et prise en charge
- examen des dysfonctionnements internes à chaque maillon de la chaîne
- étude des problèmes transversaux

Ces problèmes d'origines diverses contribuent ensemble à la perte d'efficacité du système ainsi qu'à sa lente mise en application. C'est pour cela que l'approche des dysfonctionnements se doit être multidirectionnelle.

Bien évidemment mon analyse s'est construite autour des informations ressortant des différents entretiens mais également étayée par des documentations très diversifiées.

A. Apporter une vue d'ensemble sur l'organisation du système de prise en charge

Une connaissance approfondie des rapports pouvant exister est un enjeu majeur pour le développement de notre société. Toutefois en dépit d'une littérature abondante sur le sujet du handicap et de sa prise en charge, les rapports restent trop spécialisés. Cela tient évidemment à la structuration de la recherche et à l'organisation des secteurs professionnels correspondants.

Il existe néanmoins des recherches portant sur les altérations corporelles, leurs conséquences et leurs effets, ainsi que sur leur prise en charge. Mais celles-ci sont le plus souvent conduites par des chercheurs dispersés dans des laboratoires relevant d'organismes de recherche différents, de disciplines différentes, utilisant des terminologies différentes. Ainsi il n'est pas rare de constater que des chercheurs travaillant sur des problèmes connexes ne communiquent pas entre eux voire même ne se connaissent pas.

De même, au cours des entretiens que j'ai eu l'occasion de réaliser lors de l'élaboration de cette étude, un constat similaire a pu être fait en matière de dysfonctionnement de communication. Il apparaît que les intervenants interviewés (assureurs, médecins, associations,...) ont une très bonne connaissance qui se borne souvent à leur secteur d'activité. Alors que l'on parle de chaîne, on s'aperçoit qu'il y a toujours un certain cloisonnement des acteurs au sein du système de prise en charge.

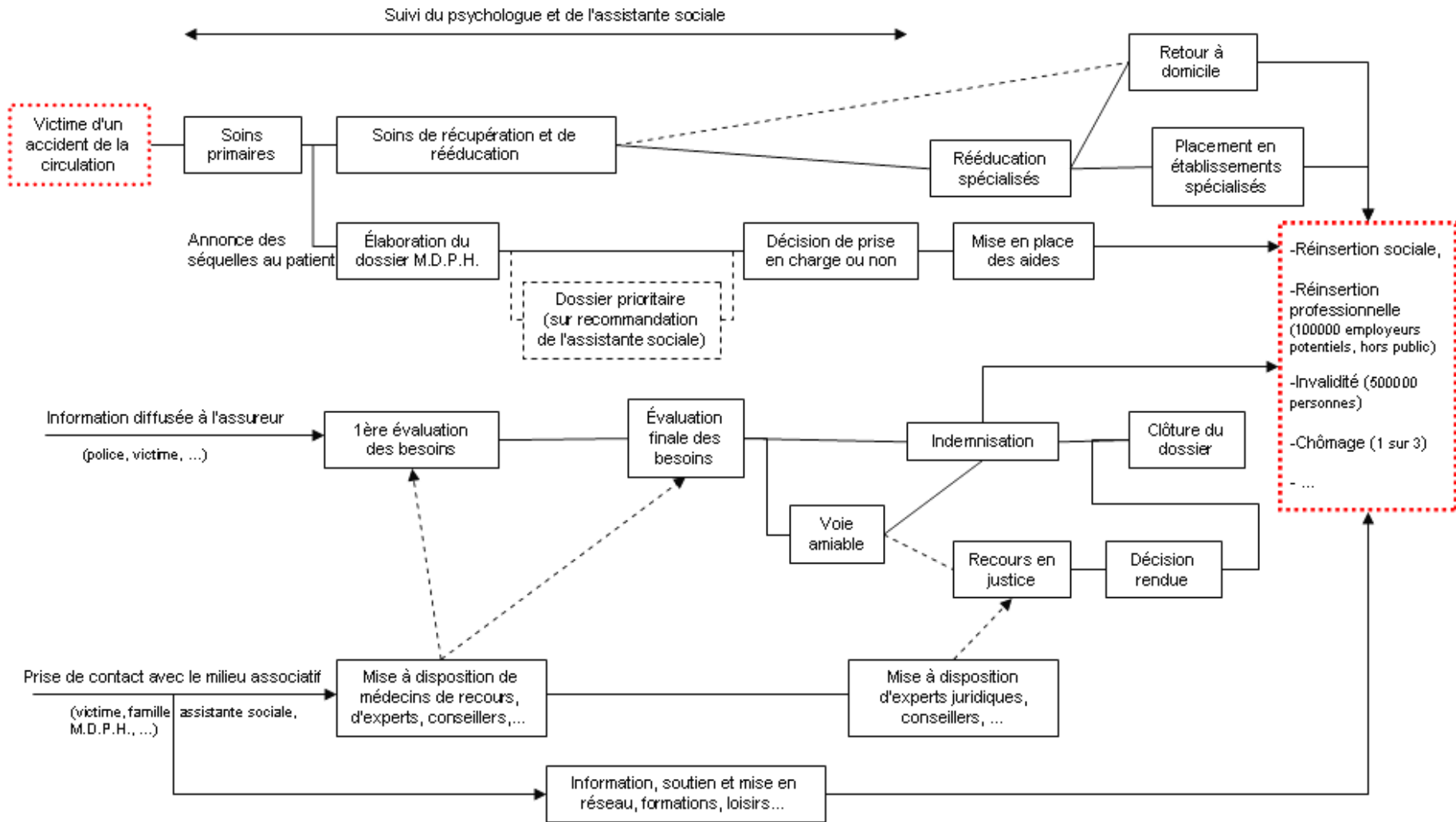
Chacun agit de manière indépendante sans se soucier de l'importance de chaque intervenant a pour que le dispositif réponde au mieux aux attentes des personnes concernées. A mon sens il est important de porter également un regard plus global afin de prendre conscience de certains dysfonctionnements liés à la vision sectorielle des acteurs.

C'est avec ce prisme que j'ai construit cette étude. La connaissance du fonctionnement ainsi que des dysfonctionnements des autres maillons de la chaîne des intervenants peut être porteur de projets communs ou bien d'améliorations internes au secteur.

Faciliter le dialogue entre intervenants n'est pas à négliger si on veut permettre au dispositif d'être le plus performant possible.

Par le schéma suivant, j'ai tenté de faire une synthèse de la structuration de notre système de prise en charge en fonction des intervenants. Il apparaît très nettement que la masse d'intervenants est importante. On constate également que plusieurs intervenants travaillent en parallèle, mais ne peuvent pas être dissociés de la chaîne, car tous doivent travailler dans un même but : prendre en charge la personne dans les meilleures conditions qui soient et lui permettre de supporter son handicap.

Schéma global de la chaîne des intervenants :



B. Analyse des dysfonctionnements par type d'intervenants

1. Le milieu médical : un secteur à réorganiser

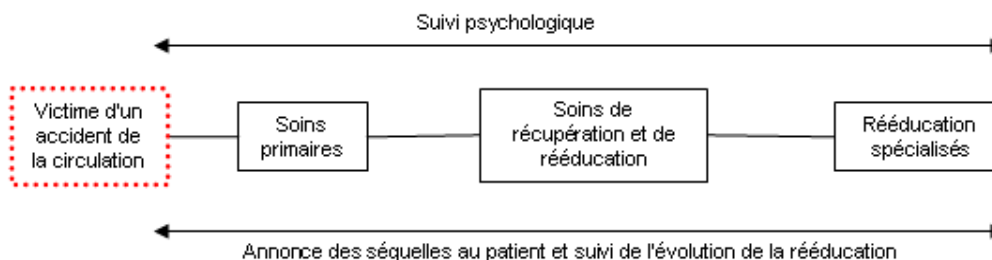


Figure 2: schéma de prise en charge médico-psychologique

Après l'état des lieux du fonctionnement du système de prise en charge fait dans la première partie de mon étude, intéressons nous de plus près à l'organisation des soins ainsi qu'aux conséquences pour le patient.

A la suite de lecture de témoignages et d'interviews de personnes devenues handicapées à la suite d'un accident de la circulation, mais aussi de médecins, plusieurs éléments reviennent constamment :

- Il y a un désintérêt des jeunes médecins pour des spécialisations en matière de handicaps qui préfèrent s'orienter vers des domaines plus « nobles » comme la cardiologie, a pu me confirmer un des médecins rencontrés, le Professeur RAPHAËL, de l'hôpital Raymond Poincaré. Ce désintérêt se répercute évidemment sur le nombre insuffisant de personnes soignant.
- Une fragmentation des soins : les patients sont contraints de passer d'un établissement à un autre pour réaliser l'ensemble de ses soins. Le parcours que va suivre le patient reste tout de même encore très hasardeux puisqu'il s'opère souvent en fonction des recommandations et des places disponibles. Lorsque l'on cherche à comprendre l'origine de cette séparation des soins, plusieurs constats peuvent être faits. La plupart des hôpitaux sont pluridisciplinaires et doivent donc intervenir pour des soins de différentes natures. Leur notoriété dépend évidemment du niveau de service qu'ils sont capables d'assurer grâce aux moyens disponibles. Seulement,

tous les soins reçus ne se font pas dans un seul établissement pour la victime. Les hôpitaux sont confrontés au manque cruel de places les encourageant à limiter les adhésions mais également la durée des séjours en centre hospitalier. Ce phénomène n'est pas nouveau mais il pose de réels désagréments pour les patients confrontés à cela. Et si les soins sont fragmentés, il en est de même pour le suivi du patient. Mais ce qu'il ne faut pas oublier également, c'est que ces transferts d'établissement en établissement peuvent contribuer à l'éloignement géographique de la famille et donc à un surcoût pour s'y rendre.

En outre, ce climat défavorable pour le patient doit être amélioré si l'on veut leur permettre de se rétablir dans les meilleures conditions, comme me l'a rapporté entre autre la société SERENA (prestataire de service d'aide à la personne) lors de notre entretien.

- De plus, il y a un manque considérable de centres de rééducation spécialisé et de réadaptation. Pour les intégrer, le délai d'attente est long car peu de places sont disponibles face à une demande de plus en plus importante. Par exemple, pour des centres de rééducation fonctionnelle, l'attente est d'en moyenne 9 mois mais elle peut être retardée de plusieurs mois par le manque de places [données de l'association ALIS, 2006]. De plus, selon la FEGAPEI qui regroupe les gestionnaires de structures telles que établissements et services dans le secteur du handicap, il manquerait 117000 places pour la rentrée 2007 (chiffre comprenant les besoins des personnes adultes et enfants confondus). Le coût est estimé à 10 milliards d'euros. Actuellement, le nombre de places est évalué à 370000. Néanmoins, ces chiffrages restent assez généraux allant des besoins médicaux à l'accès à l'emploi mais aussi à la scolarisation.

Cette prise en charge médicale est très dure à supporter pour la personne devenue handicapée. Il serait peut être nécessaire d'envisager une réorganisation des structures médicales. Il y a un réel besoin de construire, en plus des hôpitaux généralistes dits de proximités, un réseau d'hôpitaux spécialisés moins pluridisciplinaires. Cette solution permettrait d'améliorer la continuité de la prise en charge médicale au sein d'un nombre réduit d'établissements et ne laisserait plus le choix se faire sur conseils mais plutôt pour les spécialisations de l'établissement.

Certains d'entre eux commencent déjà à s'orienter dans cette optique comme me l'a expliqué le professeur RAPHAËL, mais ce mouvement mériterait de se généraliser avec l'appui des politiques.

Et, pour toujours aller dans ce but de contribuer à une meilleure prise en charge des personnes handicapées pourquoi également ne pas s'aider des pratiques étrangères comme il a pu être fait lors de l'élaboration de la loi handicap.

2. Les assurances : une indemnisation inadaptée

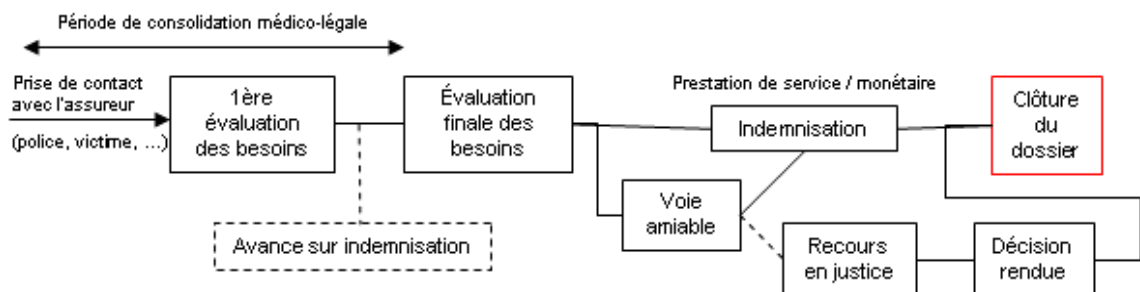


Figure 3 : schéma de la procédure d'indemnisation

- La procédure d'indemnisation, au même titre que les autres, est lourde à supporter et s'avère être source de stress supplémentaires pour la victime. Les assurances fonctionnent sur le principe qu'au terme de la période de consolidation médico-légale, donnant lieu à une évaluation finale des besoins, le montant total des indemnités sera déterminé une fois pour toute.

Je rappelle que la consolidation ne veut pas dire guérison. On estime que votre état est consolidé quand vous ne bénéficiez plus de soins susceptibles d'améliorer votre état (soins médicaux, kinésithérapie...) et que vos séquelles ne doivent plus évoluer à court terme. Si aucun recours en justice n'est souhaité par la victime, l'indemnisation sera versée ce qui entraînera la clôture du dossier. Ce qu'il faut savoir c'est qu'une fois le dossier clôt il est quasiment impossible de le rouvrir pour effectuer des réajustements comment me l'ont rapporté les différents représentants d'assurances que j'ai eu l'occasion de rencontrer.

D'où le conseil formulé par les différentes associations de protection des victimes qui est de bien préparer cette expertise afin d'être indemnisé au mieux. Cette dernière expertise est très importante, c'est pour cela qu'il est possible et vivement conseillé de

se faire assister dans cette lourde procédure administrative où rien ne doit être laissé au hasard. Le recours à des conseillers, à des médecins et autres experts est possible, ce qui permet aussi d'avoir un deuxième avis indépendant de l'assurance. Mais ce droit n'est pas assez mis en avant par les assureurs et donc mal connu des assurés.

Seulement les besoins peuvent encore évoluer après la fin de la période de consolidation comme dans le cas d'une aggravation tardive. Dans ce cas l'indemnisation octroyée par l'assureur ne s'avère plus adaptée. Comment la personne peut-elle donc faire face à sa nouvelle situation alors que l'indemnité ne tient pas compte d'une quelconque évolution du handicap ?

Si on veut poursuivre dans cet élan de prise en considération des personnes handicapées les politiques des assurances doivent également évoluer. A mon sens, les assureurs doivent avoir une réelle mission d'accompagnement de leurs assurés et ne plus se limiter à une indemnisation à minima. Trop rares sont les compagnies d'assurance qui favorisent l'offre de prestation de service. Et pourtant, l'emploi de l'indemnité versée à la victime peut poser problème comme il l'est évoqué dans le rapport 2005 de la F.F.S.A. (fédération française des sociétés d'assurances). Une somme d'argent est mise à la disposition de l'assuré pour parer à ses futures dépenses liées à la situation de handicap. Mais rien n'oblige les victimes à l'utiliser pour cet effet. Les assurances doivent développer leurs offres de prestation de service au détriment de l'indemnité monétaire. On peut retrouver ce concept à la MAIF qui est en partenariat avec la société SERENA et propose des services à la personne (aides matérielles, humaines...). L'indemnité se matérialise donc à la fois en prestation mais également sous forme de pécule. Une autre possibilité permettrait aussi de garantir l'emploi d'au moins une partie de l'indemnité en développant l'utilisation de chèques emploi pour financer les besoins de services adaptés. Ces éléments sont repris dans le schéma ci-dessous :

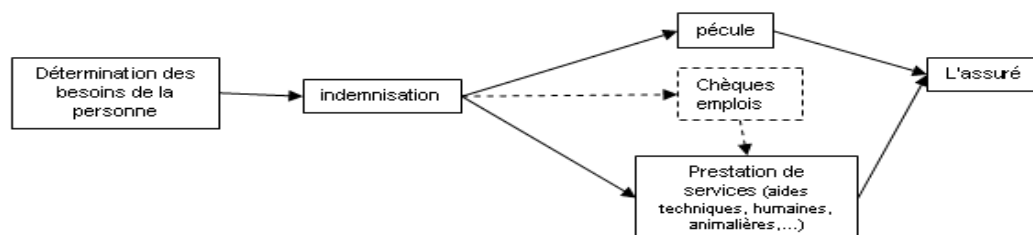


Figure 4 : schéma de matérialisation possible de l'indemnité

Il serait également utile d'attirer l'attention les procédures d'évaluation des besoins obsolète. Actuellement le rôle des assureurs dans le système de prise en charge s'arrête au moment du versement de l'indemnité et ceux malgré une évolution du handicap après l'évaluation finale des besoins. Le suivi des personnes devenues handicapées ne peut se cantonner à cela. Il pourrait être nécessaire de mettre en place des évaluations étalées dans le temps (au lieu d'une seule évaluation finale) ce qui permettrait donc de réajuster l'indemnité en fonction de l'évolution des besoins des victimes handicapées.

Pour en terminer avec l'analyse de la prise en charge des assurances une piste semblerait devoir être concrétisé. Il est courant dans notre vie professionnelle d'être confrontés aux évolutions de carrière mais également du salaire, dans le calcul des indemnités il serait bon de tenir compte de la possibilité d'évolution du salaire en fonction du potentiel de la personne, ce qui n'entre pas encore aujourd'hui en ligne de compte. Pourtant cette possibilité doit être considérée si on veut réellement entrer dans la logique d'intégration et de non-discrimination.

- Mais au niveau de la structuration du milieu professionnel d'autres points se doivent d'être éclaircis :

Dans un dossier de droit commun, plusieurs personnes sont susceptible d'intervenir : le médecin traitant / le spécialiste ; le médecin conseil (désigné par la compagnie d'assurance, la mutuelle...) ; l'expert judiciaire désigné par un tribunal (1^{ère} instance, du Travail...) ; le médecin de recours (chargé, par la victime, de défendre ses intérêts) ; le syndicat ; l'avocat... Entre les compagnies d'assurance, le corps médical et la Justice, la victime d'un dommage corporel est souvent démunie, sous-informée, confrontée à une multitude d'experts, suivis parfois de contre-experts. A quelle porte frapper ? Qui peut défendre pleinement ses droits surtout lorsque l'on est en train de subir des examens ? Comment s'assurer que le préjudice qu'elle a subi va être justement indemnisé ? Ce sont des questions qui méritent d'être posées mais qui sont difficiles à éclaircir avec les assureurs.

Tout commence dans le cabinet du médecin chargé d'évaluer son dommage. Sous le choc, la victime ne pense pas toujours à décrire tous les symptômes. Le médecin généraliste, lui, s'occupera essentiellement des aspects thérapeutiques. Or, en cette

matière, le moindre détail compte. Et un certificat de premier constat incomplet ou mal rédigé peut avoir des répercussions importantes par la suite.

« Face aux compagnies d'assurances disposant d'excellents experts médicaux, la victime est souvent seule. Or, l'enjeu est de taille : il s'agit pour elle d'obtenir une juste et équitable indemnisation. A ce manque d'information, s'ajoute la question du statut des experts (leur indépendance, leur formation...). Actuellement, il y a une réelle confusion des genres. Combien d'experts, faute de législation claire, travaillent à la fois au service de la Justice et à celui des assurances. La raison en est aussi financière : entre les honoraires de la Justice et ceux du secteur privé, certains ont rapidement fait leur choix. Se posent, dès lors, la question de l'indépendance et celle de d'éventuelles pressions exercées sur la victime : souvent, elle se retrouve seule, face à un médecin-conseil de la partie adverse qui ne va pas lui dérouler le tapis rouge et qui n'a qu'un objectif : défendre les intérêts de « sa » compagnie et veiller à ce qu'elle verse la plus petite indemnité possible. Les médecins-conseil ont un devoir de loyauté envers leur employeur, l'assurance. Ils ne défendent donc pas l'intérêt général et on peut raisonnablement douter de leur impartialité. Il y a donc un véritable risque de décisions arbitraires. »

Et c'est cela qui est le plus problématique. Ces éléments ressortant du journal Le Soir du 14/12/2004 ne cherche pas à remettre en cause les compétences des médecins, mais évoque plutôt le doute perçu par les personnes handicapées sur l'objectivité de l'évaluation des besoins.

D'où l'existence, des médecins " de recours " comme cela existe en France depuis... 1985 où l'assureur est tenu d'informer la victime qu'elle peut se faire assister par ce type de médecin - indépendant - chargé de défendre ses droits. Ce dernier est notamment spécialisé en médecine d'expertise et d'évaluation du dommage corporel. Il l'accompagnera tout au long de son parcours du combattant (médical, social...)

Néanmoins certains autres pays arrivant au même constat se sont penchées sur le problème, comme en Belgique [journal Le Soir 14/12/2004 « l'expert pas toujours impartial » de Jean-Pierre BORLOO], où l'indépendance des médecins-conseil est également mise en doute. Nombreux sont les intervenants exigeant plus de rigueur au niveau de la désignation de ces experts et du suivi de leurs activités. Le Conseil

supérieur de la justice (CSJ) insiste pour créer des listes d'experts mais aussi pour que des critères qualitatifs soient définis (formation, expérience) en partie pour garantir l'accès à ces listes. Et le CSJ serait aussi pour des évaluations continues et centralisées des experts. Le CNEJ (Collège national des experts judiciaires de Belgique) va plus loin encore. Il propose la création d'un Institut des experts judiciaires qui veillerait à rapidement édicter des critères de base à respecter par tous les experts pour, ensuite, affiner les règles déontologiques propres à chaque domaine d'expertise. Ces idées avancées pourraient être retenues pour un projet de loi ce qui permettrait de lever le doute qui persiste encore.

Une autre possibilité serait de couper ce lien direct qui existe entre les experts affiliés et l'assureur en mettant en place un établissement indépendant (pourquoi pas sous la tutelle des pouvoirs publics) qui réaliserait les expertises non plus pour le compte de l'assureur mais pour celle de la victime. Il est important d'assimiler cette notion de centrer les démarches autour de la personne handicapée pour être également un acteur à part entière de sa prise en charge. Cette intermédiaire permettrait entre autre de garantir l'indépendance de l'expertise tout en contraignant l'assureur à s'y conformer pour l'indemnisation.

Ce problème appelle évidemment à d'autres questions d'affiliations avec les assureurs autre que médecins-conseil pour des dossiers d'indemnisation de personnes handicapées.

Certes il est important que les assureurs aient une mission d'accompagnement pour les personnes victimes d'accident de la circulation, mais alors comment garantir cette mission si on cherche à scinder les liens directs entre assureurs, experts, et assurés pour apaiser les suspicions. Cela reviendrait inévitablement à un rôle réducteur de simple financeurs pouvant avoir comme conséquence de dégrader le tissu social déjà très limité entre l'assureur et l'assuré. Une fois de plus, il serait bon de s'appuyer sur les expériences étrangères et de trouver ensemble des solutions adéquates.

3. Le milieu associatif : une place à conforter

- Un élément est souvent revenu au cours de mes entretiens réalisés dans le cadre de cette étude : le lobbying des associations. Alors, dysfonctionnement ou élément indispensable dans l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées ?

En France, c'est depuis la loi de 1901 que les personnes peuvent se regrouper en associations pour défendre des droits ainsi que des idées communes. Aujourd'hui de nombreuses associations défendent les droits des personnes handicapées et contribuent largement à l'avancée dans la matière à force de pressions exercées envers les pouvoirs publics.

En France le terme lobbying a une forte connotation péjorative mais pourtant n'exprime que l'idée de groupes de pression dont l'importance de la masse des adhérents est placée au cœur du lobbying des associations. Leur rôle est primordial autant pour les personnes en situation de handicap mais également pour les services publics. Les associations viennent s'imposer comme des intermédiaires sociaux dont l'information qui émane d'eux a une double direction : celle directement apportée aux personnes venues chercher conseil, et celle permettant de rendre publique les problèmes que chacune de ces personnes peuvent rencontrer.

Face au gouvernement décideur, les associations permettent une remontée de l'information indispensable. Il est certain que sans cette source d'information rien ne pourrait être fait. Mais deux visions s'opposent : certains peuvent penser que le gouvernement se repose trop sur le travail des associations et que rien n'est fait si le premier pas ne vient pas des personnes civiles, alors que d'autres trouvent la démarche tout à fait normale et indispensable pour répondre au mieux à leurs besoins. Nous comprendrons bien évidemment qui est à l'origine de ces deux visions opposées.

- Trop longtemps écartées des procédures décisionnaires, les associations commencent à être représentées au sein des différentes instances. L'intégration des personnes handicapées dans la société passe également par une meilleure représentativité des associations au sein des institutions publiques, faisant d'ailleurs partie de leurs principales revendications. C'est donc avec l'arrivée de la loi handicap et de ses décrets que leur rôle public s'est accru en permettant aux associations de

participer au processus d'aide sociale. Mais cette place pour laquelle se battent les différents représentants de personnes handicapées l'est-elle au même titre que les autres membres des commissions? Le législateur avait tout d'abord prévu que les associations de personnes handicapées soient représentées pour un quart au sein de la commission exécutive alors responsable de la politique menée par la M.D.P.H. Aujourd'hui, si le fait d'accorder plus de place aux associations de personnes handicapées au sein des commissions des droits constitue un progrès, il est nécessaire de mieux définir leur rôle.

Il est vrai que leur intégration au sein des procédures décisionnaires peut poser certains problèmes entre les membres puisque ces associations œuvrent exclusivement pour défendre les droits des personnes en situation de handicap. N'intervenant donc pas dans toute la phase d'instruction des demandes d'aide, il est normal que les associations soient tentées de vouloir la refaire en commission des droits qui rappelons le doit rendre des décisions sur la base des éléments réunis par les équipes pluridisciplinaires. De plus leur expérience en matière d'instruction n'est pas négligeable du fait de leur rôle associatif qui est d'aider à la préparation des dossiers des personnes demanderesse. C'est pour cela qu'il serait peut-être utile de faire bénéficier à ces mêmes représentants d'associations d'une place plus conséquente au sein des équipes chargées d'instruire les dossiers. Cette mesure permettrait sûrement d'éviter certaines rancœurs des associations puisque aujourd'hui elles sont limitées à une intervention partielle nourrissant leur sentiment d'être amputées d'une partie leur rôle.

4. Les structures M.D.P.H. encore fragiles

Le principal acquis de cette loi est la reconnaissance d'un droit à la compensation des conséquences du handicap par la solidarité nationale, qui se traduit très concrètement par la prise en charge des surcoûts de toute nature liés au handicap grâce à une nouvelle prestation : la prestation de compensation du handicap (PCH).

A droit nouveau, institutions nouvelles : la loi met en effet en place, pour la gestion de cette nouvelle prestation, une architecture inédite, reposant dans chaque département sur des maisons départementales des personnes handicapées, constituées sous la forme juridique de groupements d'intérêt public (G.I.P.) rassemblant l'ensemble des

acteurs concernés par la politique du handicap. Ainsi, le G.I.P. rassemble les principaux acteurs de la politique du handicap au niveau local (conseil général, l'Etat, assurance maladie et caisses d'allocations familiales) et peut également s'étendre à l'ensemble des autres personnes morales intervenant auprès des personnes handicapées (mutuelles ou encore les associations prestataires de services) sans oublier les associations membres de la commission exécutive.

Bien que la parution des décrets d'application ait été tardive, 99 maisons départementales des personnes handicapées étaient constituées juridiquement au 1^{er} janvier 2006, dans les délais prévus par la loi, et ce grâce à la mobilisation exceptionnelle des conseils généraux. Ces derniers ont permis de faciliter la mise en place des G.I.P., donnant ainsi aux M.D.P.H. une réelle autonomie de gestion. En revanche, le démarrage de leur activité a été plus laborieux, la consultation des différents membres des GIP n'ayant pas toujours permis de définir précisément leur fonctionnement compte tenu des délais très brefs prévus pour la signature des conventions constitutives.

Le constat qui peut être fait est que leur efficacité n'est pas la même d'un département à l'autre et dépend énormément de la volonté des acteurs locaux. Celle du Nord fonctionne très bien alors que celles de Seine-Saint-Denis ou bien de Gironde rencontrent des problèmes non pas spécifiques à elles deux, mais ce problème pouvant être communs à l'ensemble des maisons départementales des personnes handicapées, comme a pu l'évoquer M. Philippe Madrelle, directeur de la MDPH de Gironde [auteur de la question n° 1247 publiée dans le JO Sénat du 21/02/2007, adressée à M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille].

Alors de quelles natures sont les problèmes qui entravent la mise en place du dispositif ainsi que son bon fonctionnement?

- Des moyens humains à consolider : Les moyens humains des MDPH reposent aujourd'hui très largement sur l'implication des conseils généraux. 91 % des départements ont mis du personnel à disposition des maisons, les trois quarts des départements ayant même recruté du personnel. Bien que la loi accorde aux G.I.P. qu'ils soient directement recruteurs d'une partie de leur personnel, seulement 40 % des départements ont retenu cette solution,

principalement pour permettre l'intégration dans les maisons des équipes des anciens sites pour la vie autonome et des anciennes équipes techniques.

D'autre part, l'Etat a mis à leur disposition les personnels auparavant affectés aux Cotorep et autres organismes de prise en charge. Seulement, la loi prévoit de mettre les agents de l'État à disposition des G.I.P. et en l'absence de mention dans la loi d'une procédure particulière, l'Etat a appliqué le droit commun de la fonction publique, c'est-à-dire une mise à disposition sur la base du volontariat des agents. Alors qu'une majorité des agents concernés ont, dans un premier temps accepté, on constate désormais le mouvement inverse de personnels qui demandent leur réintégration dans leur administration d'origine, conscients de leurs difficultés à s'intégrer dans les nouvelles structures.

Ces désistements, dont se sont saisis les agents, notamment ceux de l'État, ont conduit à une diminution des effectifs et à une perte d'expertise dans les MDPH. Ainsi, en Gironde, 12 agents de l'État, sur 48, ont refusé leur mise à disposition et n'ont pu être remplacés sur des postes budgétaires de l'État. Pour faire face à cette situation, l'État a utilisée des crédits CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) destinés au fonctionnement de la maison départementale des personnes handicapées vers des créations d'emplois à durée déterminée conduisant donc à une situation de précarité du personnel concerné. Comme beaucoup d'autres maisons de ce type, la MDPH de la Gironde doit assurer ses missions en les confiant, pour partie, à des personnels non formés et en situation précaire, dans le cadre de dispositions budgétaires qui réduisent ses moyens de fonctionnement, alors même que des personnels expérimentés restent en surnombre dans les services de l'État.

Si un droit d'option définitif, proposé aux fonctionnaires de l'Etat qui rejoignent les M.D.P.H., ne serait pas le bienvenu, peut-être pourrait-il être assorti d'une compensation permettant d'éviter toutes réticences et de valoriser leur mise à disposition.

A cela s'accompagne également la difficulté de faire travailler en équipe des personnes d'origine et de formation différentes. L'Etat se doit donc de consolider sa gestion des ressources humaines des G.I.P. afin de développer

un véritable esprit d'équipe et donc de garantir un niveau de service adapté à la demande.

- Une qualité de service insuffisante : La variation des ressources humaines n'est pas l'unique raison de la perte d'efficacité de M.D.P.H. Beaucoup de maisons se contentent toujours d'assurer la continuité des missions des anciennes Cotorep et CDES. Elles ne peuvent donc pas remplir les attentes des personnes handicapées au niveau de l'amélioration de l'accueil et de l'information par rapport à ces anciennes institutions.

Dès leur installation, les M.D.P.H. ont dû faire face à un afflux très important de demandes d'information de la part d'un public handicapé qui espérait que la création d'un guichet unique leur permettrait enfin d'accéder rapidement à une information complète et fiable sur leurs droits. Mais le niveau de service actuel réside surtout dans l'approche des formations du personnel des M.D.P.H. Bien que le personnel n'ait qu'une formation administrative, il doit aussi prendre en charge l'accueil physique, l'écoute et l'orientation de publics en grande difficulté, ou incapables de s'exprimer. De même, la CNSA a mis en place des formations généralistes sur le contenu de la loi du 11 février 2005 qui constituent une base utile, mais elles ne sauraient être suffisantes. Néanmoins il serait intéressant de s'inspirer d'autres institutions qualifiées en matière d'accueil et d'information afin d'élever la qualité de service.

- Une information qui peine à circuler : Les difficultés de communication entre les systèmes informatiques initiaux nécessitent d'élaborer, un nouveau système facilitant la circulation de l'information entre les différents acteurs des maisons départementales. Actuellement, la M.D.P.H. utilise deux systèmes informatiques obsolètes, provenant des deux commissions précédentes (COTOREP et CDES): « Itac » et « Opales » coexistent puisqu'ils ne sont pas entièrement compatibles.

Ces problèmes semblent être aujourd'hui d'ordre transitoire, puisque le développement du nouveau système informatique est en cours. Sa mise en place nécessitera évidemment la cohabitation temporaire avec ceux déjà existant et voués à laisser leur place. Seulement il est certain que la complexité du système et l'ampleur de sa totale mise en place entraînent inévitablement un

délai important avant de basculer vers l'utilisation d'un unique système d'information mettant en relation l'ensemble des acteurs.

- Une instruction des dossiers trop lente : ce sentiment reste majoritaire parmi les personnes handicapées puisque les différentes associations mettent toutes en avant ce problème. Il apparaît donc clairement que les équipes pluridisciplinaires ont été mal préparées pour affronter la montée en charge des dossiers d'accès à la prestation de compensation du handicap (PCH). De même, les commissions des droits ont hérité d'un stock important de dossiers en retard issus des anciennes Cotorep et CDES, c'est-à-dire près de 600 000 dossiers encore en souffrance. Mais si certains départements ont pu résorber le retard, d'autres continuent à voir leur nombre de dossiers en attente d'une décision augmenter, ceci ne permettant pas de favoriser la rapidité des procédures. De surcroît, ce délai a plutôt tendance à augmenter du fait de la gestion de demandes autres que PCH.

De même, l'autre question majeure qui est liée aux équipes pluridisciplinaires est de savoir de quelle indépendance bénéficiera cette équipe par rapport à ses financeurs. Notons que le rapport du Paul BLANC [Rapport d'information n°359, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 3 juillet 2007] indique que « la neutralité parfaite des professionnels qui évaluent ou contribuent aux expertises est difficile à garantir ».

Pour faciliter l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des solutions de compensation disponibles, la loi du 11 février 2005 a voulu mettre à la disposition de celles-ci et de leurs familles des « guichets uniques », dans les maisons départementales, qui doivent constituer des lieux d'accueil, d'information, d'orientation et d'évaluation de leurs besoins.

Mais compte tenu des difficultés de mobilité d'une grande partie du public handicapé, il est important d'encourager le développement des points d'entrée de la maison départementale. Ce concept favorisant l'accès à l'information est déjà visible dans certains départements mais mériterait d'être banalisé.

Donc, pour répondre aux attentes des personnes handicapées, 98 % des départements ont fait le choix d'une véritable maison, c'est-à-dire d'une maison implantée dans un lieu physique identifiable donnant accès à l'ensemble des services, par opposition à une maison « dématérialisée ». Parallèlement, la majorité des départements envisage à terme, un maillage territorial de la MDPH mais pour ce faire, ils envisagent surtout de s'appuyer sur le maillage territorial du conseil général: en septembre 2006, 26 départements envisageaient de recourir au réseau des centres locaux d'information et de coordination (Clic) ou de s'appuyer sur les centres communaux et intercommunaux d'action sociale.

C'est donc pour remplir leurs missions présentes et à venir, que les M.D.P.H. ont besoin de locaux adaptés, de personnel qualifié en nombre plus important et d'un système d'information performant, comme l'exige d'ailleurs la CNSA. Or les financements prévus par la loi, c'est-à-dire, pour l'essentiel, les apports initiaux des membres fondateurs du GIP, auxquels s'ajoute la contribution de la CNSA, sont inférieurs aux besoins des MDPH et ne pouvant espérer fonctionner que grâce au ajustement réalisés par les différents membres du G.I.P. Déjà la C.N.S.A. affirme son soutien aux M.D.P.H. en envisageant d'accroître encore l'aide qu'elle verse pour leur fonctionnement, et pourrait tenir compte d'une part à l'activité de la maison, et d'autre part de leurs coûts fixes incompressibles. Mais des disparités selon les départements sont néanmoins apparentes en fonction de leurs moyens, de l'orientation politique des élus ou de la sensibilité de ceux-ci. Ce qui va bien évidemment à l'encontre du principe de solidarité nationale, affirmé avec force dans la loi du 11 février 2005.

De plus, un dysfonctionnement législatif doit impérativement être corrigé : actuellement, la loi fait porter sur les fonds départementaux de compensation l'obligation de garantir que la somme restant à la charge des personnes handicapées en matière de compensation ne sera jamais supérieure à 10 % de leurs ressources. Or, telle qu'elle est rédigée, cette garantie s'avère impossible à appliquer pour tous. C'est le reste à charge, alors calculé sur la base des tarifs et montants plafond de la PCH, qui pose problème et entraîne des disparités sur ce reste à prendre en charge. Il règne encore beaucoup de flou autour de ce sujet car certains décrets restent à prendre.

Mais les problèmes au niveau du système de prise en charge des personnes handicapées sont-ils uniquement transitoires ? Difficile de répondre à cette question

assez générale. Néanmoins un point concernant les MDPH a pu être éclairci. Le constat qui peut être fait est que leur efficacité n'est pas la même d'un département à l'autre et dépend énormément de la volonté des acteurs locaux. Mis à part les questions de financement qui sont réelles et pourtant nécessaires au bon fonctionnement des structures, il apparaît un vrai problème d'organisation interne pour certaines. Mais le problème n'est pas spécifique au MDPH et concerne toutes les administrations : un cloisonnement des services. Une fois de plus la communication et la circulation de l'information sont en cause.

5. Le secteur des aides techniques : une offre inadaptée aux besoins

Ce point mérite qu'on s'y intéresse avec attention puisque c'est grâce à ces aides techniques que les personnes handicapées peuvent réacquérir une certaine autonomie et mobilité. Reste que ce secteur est encore très marginal et non structuré. Ce marché est depuis longtemps resté stable à cause du faible nombre de sociétés françaises qui se le partagent. En outre, la concurrence était quasiment inexistante et que les aides techniques étant prises en charge financièrement les prix pratiqués sont très élevés.

Un des premiers dysfonctionnements est l'accès à l'information. Les informations concernant le marché des aides techniques est très difficile à obtenir et surtout pour une personne ayant une méconnaissance de ce marché. Les choix se font souvent sur conseils d'un médecin, d'un représentant de la marque, ou d'une association, mais les possibilités sont minces.

Mais la cohérence entre l'offre et la demande est également remise en question. Les produits proposés sont souvent mal adaptés aux différents types de handicap et donc aux besoins réels. C'est pour cela que lorsque c'est possible les personnes vont s'approvisionner chez certains de nos pays voisins comme en Belgique. Mais difficile de se déplacer jusqu'à l'étranger lorsque l'on souffre d'un handicap invalidant.

Mais dans de nombreux cas les personnes handicapées doivent pratiquer une adaptation « sauvage » de leurs matériels puisque les fabricants sont plutôt absents à ce niveau, comme a pu me l'expliquer l'un des représentants de l'A.P.F lors de notre entrevue. Cette situation est à déplorer car ces modifications du matériel sont souvent réalisées par de simples garagistes. Cette pratique n'est pas sans risque car les

modifications sauvages ne suivent aucune norme de sécurité et donc écartant toute indemnisation en cas d'accident. Il est important de prendre conscience de la grande nécessité pour les personnes handicapées de leur permettre de compenser leur handicap. Il est impératif que les aides techniques soient parfaitement adaptées à la personne puisqu'elle y aura recours constamment pour tout type de déplacement.

Alors que la France met tout en œuvre pour aller vers une meilleure prise en charge du handicap, il est temps d'agir dans ce domaine afin d'être cohérent avec les principes de la loi handicap. Selon une enquête HID de 1999 (Handicaps - Incapacités – Dépendance, réalisée par l'Insee) il y aurait 8 millions de personnes avec des problèmes de mobilité. Il est donc nécessaire de se rapprocher des services publics (snCF, ratp,...) pour trouver ensemble des solutions. Certaines structures déjà existantes (principalement associatives) agissaient dans ce sens mais ne sont pas assez nombreuses ni de tailles raisonnables pour permettre de répondre à l'ensemble des besoins liés au handicap. Ainsi la Fondation de Garches, à son échelle, vous permet d'être conseillé parmi leurs gammes de produits mais aussi de les essayer.

Depuis peu, les associations, les pouvoirs publics et autres partenaires tentent de réorganiser ensemble ce secteur. Le projet du C.E.R.E.M.H. va faciliter le dialogue entre fabricants et utilisateurs : le principe est de mettre en place une plate-forme d'information et d'essai mais aussi de formation à l'utilisation de ces aides techniques. Son inauguration a eu lieu le 18 juillet à Versailles, mais sa mise en place totale sera longue et s'échelonnera dans le temps.

L'accessibilité devrait être présente au sein de Mov'eo, pôle de compétitivité mondial de l'automobile et de la mobilité impliquant notamment le site de Satory (Yvelines), où sera hébergé le CEREMH. Regroupant l'AFM, l'Inrets, l'Inria, le CEA, les universités de Versailles et de Saint-Quentin, l'hôpital Raymond-Poincaré et cinq centres de rééducation fonctionnelle d'Ile-de-France, le C.E.R.E.M.H. a une double vocation de services et de recherche.

C'est le pôle MOV'EO qui a permis la mise en œuvre du C.E.R.E.M.H. avec l'appui de l'association française des myopathes (A.F.M.). Son intégration au sein de Mov'eo est riche de potentialités puisque le pôle accueille des acteurs tels que PSA, Renault, Valeo, Siemens, Veolia Transport, la RATP, Giat Industries, l'Inrets,...

Les 5 objectifs du CEREMH: - apporter un service aux personnes

- construire une expertise et la diffuser
- innover
- structurer et développer une filière économique
- construire un réseau (chercheurs, industriels, financeurs, utilisateurs...)

Sa structure repose sur deux niveaux d'organisation :

- national : centre d'expertise sur la thématique de la mobilité (information des réseaux, formation, innovation, observatoire, relations internationales)
- régional : services directs aux utilisateurs de la région (conseil, essai, auto école, adaptation personnalisée, clinique de positionnement, maintenance)

L'enjeu du CEREMH est de taille puisqu'il va permettre de concrétiser les attentes des associations mais cette mobilisation ne doit pas faiblir. Ce projet a mis beaucoup de temps à être orchestré mais donne les moyens de structurer un marché qui est inadapté pour les utilisateurs. La matérialisation prochaine du CEREMH sur le site de Satory marquera la première étape vers l'amélioration de la condition des personnes handicapées en matière de mobilité et donc indirectement d'intégration dans la société.

Seulement le projet ne doit pas s'arrêter là. Il faut continuer à encourager l'expansion de ce concept. Nous devons aller vers une banalisation des aides techniques grâce aux partenaires comme FeuVert, Renault,..., en développant ce concept à l'ensemble des régions pour faciliter l'accès à l'information, à l'offre en aide technique, etc.

L'accessibilité et la mobilisation des partenaires sont les éléments clés à prendre en considération si on veut pouvoir garantir la réussite des objectifs à atteindre. Un premier pas décisif a été franchi, mais il serait utile de suivre de près l'évolution de la mise en œuvre du CEREMH.

C. Analyse des dysfonctionnements transversaux

1. Le volet accessibilité de la loi long à mettre en application

Alors que le principe d'intégrer les personnes handicapées dans la société existe depuis plusieurs décennies dans certains de nos pays voisins principalement nordiques, c'est maintenant au tour de la France de se préoccuper de ces personnes trop longtemps mises en marge de notre société. Poussée par l'Europe et la volonté des associations, la France a enfin affiché en 2005 son ambition de porter une plus grande attention à la condition des personnes handicapées. Mais ces deux raisons ne sont pas les seules qui ont motivées l'élaboration de cette loi. De manière générale on assiste au fil des années à un vieillissement de la population donc aussi de ceux en situation de handicap, et ce grâce aux progrès techniques et médicaux principalement. En outre, la population touchée par un handicap ou avec une mobilité réduite est de plus en plus conséquente, ce qui impliquait bien sûr une révision du mode de prise en charge pour répondre à cette demande croissante. Dans cet esprit également, la loi du 11 février 2005 prévoit de faire converger, d'ici 2011, les dispositifs de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.

Cette loi qui marque une véritable avancée dans la prise en considération de la situation des personnes handicapées se devait donc d'être très complète et d'intervenir dans de nombreux domaines tels que l'accessibilité, l'emploi, l'aide sociale, ...

L'ampleur de la tâche, qu'elle soit dans la conception ou surtout dans la mise en place, se traduit évidemment par un lent déploiement du dispositif et avec des effets qui tardent à se faire ressentir. De plus, suivant les domaines concernés, les échéances de mise en application diffèrent. Certaines ont prises effet dès la parution des décrets d'application comme pour la scolarisation en milieu ordinaire ou la création de M.D.P.H., alors que d'autres demandent un délai de 10 ans comme pour la mise en accessibilité des bâtiments et des transports recevant du public. Si on s'en réfère au texte de loi, en 2015 toutes les mesures devront être pleinement appliquées dans le respect de la présente loi.

Actuellement cette loi a à peine 2 ans, et déjà deux visions s'opposent : les pouvoirs publics mettent en avant les difficultés de tout mettre en place du jour au lendemain

(physiquement et administrativement) et que ce délai s'avère nécessaire. Seulement qu'en est-il des personnes actuellement en situation de handicap ? Les associations s'accordent à dire que malgré l'avancée considérable sur le plan législatif, le temps d'attente entre la publication de la loi et les réels changements apparents semble long pour enfin permettre aux personnes handicapées de retrouver une part d'autonomie grâce à la mise en accessibilité des villes.

Sur ce dernier point, les pouvoirs publics vont devoir conserver une très grande vigilance, même si, pour l'heure, le bilan de la loi du 11 février 2005 est difficile à tirer, ces dispositions n'entrant en vigueur qu'en 2015. Néanmoins, le volet relatif à l'accessibilité reste de loin celui le moins applicable et celui pouvant révéler de fortes appréhensions de la part des représentants de personnes handicapées. Certains points méritent de s'y arrêter pour en comprendre ce sentiment partagé :

- Malgré un cadre défini par la loi, trop peu de décrets ont été pris pour permettre d'orienter avec précision les politiques en matière d'accessibilité comme l'explique Paul Blanc dans son rapport [*Rapport d'information n°359, commission des affaires sociales, 03/07/2007*]. Il est nécessaire de veiller à la publication des textes d'application ainsi qu'à leur contenu, afin de limiter les risques de contournement des textes légaux ou les interprétations visant à créer des dérogations à l'obligation d'accessibilité, contraire à l'esprit de la loi.
- D'autre part, au 1^{er} janvier 2011 les établissements recevant du public auront dû établir un diagnostic d'accessibilité de leurs locaux. Ce délai semble excessif pour réaliser un simple diagnostic de l'accessibilité des bâtiments existants, ne laissant donc que quatre ans pour engager les travaux nécessaires. Il semble être possible que la plupart des établissements puissent attendre le dernier moment pour dresser leur état des lieux. Mais cette pratique pourrait entraîner certains problèmes face à l'ampleur des aménagements devant être réalisés. Il faudra donc impérativement anticiper les échéances et planifier les travaux sur plusieurs années afin que les collectivités publiques ne se trouvent pas financièrement bloquées.

La loi prévoit la création de commissions communales d'accessibilité afin de réaliser ces diagnostics mais par manque d'information sur leur fonctionnement et de l'implication des préfets, toutes ne seraient pas encore créées. C'est pour cela que le

gouvernement ce doit d'agir auprès des Préfets afin d'accélérer leur mise en place sur l'ensemble du territoire mais également la remontée d'information encore trop peu existante.

Une autre difficulté pouvant retarder l'application de la loi est la mise en oeuvre de l'obligation d'accessibilité des transports urbains et interurbains. Il peut s'avérer que l'adaptation du matériel roulant dans certains cas soit très complexe et onéreuse. De plus, rien ne sert d'adapter le matériel si les arrêts sont trop coûteux à mettre en accessibilité. Alors après une étude comparative, pourquoi ne pas favoriser une offre de transport spécialisée correspondant aux besoins des personnes concernées ? En outre, cette solution permettrait aux personnes à mobilité réduite de disposer de ce service plus rapidement et avant 2015.

Pour en terminer, il reste beaucoup à faire au niveau de l'application du volet accessibilité de la loi. C'est une fois de plus l'implication des acteurs locaux et la volonté du Gouvernement qui détermineront bien évidemment le bon déroulement ainsi que la dynamique de la mise en oeuvre d'une accessibilité pour tous. Il est important de minimiser le temps de mise en conformité afin de permettre aux personnes actuellement handicapées de se déplacer librement et sans obstacle dans les plus brefs délais.

2. De lourdes démarches pour justifier son préjudice

Au lendemain de l'accident, les victimes doivent faire face aux nombreuses dépenses qui y sont liées ainsi qu'à la perte de revenus, tout ceci en plus du traumatisme causé. Elles se voient donc contraintes de s'engager dans de longues démarches administratives pouvant s'étaler sur plusieurs années, comme c'est le cas pour une large majorité de personnes conservant un handicap. Tous s'accordent à dire, qu'en plus des soins déjà pénibles à endurer, ils se seraient bien passés d'assumer ces démarches pourtant obligatoires si on veut faire valoir ses droits. Dans de telles situations ces personnes encore fragiles et inquiètes de leur avenir sont souvent démunies face à ces administrations qui se préoccupent plus de l'avancement de leurs dossiers que de l'état de la personne.

A cet égard, l'indemnisation des préjudices est un aspect à prendre en considération avec la plus grande attention car c'est elle qui déterminera en grande partie la qualité de leur existence future. Donc afin d'être bien indemnisée, la personne va devoir apporter le maximum de preuves de son handicap et ne rien laisser au hasard comme l'explique Michel FARDEAU dans son rapport [*Analyse comparative et prospective du système de prise en charge, ministère de la Santé, 2003*] et confirmé par plusieurs intervenants en assurance.

D'autre part, le plan législatif a largement contribué à la simplification des procédures administratives de l'accès aux aides sociales en différents services au sein d'un même établissement et en incitant les MDPH à mettre en place des guichets uniques. Ceci permettrait de centraliser partiellement les démarches d'aides et de limiter le nombre d'interlocuteur. Mais la mise en œuvre de cela n'est pas partout au même stade d'avancement d'un département à l'autre.

Alors comment une personne ayant des capacités réduites suite à l'accident peut-elle accomplir seule toutes ces démarches administratives exigées par les nombreux établissements tels que les MDPH, les assurances, la sécurité sociale ?

Il est légitime de se poser cette question si l'on veut favoriser un rétablissement de la personne dans de bonnes conditions ainsi que sa réinsertion. Chaque administration exige son justificatif alors qu'on constate que ce sont souvent les mêmes qui sont demandés, tel que le certificat médical, l'identification de la personne (carte d'identité, livret de famille,...), contrat de travail, le R.I.B., ... Entraînant donc des doublons...

Alors pourquoi ne pas mettre en place une procédure commune envoyée à un seul organisme public chargé de faire le lien avec l'ensemble des administrations ? Cela n'impliquerait pas nécessairement la création d'une nouvelle institution. Pourquoi ne pas confier cette mission aux maisons départementales déjà très compétentes en matière d'instruction des dossiers (schéma ci-après) ? Leur rôle en serait bien évidemment renforcé puisqu'elles deviendraient l'institution incontournable chargée de l'organisation de la prise en charge. Mais si on tient à encore simplifier les démarches pour la victime, le financement des M.D.P.H. devra évoluer également pour permettre sa concrétisation. La prise en charge ne doit pas se restreindre à des aspects médicaux et financiers mais doit aller plus loin dans la simplification des procédures administratives. On ne doit pas considérer la personne handicapée comme le dernier

maillon de la chaîne mais le placer au cœur du système afin de mieux comprendre ses besoins.

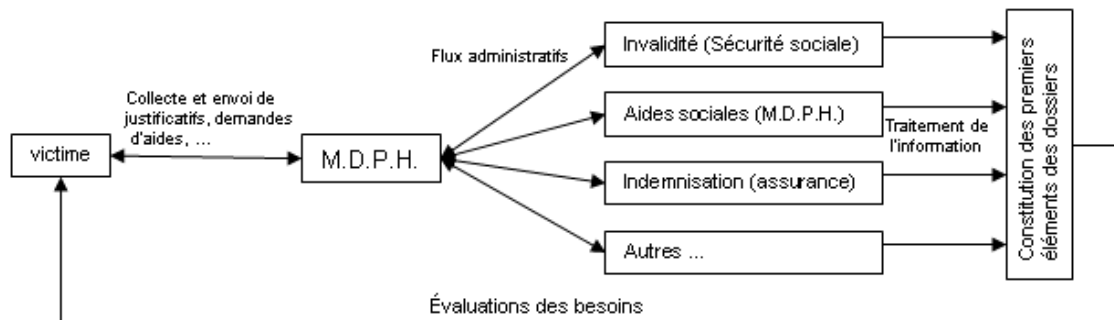


Figure 5 : schéma de simplification administrative pour la victime

3. Des lenteurs administratives récurrentes

« Avec des accents variés, dans des contextes différents, on trouve dans tous les témoignages de personnes handicapées des déterminants communs : celui de vouloir vivre comme tout le monde et de mener pour cela un combat quotidien pour faire face à ses propres difficultés ; celui de vouloir apprendre, travailler, aller et venir comme tout un chacun, et de se heurter à une administration trop lente, trop lourde, trop difficile à convaincre des problèmes les plus simples, les plus évidents. »

[extrait du rapport de Michel FARDEAU Analyse comparative et prospective du système de prise en charge, ministère de la Santé, 2003]

Ce problème récurant d'une administration trop lourde, trop lente, paperassière, et anonyme, vient perturber l'ensemble de la chaîne des intervenants et est réellement visible à tous les niveaux. Si on cherche à comprendre quelles sont les causes de ses lenteurs on constate qu'elles sont dues à une accumulation de facteurs comme : la réorganisation des administrations suites à la loi de 2005 (en matière de MDPH), un nombre de dossiers toujours en augmentation face à un effectif pas assez important pour les traiter, des pièces à joindre aux dossiers qui ne sont pas toujours disponibles immédiatement pour la personne en situation de handicap...

Les conséquences ne sont pas non plus négligeables même très contraignantes pour les personnes à prendre en charge. Des durées d'instruction des dossiers longues, des perceptions tardives des indemnités et des aides, voici le quotidien de ces personnes

demanderes. Il ne faut pas oublier également que dans le cas où il y aurait des expertises contradictoires entre les assurances le recours en justice est un bon moyen d'obtenir une meilleure indemnisation néanmoins dans ce cas il n'est plus question d'une perception des indemnités dans le courant de la 2ème année (délai de consolidations médico-légale) mais plutôt retardée de plusieurs années avec l'entrée en jeu de la justice.

Mais ces dysfonctionnements ne sont pas spécifiques au système de prise en charge des personnes handicapées mais reflètent ceux de l'Administration française. Il ne s'agit pas ici de résumer les théories sociologiques de la bureaucratie mais plutôt de donner quelques brefs éléments d'information sur les dysfonctionnements visibles de l'administration publique française.

Un des points les plus représentatifs est l'importance démesurée qu'accorde le système aux normes. Ceci est particulièrement problématique dans les rapports avec les usagers : la norme prime sur leurs attentes, de façon souvent déraisonnable. La production réglementaire dans toutes ses dimensions est impressionnante, et c'est un trait particulièrement marqué dans l'Administration française.

De plus, étant donnée l'importance des normes dans l'Administration et leur prédominance sur la satisfaction des usagers, le système réagit très lentement lorsque son adaptation à des modifications survenues au niveau des usagers est nécessaire. La prise de décision est aussi rendue très lente et imparfaite par la forte centralisation du système. Ainsi plus le centre de décision est proche du niveau local et plus il est susceptible d'être réactif. C'est bien évidemment sur ce principe qu'ont été mise en place les Maisons Départementales.

Il faut relativiser dans une certaine mesure ces critiques. La complexité de l'Etat doit en effet être jugée relativement à celle d'autres acteurs (privés notamment), qui présentent eux aussi des dysfonctionnements, parfois semblables à ceux des administrations publiques. Cependant, ces dysfonctionnements sont beaucoup plus marqués dans les administrations publiques.

4. Une information imparfaite

Les dysfonctionnements de l'information se devaient de faire l'objet d'une partie à part entière car le rôle de l'information est primordial pour le bon fonctionnement du système de prise en charge des personnes en situation de handicap. C'est donc pour cela que je ne pouvais pas me contenter de l'exprimer de manière décousue tout au long de mon étude.

Un an après la parution de la loi handicap, Philippe Bas, alors Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées et aux personnes handicapées et à la famille, annonçait lors d'une conférence de presse le lancement de la campagne nationale d'information : « *Mettons-la en place pour que chacun trouve sa place* ». L'ambition de cette campagne était de contribuer à faire changer le regard de la société tout en apportant l'information aux personnes concernées par le handicap. Plusieurs grands axes :

- faire connaître la loi et ses enjeux
- informer sur les avancées de la loi
- lutter contre le scepticisme
- encourager l'implication de tous et notamment des acteurs de la mise en œuvre de la loi

De plus, le choix des outils pour matérialiser cette campagne a été très diversifié pour tenter de remplir ses objectifs :

- la campagne média : en février 2006 puis en automne, deux campagnes radio grand public, sur deux semaines, ainsi qu'une campagne presse et internet
- la plate-forme téléphonique.
- Le guide de la loi
- L'affichette présente dans relais clés tels que les associations, M.D.P.H., ...
- Le site internet du ministère a été reconstruit

Mais quelles ont été les retombées de cette campagne ?

Un exemple très concret parle de lui-même : Concernant la nouvelle prestation de compensation du handicap (PCH), mesure phare de la loi du 11 février 2005, le

nombre de personnes handicapées susceptibles d'en bénéficier avait été évalué à 120 000 lors du vote de la loi. Au 31 décembre 2006, 70 000 demandes avaient été déposées, dont 23 000 déjà traitées : la moitié a fait l'objet d'une décision favorable et 7 700 prestations ont été liquidées. Cette relative lenteur s'explique par une mauvaise information des personnes handicapées sur cette nouvelle prestation, qui a pu leur inspirer une certaine peur du changement. En témoignent la proportion importante de personnes handicapées qui choisissent de conserver le bénéfice de l'ancienne allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou encore la demande surprenante de certaines associations de revenir à un mode de calcul forfaitaire de la nouvelle PCH, sur le modèle de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Cette crainte d'une baisse de ressources est pourtant largement infondée puisque la nouvelle PCH correspond en moyenne à 1 000 euros par mois, alors que l'ACTP ne s'élève qu'à 450 euros.

Un autre exemple vient conforter le sentiment de dysfonctionnements de l'information: la MDPH de Perpignan enregistre, en moyenne, à son standard 3 000 appels téléphoniques par semaine, soit davantage que la caisse d'allocations familiales du même département (2 700 appels).

Certes on peut constater que le dispositif d'information peut être suffisant pour la population non directement concernée par le handicap. Mais l'intérêt de cette campagne a comme réel but de promouvoir les avancées de la loi plutôt que d'apporter des informations détaillées. Ce rôle a donc été attribué aux M.D.P.H. pour en faciliter l'accès, dans le principe... Malheureusement, de nombreux problèmes subsistent encore dans ces maisons départementales comme il l'est expliqué dans une précédente partie de mon étude. Egalement, les deux exemples ci-dessus caractérisent tout à fait la situation : une forte demande d'information, mais souvent des réponses inadaptées.

Alors comment parvenir à résoudre ce problème ? Plusieurs propositions méritent d'être prises en comptes :

- Une meilleure connaissance de la Maison départementale. :

Pour y parvenir les M.D.P.H. doivent promouvoir une communication volontariste d'information (réunions d'information dans les établissements, dans les différents secteurs du département,) en direction des personnes en situation de handicap, des

familles et d'une manière générale en direction de l'environnement des personnes en situation de handicap. Leur rôle doit également être de mettre en place des supports d'information et de formation en direction des acteurs de proximité en contact avec les personnes handicapées car ces outils restent encore insuffisants, peu diversifiés et peu spécialisés.

Mais aussi l'ensemble des collectivités locales (Conseil Général, Municipalités) et les administrations publiques (CPAM, CAF, MSA, ...) doivent donner des informations sur la MDPH dans leurs revues ou tout autres supports d'information tel que des courriers.

- Une information adaptée : Il n'est pas question de revenir ici sur la question déjà traitée du personnel et de sa formation.

Des informations souvent succinctes, trop générales et incomplètes, voici ce qui ressort des témoignages. A noter que les personnes en situation de handicap sont souvent très isolées, n'étant pas toujours en lien avec les associations et beaucoup d'entre elles n'ont pas accès à internet. L'accès à l'information doit donc d'abord se faire sur les supports papier, et les sites Internet doivent se développer en complément pour faciliter l'accès à l'information pour ceux qui utilisent ce support et pour qu'il soit plus facile d'y accéder.

D'autre part, la M.D.P.H. n'apporte pas suffisamment d'informations objectives ; celles-ci sont parfois « orientées » au détriment des intérêts de la personne. Elle se doit donc d'être avant tout un lieu d'information « neutre », et offrir une information complète sur les droits de la personne en prenant le temps de l'écouter.

Sa mission d'information est essentielle. Elle ne doit pas seulement apporter qu'une information administrative comme la transmission de dossiers. Et si la M.D.P.H peut orienter les personnes vers les associations, cela doit être pour des questions spécialisées car ces dernières ne doivent pas se substituer à la mission première de la M.D.P.H.. Les outils d'information doivent donc être diversifiés.

Il est vrai que depuis l'arrivée de la loi handicap, l'accès à l'information a été facilité même si certains points restent à orchestrer. C'est grâce à l'intervention des associations principalement que les dysfonctionnements peuvent être identifiés et

corrégés. Nombreux sont les rapports de représentants d'associations qui ont été commandés par les ministères concernées, ou dans la majorité des cas faits de leur propre initiative. C'est en matière de suivi du système de prise en charge, que leur présence est très forte puisque ne l'oublions pas leur rôle est avant tout d'informer et de contribuer à l'amélioration de la condition des personnes handicapées. D'ailleurs, encore aujourd'hui les associations étant des sources d'information précieuses et luttant pour la protection des droits des personnes, ce sont vers elles que chacun à plutôt tendance à se tourner en priorité. Il serait donc bon de persister dans le rapprochement des relations entre associations et M.D.P.H. ainsi qu'avec les autres acteurs de la prise en charge, mais également de mieux définir le rôle de chacun en matière d'offre d'information.

5. Les accidentés de la route noyés parmi la population de personnes handicapées : évaluation et suivi de la prise en charge

L'évaluation et le suivi de la prise en charge des personnes devenues handicapées à la suite d'un accident de la route est délicate : il faut définir des critères, et faire appel à des données qui ne sont pas forcément centralisées.

Si cette évaluation concerne les politiques et les moyens de mise en œuvre, la LOLF (Loi Organique relative aux Lois de Finances de 2001 mise en place en 2006) permet de répondre aux principaux enjeux comme on le verra par la suite.

Si cette évaluation concerne plus largement la condition du handicapé, les délais d'indemnisation par les assureurs, l'efficacité médicale pour la reprise de son activité, quelques manques peuvent apparaître.

Le souci de maîtriser les dépenses publiques, l'amélioration des politiques publiques pour le citoyen et une volonté de transparence accrue, pour le citoyen comme pour le parlementaire qui vote la dépense, ont été les motivations pour la mise en place généralisée de la LOLF au 1er janvier 2006. Le développement d'une « culture de résultat » constitue l'un des axes majeurs de la réforme budgétaire. La loi organique implique en effet de s'engager sur des objectifs et de rendre compte des résultats. Cette obligation se concrétisera, tous les ans et pour chaque programme, par la production de deux documents: un projet annuel de performances comprendra une

description des engagements du ministère, ainsi qu'un rapport annuel de performances.

Notre politique du handicap se doit d'être équipée d'un dispositif d'évaluation en conséquence, pour garantir sa mise en application dans de bonnes conditions et permettre d'être réactif face à certains problèmes rencontrés.

Trois types de critères permettent la lecture de la performance :

- l'efficacité socio-économique, qui évalue l'impact final des actions sur l'environnement économique ou social ;
- la qualité du service rendu à l'utilisateur ;
- l'efficacité de la gestion des ressources, qui rapporte les produits des activités de l'État aux moyens consommés.

La loi organique se décline programme par programme en objectifs, auxquels sont associés des indicateurs. Le programme 157 est consacré au « handicap et dépendance ». Ce qui suit s'inspire d'ailleurs largement de la rédaction du PLF 2006 (projet de loi de finances).

Le programme est décomposé en six actions, dont quatre consacrées aux personnes handicapées. Ainsi, la répartition indicative de la dépense publique en faveur des personnes handicapées et dépendantes est de 43 Milliards €, dont 17 Milliards consacrés aux ressources d'existence (action 3 du programme). Les activités correspondantes constituent néanmoins des priorités et s'appuient aussi sur les financements du programme « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociale », de la CNSA et des départements.

Pour chaque action prévue correspondent plusieurs objectifs à atteindre et suivis grâce à indicateurs mis en place par la LOLF :

- **Évaluation et orientation personnalisée des personnes handicapées :** l'objectif est d'améliorer l'effectivité des décisions des commissions. Pour cela les indicateurs de suivi seront le délai moyen de traitement des dossiers et celui de réalisation des mesures décidées par la commission des droits et de l'autonomie. Le deuxième indicateur ne sera réellement opérationnel qu'à la fin 2007 car il nécessite la mise en place et l'exploitation d'un système performant de gestion et d'information.

-
- **Incitation à l'activité professionnelle** : l'objectif est d'offrir aux personnes handicapées les mêmes chances dans l'emploi. Les indicateurs seront donc :
 - . Taux de chômage des travailleurs handicapés / celui des travailleurs valides au même niveau de qualification et d'âge
 - . Proportion de personnes handicapées passant d'un C.A.T. (Centre d'Aide pour le Travail) vers un emploi en milieu ordinaire
 - . Part de rémunération directe dans la rémunération totale des travailleurs en C.A.T.

 - **Ressources d'existence** : l'objectif ici est d'accompagner le retour vers l'emploi pour développer la part du revenu du travail dans les ressources des allocataires de l'A.A.H. (Allocation Adulte Handicapé). Plusieurs indicateurs seront utilisés comme :
 - . Proportion d'allocataires de l'A.A.H. percevant une rémunération d'activité
 - . Devenir des bénéficiaires de l'A.A.H. 5 ans après leur entrée dans le dispositif. Aucune donnée ne permet actuellement de renseigner cet indicateur: les données existantes, issues de la gestion, ne permettent pas de distinguer entre les différentes causes de sortie de l'AAH

 - **Compensation des conséquences du handicap** : l'objectif est de favoriser la mise en œuvre du projet de vie. Les personnes handicapées souhaitent pouvoir effectuer un choix de vie et une offre diversifiée doit donc exister. Ce choix se fait entre l'accueil en établissements ou le maintien à domicile avec le recours à des services. Les indicateurs seront utilisables à partir de 2008 :
 - . Taux de dispersion pour les établissements médico-sociaux pour adultes et enfants handicapés.
 - . Taux de dispersion pour les services d'accompagnement à domicile

Afin de mettre en œuvre les actions de la LOLF toutes les institutions concernées par la prise en charge du handicap doivent être activement impliquées. Mais comme nous avons pu le constater tous les indicateurs ne sont pas encore disponibles, ce qui ne permet donc pas d'évaluer ni de piloter avec précision ce nouveau dispositif. Toutefois, les pouvoirs publics cherchent à diversifier leurs modes d'évaluation des politiques pour permettre de mieux réagir en fonction des réelles attentes des personnes

handicapées. Mais il apparaît que la maîtrise totale du dispositif grâce à ces indicateurs demande un délai plus important, sans quoi les dysfonctionnements constatés n'auraient pas lieu d'être. Les efforts doivent donc persister dans l'élaboration d'indicateurs pertinents qui permettront de servir de levier d'action sur l'orientation de la politique du handicap.

D'autre part, malgré un cadre général posé par la L.O.L.F. en matière d'évaluation et de suivi des objectifs, le handicap ne peut être traité de manière générale. En d'autres termes, il est important de différencier les causes des handicaps car tous n'entraînent pas les mêmes besoins de prise en charge. C'est le cas des handicaps liés aux accidents de la route qui se caractérisent principalement par des déficiences du tronc, ou d'un membre inférieur, mais également les déficiences intellectuelles ou psychiques sont fréquentes. La prévention des accidents de la route passe par une bonne documentation en terme de statistiques descriptives des accidents de circulation, et aussi par la création d'outils indispensables pour gérer le risque et évaluer la qualité des interventions des acteurs du système de sécurité routière ainsi que ceux de la prise en charge. En effet, le développement de l'évaluation du risque (en terme de mortalité essentiellement dans notre pays) est bien mis en place et la qualité des statistiques et de la sécurité routière le démontrent. Par contre, il y a très peu d'informations sur le devenir (non mortel) des accidentés de la route. Or nous savons qu'un nombre important d'accidents se soldent par des dommages corporels graves (20000 personnes/an). Ces personnes restent en vie un certain nombre d'années : quel impact cela a-t-il sur le système de prise en charge ? Alors comment prévoir un dispositif qui sera susceptible d'en assurer leur prise en charge ?

Mieux identifier cette population, c'est mieux prévoir ses besoins et donc mieux orienter les politiques. Malheureusement en France, les recherches dans ce sens sont quasiment inexistantes malgré leur importance. L'étude du registre du Rhône réalisé par l'Inrets (projet ESPARR) et les données Insee de l'enquête H.I.D. (handicaps, incapacités et dépendance 1998-2001) en constituent le point de départ.

Il serait sans doute intéressant d'affiner les études en y affectant un indicateur de gravité des blessures. Cet indicateur serait d'autant plus utile puisque son objectif serait double :

- un but préventif des risques liés la circulation routière en direction du public

-
- mais également permettre d'effectuer des prévisions réalistes pour les différents acteurs de la prise en charge, comme le nombre de places nécessaire dans les hôpitaux ou dans des établissements spécialisés ainsi que la quantité de personnel devant y être affecté, mais également les dépenses et le nombre de personnes à aider ou à indemniser, ...

Bien qu'il y ait un intérêt certain à le mettre en place, les pouvoirs publics y voient plus une source de dépense inutile dans la réalisation d'un tel indicateur. Mais l'enjeu est de taille puisqu'en découlant de cela avec la complémentarité des autres indicateurs déjà existants, il sera possible d'anticiper la demande. Et c'est avec la volonté des pouvoirs publics qu'il sera possible d'agir dans le sens des politiques, c'est-à-dire, l'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées.

Conclusion

La population des blessés (graves) au cours d'un accident, blessés qui conservent un handicap tout au long de la vie est une population mal connue. L'enjeu est pourtant de taille, puisqu'on estime à l'aide de l'étude ESPARR (registre du Rhône de l'Inrets) que ce nombre de blessés graves s'accroît d'environ 20000 par an. Le « stock » est d'environ 200000 personnes.

Le vote de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a soulevé, chez ces personnes et leurs familles, l'immense espoir d'une mise en œuvre enfin effective du droit à compensation et de leur intégration pleine et entière à tous les aspects de la vie sociale. Mais la mise en place du dispositif de prise en charge s'inscrit dans la durée et a connu de surcroît un démarrage pénible. Deux ans après le vote de la loi, de nombreux décrets n'ont toujours pas été pris, et les différentes institutions peinent à trouver leur rythme de croisière. Les politiques doivent donc rester très vigilants quant à l'évolution de sa mise en application en effectuant un suivi très approfondi et traiter tous dysfonctionnements apparents. Mais les efforts doivent également se concentrer sur le respect de l'application de la loi ainsi que sur sa mise en place complète dans les plus brefs délais.

Nous sommes toujours dans cette phase transitoire qui semble longue pour les personnes handicapées ne pouvant être que spectateurs de cette lente prise en considération de leur condition de vie ainsi que des difficultés que leur handicap occasionne. Ce fort enthousiasme à l'annonce de la publication de la loi semble aujourd'hui faire place au doute et à l'impatience.

A l'étranger, certains pays tels que les pays scandinaves, et bien d'autres, pratiquent depuis plusieurs décennies une réelle politique de non discrimination et d'intégration. La question n'est plus de considérer les personnes handicapées comme des personnes à part, mais comme des personnes ayant droit de pleine citoyenneté.

Outre les problèmes juridiques, budgétaires, la prise en charge des handicapés est rendue délicate par le regard porté sur eux (indifférence, peur, gêne) et par voie de conséquence sur leur « employabilité » et leur retour dans la société active.

Sans doute faudra-t-il du temps, et un volontarisme politique exemplaire (y compris dans les administrations) pour hisser les personnes en situation de handicap au niveau des pays du Nord comme en Suède.

Lexique des abréviations

AAH : allocation adulte handicapé

A.F.M. : association française contre les myopathies

A.F.P.A. : association nationale pour la formation professionnelle des adultes

A.P.F. : association des paralysés de France

C.A.T. : Centre d'Aide par le Travail

C.D.E.S. : Commission Départementale d'Éducation Spéciale

C.E.R.E.H.M. : centre de ressource handicap et mobilité

C.N.E.J. : Collège national des experts judiciaires de Belgique

C.S.J. : Conseil supérieur de la justice

C.N.S.A. : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

C.O.T.O.R.E.P. : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

D.G.A.F.P. : direction générale de l'Administration et de la fonction publique

E.S.A.T. : établissements et services d'aide par le travail

G.I.P. : groupements d'intérêt public

I.T.T. : Incapacité Totale de Travail

I.P.P. : Invalidité permanente partielle

M.D.P.H. : Maisons Départementales des Personnes Handicapées

P.C.H. : prestation de compensation du handicap

U.N.F.T.C. : union nationale des familles de traumatisés crâniens comprenant plus de 150 associations

Bibliographie

- « **La route fait plus de 3000 handicapés à vie par an** », article du FIGARO du 19/09/2006, écrit par Martine Perez
- « **Les grandes données de l'accidentologie** », O.S.C.R., 2006
- « **Les grands blessés de la route** », revue Sécurité Routière n°136, Paris, décembre 2003.
- « **Analyse comparative et prospective du système de prise en charge** », ministère de la Santé, Michel FARDEAU, 2001
- « **Loi handicap : pour suivre la réforme** » Paul BLANC Rapport d'information n°359, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 3 juillet 2007
- « **loi handicap : un an après** » Philippe BAS, communiqué de presse du 9 février 2006.
- « **L'assurance française 2005** » : rapport FFSA , 2006
- « **l'expert pas toujours impartial** » journal Le Soir 14/12/2004 de Jean-Pierre BORLOO
- « **Financement des maisons départementales des personnes handicapées** » question n° 1247 , de M. Philippe Madrelle, adressée à M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, publiée dans le JO Sénat du 21/02/2007
- **PLF 2006** (projet de loi de finances)

Liste des entretiens

BOURGOIS Anne: Chargée de mission, Circulation de l'information, M.D.P.H. du Nord 59

CHARTRAIN Catherine : Présidente du Coliac (Comité de liaison pour l'accessibilité), et secrétaire générale du Conseil national des transports (CNT).

DUMAS Claude : Ergothérapeute, responsable du service des aides techniques, AFM (Association Française contre les Myopathies)

GRISVAL Philippe, Médecin et représentant de l'APF (Association des Paralysés de France)

HECQUET Aline: Assistante sociale à l'hôpital AVICENNE, Bobigny

KOMPANY Soraya : Chargé de mission : Aides techniques, accessibilité, nouvelles technologies, administration électronique. Communication du Délégué. Population suivie : personnes handicapées physiques et polyhandicapés. Chef de cabinet à la Délégation Interministérielle aux Personnes Handicapées (D.I.P.H.)

MOREAU Anne, Responsable de l'équipe des ergothérapeutes (SERENA MAIF)

PECHINOT Jean: Sous-directeur à la direction des assurances de biens et de la responsabilité de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), responsable de la coordination technique et sinistres. à la Direction des assurances de biens et de responsabilités de la FFSA

Pr RAPHAËL : Chef de service de réanimation à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches, responsable de la fondation de Garches

ROUY Claude : Conseiller technique Santé, délégation interministérielle de la sécurité routière, au Ministère de l'écologie, du développement et de l'aménagement durables, Direction de la Sécurité et de la Circulation Routière

SIBI Pierre: expert de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière ONISR, Ministère de l'écologie, du développement et de l'aménagement durables

STREIFF Philippe : Ancien pilote de F1, ancien conseiller technique à la D.I.P.H. puis actuellement pour la délégation interministérielle de la sécurité routière au sein de la DSCR, Ministère de l'écologie, du développement et de l'aménagement durables

Table des annexes

Annexe 1 : dossier M.D.P.H. du Nord (dept 59)

Annexe 2 : composantes du dossier M.D.P.H.

- a)** Extrait du certificat médical
- b)** Mon projet de vie
- c)** Demande d'allocation adultes handicapés (AAH) et compléments
- d)** Extrait de la fiche d'identification
- e)** Extrait de la fiche d'identification
- f)** Demande d'orientation vers un établissement
- g)** Extrait de demande relative au travail

**DOSSIER DE DEMANDE
DE
COMPENSATION DU HANDICAP**

MDPH 59

Maison départementale des personnes handicapées du Nord

Loi N°2005-102 du 11/02/2005

Monsieur,

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 est entrée en vigueur au 01 janvier 2006.

La Maison Départementale des Personnes Handicapées prend la suite des COTOREP et CDES.

De ce fait, les nouvelles dispositions prévues par les textes sont applicables y compris la Prestation de Compensation qui remplace l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne et l'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels.

Cependant, dans l'attente de la parution du nouvel imprimé de demande, nous vous prions de bien vouloir remplir le formulaire ci-joint.

Conserver un exemplaire de votre dossier

Pièces à joindre au dossier

- Certificat médical complété par le médecin traitant, daté de moins de trois mois accompagné de la photocopie des comptes rendus de spécialistes datant de moins d'un an si vous le jugez nécessaire
- Photocopie de la carte d'identité ou du livret de famille
- si vous demandez la carte d'invalidité :
 - 2 photos d'identité
 - si vous en bénéficiez, justificatif d'attribution de l'A.P.A.
- Justificatif de domicile
- Photocopie du titre de séjour (pour les étrangers)
- Attestation du jugement de tutelle ou curatelle sauvegardé de justice si vous êtes concerné (e) par cette mesure
- Attestation d'emploi de tierce personne (le cas échéant) et contrat de travail
- Justificatif de fonction électorale (le cas échéant)
- Attestation de l'attribution d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie (si vous êtes concerné(e))
- Dernier avis d'imposition
- Relevé d'identité bancaire ou postal – RIB – RJP
- Photocopie du permis de conduire (uniquement pour l'aménagement du véhicule)
- Devis descriptif d'aménagement du domicile et/ou du véhicule si déjà établi et autre aides techniques
- Curriculum vitae

N'oubliez pas de conserver un exemplaire de votre dossier

Maison Départementale des Personnes Handicapées
Immeuble « Le Réguslique »
17, rue Léon Gambetta
BP 665
59523 LILLE CEDEX

Maison Départementale des Personnes Handicapées
Les Verdiales
Rue Marc Lefrançois
BP 487
59521 VALENCIENNES CEDEX

CERTIFICAT MEDICAL

Vous devez remplir ce certificat médical, sans conseil, non obligatoirement, et le remettre au service des droits et de l'autonomie.

- Ce certificat médical a été remis au patient ou au patient.
- Il indique impérativement les derniers comptes-rendus de consultation spécialisée et/ou d'hospitalisation correspondant à chaque maladie.
- Remplir le certificat médical au stylo bille. Ce certificat de couleur (les photocopies de ce Certificat Médical ne seront pas acceptées)

A REMPLIR PAR LE MEDICIN QUI REDIGE LE CERTIFICAT MEDICAL

Date du Certificat :

Identité du Demandeur :

M : Mlle : Sexe : M F

NOM :

Date et lieu de naissance :

A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR :

Domicaire :

Dernière profession exercée :

Activité actuelle :

Êtes-vous titulaire d'une carte d'invalidité ?

SI OUI, à :

Êtes-vous bénéficiaire d'une pension d'invalidité ?

De quel caractère ?

13 - LE SOUS-EST-IL UN EXERCICE DE MEDICINE ?

- Oui, sous son nom personnel ?
- Oui, sous son nom professionnel ?
- Non ?
- Si oui, précisez l'exercice de médecine : (ex : médecin généraliste, pédiatre, etc.)
- Si oui, précisez le lieu de l'exercice de médecine : (ex : cabinet, hôpital, etc.)
- Si oui, précisez le statut de l'exercice de médecine : (ex : salarié, indépendant, etc.)

14 - RECHERCHES EN COURS, CONCOURS EN ATTENTE, LIENS DE SOLIDARITE :

- 14.1. Recherches en cours : Oui Non
- 14.2. Concours en attente : Oui Non
- 14.3. Liens de solidarité : Oui Non

- 15.1. Dépendance : Non Oui
- 15.2. État de santé : Bon Moyen Mauvais
- 15.3. Niveau de vie : Bon Moyen Mauvais
- 15.4. Niveau de formation : Bon Moyen Mauvais
- 15.5. Niveau de revenus : Bon Moyen Mauvais
- 15.6. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 15.7. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 15.8. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 15.9. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 15.10. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 15.11. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 15.12. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 15.13. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 15.14. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 15.15. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 15.16. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 15.17. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 15.18. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 15.19. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 15.20. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais

- 16.1. État de santé : Bon Moyen Mauvais
- 16.2. Niveau de vie : Bon Moyen Mauvais
- 16.3. Niveau de formation : Bon Moyen Mauvais
- 16.4. Niveau de revenus : Bon Moyen Mauvais
- 16.5. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.6. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.7. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.8. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.9. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.10. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.11. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.12. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.13. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.14. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.15. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.16. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.17. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.18. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.19. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 16.20. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais

- 17.1. État de santé : Bon Moyen Mauvais
- 17.2. Niveau de vie : Bon Moyen Mauvais
- 17.3. Niveau de formation : Bon Moyen Mauvais
- 17.4. Niveau de revenus : Bon Moyen Mauvais
- 17.5. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.6. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.7. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.8. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.9. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.10. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.11. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.12. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.13. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.14. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.15. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.16. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.17. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.18. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.19. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais
- 17.20. Niveau de consommation : Bon Moyen Mauvais

Signature du Demandeur :

Date de signature :

Lieu de signature :

Signature du Médecin :

Date de signature :

Lieu de signature :

Signature de l'assistante sociale :

Date de signature :

Annexe 2 : composantes du dossier M.D.P.H.

b) Mon projet de vie

2 - Quels sont mes besoins ?

MON PROJET DE VIE

Nom et Prénom :

Adresse :

Tel :

Courriel :

Vous allez fournir ce document à la MDPH :

- ♦ Il est confidentiel.
- * Il vous permet d'exprimer librement vos souhaits et besoins en relation avec votre situation. Vous pourrez le modifier à tout moment.
- Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan Personnalisé de Compensation.
- Aucune décision ne pourra être prise par la Commission des Droits et de l'Autonomie sans ce document.

Je ne souhaite pas exprimer mes souhaits et besoins concernant les différents aspects de ma vie (n'oubliez pas de dater et de signer ce formulaire en deuxième page)

Je souhaite exprimer mes souhaits et besoins concernant les différents aspects de ma vie
(Communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...)

1 - Quels sont mes souhaits ?

3 - Je souhaite formuler les observations complémentaires suivantes :

Date et Signature :

(Si vous manquez de place n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

Nom et fonction de la personne qui vous a accompagné dans cette formulation :

Nom et Prénom du représentant légal (quand il existe)

Lien de parenté :

Adresse :

Tel :

Signature du représentant légal

Annexe 2 : composantes du dossier M.D.P.H.

c) Demande d'allocation adultes handicapés (AAH) et compléments

Annexe dossier :

Demande d'Allocation Adultes Handicapés (AAH) et de compléments de ressources

- 1 Première demande Renouvellement - date d'échéance :
 Révision du taux d'invalidité

3 Identification de la demande	
Nom :	<input type="checkbox"/> AAH
Prénom :	<input type="checkbox"/> Complément de ressources
Date de naissance :	

4 Situation professionnelle

Travaillez vous actuellement ? OUI NON

Si oui, vous travaillez :

- en milieu ordinaire
 en entreprise adaptée (ex- Atelier Protégé)
 en Etablissement ou Service d'Aide par le Travail (ESAT, ex-CAT)

Emploi occupé :

Coordonnées de l'employeur :

Nom :

N° Rue :

Code postal : Ville :

Si non, vous ne travaillez plus depuis le :

Dernier emploi occupé :

Etes vous inscrit à l'ANPE ? OUI NON

5 Ressources

En terme de ressources autres que l'Allocation Adultes Handicapés (AAH), vous disposez de :

- Pension d'invalidité
 Avantage vieillesse
 Forêts social vieillesse
 Allocation supplémentaire du Fonds spécial d'invalidité
 Rente accident du travail
 Revenu Minimum d'Inscription (RMI)
 Autre - merci de préciser :

Avez-vous perçu dans les 12 mois précédents :

- Un revenu d'activité (y compris en établissements et services d'Aides par le travail (ESAT) ou en entreprise adaptée)
 Des indemnités journalières

6 Déclaration sur l'honneur

Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toutes modifications de situation qui pourraient intervenir.

Fait à :

Le :

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

Annexe 2 : composantes du dossier M.D.P.H.

d) Extrait de la fiche d'identification

Neir d'avis

Fiche d'identification du demandeur

1 Identification de la personne handicapée

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénoms : _____

Téléphone : _____ Mobile : _____ Télécopie : _____

Courriel : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : Française EEE* Autre

* Les pays de l'Union Européenne : Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Suède, Espagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Suède.

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)
 Vie maritale Pacs Veuf(ve)

Depuis le : _____

Nombre d'enfants à charge : _____

2 Adresse actuelle

Vous résidez à cette adresse depuis le : _____

N° _____ Rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Précisez s'il s'agit : de votre domicile ou de celui de vos parents

Vous êtes locataire, sous-locataire ou co-locataire
 propriétaire ou accédant à la propriété

D'un hébergement par un particulier

Dans le même logement Dans un logement in
 Par un accueillant familial à titre onéreux⁽¹⁾

d'un établissement d'hébergement pour personnes handicapées ou âgées

Vous êtes hospitalisé depuis le : _____ incarcéré depuis le : _____

Autre - merci de préciser : _____

7 Historique administratif

Avez-vous déjà un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ?

OUI NON

Si oui, quel est votre numéro de dossier ? :

Si non,

Avez-vous un dossier à la COTOREP ? OUI NON

Si oui, votre numéro de dossier COTOREP :

Avez-vous un dossier à la CDES ? OUI NON

Si oui, votre numéro de dossier CDES :

Dans quel département ?

8 Procédure simplifiée

J'accepte que mon dossier fasse l'objet, le cas échéant, d'une procédure simplifiée.

Si vous choisissez cette procédure, vos droits pourront être étudiés dans le cadre d'une instruction plus simple et plus rapide mais vous ne serez pas entendu par la Commission des Droits et de l'Autonomie de la Personne Handicapée (CDAPH). Toutefois, en cas de désaccord avec la décision de la commission, vous conservez toutes les possibilités de recours gracieux et contentieux.

9 Déclaration sur l'honneur

Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toutes modifications relatives à cette déclaration.

Fait à :

Le :

Signature du demandeur et/ou de son représentant légal :

La loi punit quiconque se rend coupable de fausses ou de fausses déclarations (Article L. 654-1 L. 635 5 du Code de la sécurité sociale - Article L. 351.13 du Code de la construction et de l'habitation - Article 441.1 du Code pénal).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande. Votre CAF ou votre MSA procède à des échanges d'informations avec le Fias, l'Asselid. Déclarez bien votre situation exacte. A défaut, vous risquez de devoir rembourser les sommes perçues à tort.

Annexe 2 : composantes du dossier M.D.P.H.

f) Demande d'orientation vers un établissement

* Pour les services, veuillez préciser l'adresse :

Nom : _____ Rue : _____ Ville : _____
N° : _____ Code postal : _____ N° : _____ NON Employé occupé : _____
Code postal : _____ OUI NON

Travaillez-vous actuellement ? OUI NON Employé occupé : _____

5 Situation souhaitée par le demandeur

Souhaitez-vous être accueilli en établissement médico-social ou bénéficiaire d'un accompagnement par un service médico-social ?

Accueil de jour dans un établissement
 Accueil à temps plein
 Accueil temporaire
 Accueil dans un foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés
 Accompagnement par un service

A partir de quelle date : _____

Avez-vous une préférence pour un établissement ? OUI NON

Si oui, lequel ? Nom : _____ N° : _____ Rue : _____
Code postal : _____ Ville : _____

6 Déclaration sur l'honneur

Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toutes modifications de situation qui pourraient intervenir.

Fait à : _____ Le : _____

Signature du demandeur ou de son représentant légal : _____

Qui a rempli cette demande ? L'intéressé Le tuteur Un parent
 Autre, veuillez préciser : _____

Le fait punir quiconque se rend coupable de fausses ou de fausses déclarations (Article L. 564-1 L. 855 § du Code de la sécurité sociale - Article L. 351.13 du Code de la construction et de l'habitation - Article 441.1 du Code pénal)
Le fait n° 79-17 du 6 Janvier 1979 modifiée relative à l'informatique, sur l'honneur et sur libérée d'appellé sur réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

Demande d'orientation vers un établissement et/ou un service médico-social

Première demande Renouvellement - date d'échéance : _____
 Demande de réorientation

2 Identification du demandeur

Nom : _____	<input type="checkbox"/> Orientation vers un établissement médico-social
Prénom : _____	<input type="checkbox"/> Orientation vers un service médico-social
Date de naissance : _____	

3 Identification de la demande

Orientation vers un établissement médico-social
 Orientation vers un service médico-social

4 Situation actuelle du demandeur

Etes-vous accueilli dans un établissement ou accompagné par un service un service ? OUI NON

Si oui, précisez par quel(s) type(s) de prise en charge ? : Accueil de jour
 Accueil de nuit
 Internat
 Accueil temporaire
 Service : _____

Précisez par quel(s) type(s) d'établissement ou de service ? :

Institut Médico-Educatif (IME), Institut Médico-Professionnel (IMPro)
 Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP)
 Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
 Maison d'accueil spécialisée (MAS)
 Foyer de vie
 Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés
 Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH)*
 Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)*
 Autre, veuillez préciser : _____

Annexe 2 : composantes du dossier M.D.P.H.

g) Extrait de demande relative au travail

FLAC Handicapés

No. de dossier :

Demande relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

1 Première demande Renouvellement - date d'échéance :

2 Identification du demandeur

Nom :	<input type="checkbox"/> Formation professionnelle
Prénom :	<input type="checkbox"/> Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> Orientation professionnelle

4 Qualification du demandeur

Quel est votre niveau d'études ? Primaire Secondaire Supérieur

Dernière classe fréquentée :

Diplômes obtenus :

Formations suivies :

5 Situation professionnelle

Avez-vous déjà travaillé ? OUI NON

Travaillez vous actuellement ? OUI NON

Si oui, vous travaillez :

En milieu ordinaire

En entreprise adaptée (ex- Atelier Protégé)

En Entreprise ou Service d'Aide par le Travail (ESAT, anciennement CAT)

Si oui, lequel (facultatif) : OUI NON

Souhaitez-vous une orientation professionnelle en Etablissement ou Service d'Aide par le Travail (ESAT) ?

Si oui, lequel (facultatif) :

Nom : _____

N° Rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Télécopie : _____

Je souhaite que la Maison départementale des personnes handicapées m'informe de la liste des Etablissements ou Services d'Aide par le Travail (ESAT)

Je souhaite être reconnu travailleur handicapé, pour la raison suivante (facultatif) :

7 Déclaration sur l'honneur

Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toutes modifications de situation qui pourraient intervenir.

Fait à : _____ Le : _____

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L 954-1 L 835 5 du Code de la sécurité sociale - Article L 351.13 du Code de la construction et de l'habitation - Article 441.1 du Code pénal).
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

Résumé

La population des blessés graves à l'issue d'un accident de la route est une population importante (200000 personnes) qui s'accroît de 20000 personnes par an environ.

La loi du 11 février 2005 sur le handicap a soulevé un espoir d'une bonne prise en charge et d'une simplification administrative sans précédent.

L'analyse de la chaîne des intervenants a permis de mettre en lumière des cloisonnements entre des maillons successifs, et des dysfonctionnements à l'intérieur même d'un maillon. Les ébauches de solution contenues dans ce rapport vont permettre, on l'espère, une meilleure appréhension globale du handicap.