

Fiche n° 18 : Permettre une éducation et une scolarisation appropriées aux besoins des enfants en situation de handicap

Situation actuelle

La loi du 11 février 2005 et un certain nombre de textes qui en découlent affirment le droit à la scolarisation en milieu ordinaire et à être inscrit dans l'école la plus proche de son domicile. Plus récemment, plusieurs arrêts du Conseil d'Etat ont rappelé l'obligation faite à l'Etat de rendre pleinement effectif ce droit. Le projet personnalisé de scolarisation doit être élaboré avec le plus grand soin pour définir quel est le parcours le plus adapté à chaque enfant. L'objectif doit être d'éviter les ruptures de parcours et, tout en favorisant l'« inclusion » en milieu ordinaire, de prévoir aussi, le cas échéant, les modalités de prise en charge de l'enfant par un établissement ou service médico-social.

Ainsi, un certain nombre de dispositifs co-existent :

- * des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et centres médico-psycho-pédagogique (CMPP) qui accueillent des enfants de la naissance à 6 ans pour les premiers et jusqu'à 20 ans pour les seconds. Après une mission de dépistage pour le CAMSP, les enfants peuvent être suivis en ambulatoire, tout en poursuivant leur scolarisation en milieu ordinaire, soit par le CAMSP, soit par le CMPP.
- * des jardins d'enfants spécialisés (JES) qui accueillent des tout-petits jusqu'à 6 ans
- * des Services d'Education et de Soins A Domicile (SESSAD) : ils assurent un soutien à l'inclusion scolaire et à l'acquisition de l'autonomie sur leurs lieux de vie¹¹
- * des Classes pour l'Inclusion Scolaire (CLIS) ou des Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) : ce sont des classes à part entière implantées dans une école pour les premières ou dans un collège ou lycée pour les secondes. Ils y reçoivent un enseignement adapté incluant, autant qu'il est possible, des plages de scolarisation dans les classes de référence du jeune
- * des Instituts Médico-Educatifs (IME) ou Instituts d'Education Motrice (IEM) : ce sont des établissements médico-éducatifs qui accueillent les enfants et adolescents ayant une déficience mentale ou physique, où sont dispensés des soins, une éducation spécialisée et une scolarisation adaptée, au travers des unités d'enseignement. Cette scolarisation peut aussi prendre la forme de temps partagés avec le milieu ordinaire ou de classes délocalisées dans des établissements scolaires de proximité.
- * des dispositifs permettant la préparation à l'insertion professionnelle des jeunes : SIPFP (Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle) au sein des IME et SESSAD Pro qui développent des objectifs pédagogiques, professionnels, éducatifs et thérapeutiques pour répondre aux difficultés du public accueilli et favoriser son insertion professionnelle future en milieu ordinaire ou protégé, services expérimentaux d'orientation pour les 16-25ans.

Si le nombre de jeunes scolarisés en milieu ordinaire a fortement augmenté entre 2005 et 2010 (+49% sur l'Académie Orléans-Tours), un certain nombre de questions demeurent.

¹¹ Les SESSAD peuvent avoir une dénomination différente selon le public qu'ils accompagnent : **SSAD** (Service de soins et d'aide à domicile) pour le polyhandicap, qui associe une déficience motrice et une déficience mentale sévère ou profonde ; **SAFEP** (Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce) pour les déficiences auditives et visuelles graves des enfants de 0 à 3 ans ; **SSEFIS** (Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire) pour les déficiences auditives graves des enfants de plus de 3 ans ; **SAAIS ou S3AIS** (Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire) pour les déficiences visuelles graves des enfants de plus de 3 ans

Problèmes posés

Le « droit à la scolarisation en milieu ordinaire » doit être effectif chaque fois qu'il participe à l'intérêt de l'enfant. Ainsi, si le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire a doublé en 5 ans, il faut aussi travailler à réduire les temps de scolarisation partiels subis, faute de places ou faute d'accompagnement suffisant (d'Auxiliaires de vie Scolaire notamment).

Cependant, ce « droit » ne doit pas devenir de manière systématique une « obligation à la scolarisation en milieu ordinaire ». En effet, certains enfants en situation de handicap se retrouvent en situation d'échec dans le cadre de la scolarisation en milieu ordinaire qui leur est proposée. Pour certains enfants, la scolarité en milieu ordinaire ne sera pas la meilleure ou la seule réponse à offrir. La scolarisation en milieu ordinaire doit avoir toute sa place, mais sans occulter pour certains le besoin d'une scolarisation adaptée en IME ou en ITEP, ou bien en parallèle d'une scolarisation en milieu ordinaire, d'un suivi par un SESSAD.

Le parcours de scolarisation de l'enfant ne doit pas être pensé de manière linéaire : tous les enfants accueillis en CLIS n'ont pas vocation à poursuivre en ULIS et il faut donc pouvoir les intégrer en IME ou en SIPFP; de même, des enfants accompagnés par des SESSAD pourront rejoindre un IME un temps donné, si cela correspond à leurs besoins.

Ces créations de passerelle plus souples, permettant le passage du milieu ordinaire au milieu adapté et réciproquement, nécessitent un certain nombre de pré-requis :

- * des créations de places pour désengorger certaines structures qui ne peuvent plus accompagner d'enfants. Les listes d'attente en CAMSP/CMPP et en SESSAD s'allongent¹², avec des délais d'attente de parfois plusieurs années. C'est ainsi toute la filière « enfant » qui est engorgée notamment en raison des jeunes sous amendements CRETON¹³ qui ne trouvent pas de place dans les structures adultes.

- * des professionnels spécialisés et formés : un certain nombre de professionnels gravitent autour de l'enfant en situation de handicap. Enseignants, enseignant référent, enseignants spécialisés des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté, les enseignants spécialisés itinérants, auxiliaires de vie scolaire (AVS) : l'ensemble de ces professionnels doit être formé selon ses besoins, et doit pouvoir définir clairement son rôle auprès de l'enfant. Actuellement, la gestion des AVS n'est pas satisfaisante : leur rôle, leur statut et leur formation ne sont pas suffisamment clarifiés pour permettre un accompagnement de qualité pour les enfants qui en ont besoin.

- * une coordination des acteurs et un partenariat durable : la coordination prévue par les récents textes de 2009 reste encore à construire entre l'Education Nationale, les familles, les établissements et services médico-sociaux voire pour certaines situations la psychiatrie.

Cette évolution des modes de scolarisation pose également la question de l'évolution des IME, compte-tenu de l'effort d'intégration en milieu ordinaire engagé qui a pour conséquence que les IME accueillent les jeunes avec les déficiences les plus sévères. Les IME doivent donc repenser leurs modes de fonctionnement et d'organisation, ce qui n'est pas sans conséquences en termes de

¹² 200 enfants en attente de premier rendez-vous dans un CMPP du Cher, 40 dans un CAMSP du Cher ; une liste d'attente de 22 enfants dans un SESSAD du Loir-et-Cher

¹³ Les MDPH dénombrent 98 jeunes sous amendements CRETON en Indre-et-Loire , 120 dans le Loir-et-Cher, 77 dans le Loiret

gestion du personnel et de leur compétence. Ils deviendraient alors des plates-formes ressources, en travaillant étroitement avec les SESSAD.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- ▶ Favoriser les échanges entre le milieu « ordinaire » et le milieu « adapté »,
- ▶ Développer un partenariat stable et régulier entre les familles et proches, l'Education Nationale et les établissements et services médico-sociaux,
- ▶ Harmoniser les pratiques entre les différents inspecteurs en ce qui concerne l'enseignement adapté,
- ▶ Créer des places d'IME dans le Loiret et dans le Loir-et-Cher, comme l'envisage le PRIAC 2010-2013, pour résorber les listes d'attente,
- ▶ Créer des places en CAMSP, en CMPP et en SESSAD, comme évoqué dans le PRIAC 2010-2013, pour réduire les listes d'attente et les délais de prise en charge,
- ▶ Créer des places de Foyer de Vie et d'ESAT pour désengorger les IME,
- ▶ Créer des places de SESSAD-Pro pour accompagner l'insertion professionnelle,
- ▶ Simplifier les démarches administratives afin que l'accès à la scolarité pour les enfants en situation de handicap ne soit pas plus compliqué que pour les autres enfants (pourquoi demander aux enfants de renouveler leur dossier d'inscription chaque année lorsque leur état de santé est stable ?),
- ▶ Veiller à la reconnaissance du métier d'AVS (statut, carrière...) et à leur professionnalisation,
- ▶ Rendre effective la décision de la MDPH d'accompagnement par une AVS, pour les enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire,
- ▶ Garantir de manière pérenne l'accompagnement nécessaire pour permettre aux enfants orientés vers une scolarité en milieu ordinaire de suivre cette scolarité dans de bonnes conditions.

Fiche n° 19 : Adapter l'offre au parcours singulier de chaque adulte en situation de handicap

Situation actuelle

Les attentes des « jeunes » adultes en situation de handicap évoluent : si, il y a quelques dizaines d'années, ils étaient souvent orientés vers des structures collectives, ils plébiscitent actuellement le maintien à leur domicile, synonyme pour eux d'autonomie. Ainsi le concept de la vie en collectivité est de plus en plus remis en cause et de nombreux travailleurs en ESAT ne souhaitent pas vivre en foyer d'hébergement, d'autant plus que la moyenne d'âge dans ces structures y est généralement assez élevée.

Si tous les jeunes en situation de handicap ne peuvent pas envisager une vie en totale autonomie, la demande est forte pour développer des structures de « semi-autonomie », c'est-à-dire qui offrent un cadre d'hébergement autonome tout en conservant un suivi sous forme d'accompagnements médico-sociaux ponctuels, par exemple grâce à l'intervention de SAVS voire de SAMSAH. Ces structures permettent en outre d'exercer de fonction de « tremplin » ou d'« apprentissage à l'autonomie ».

Certaines personnes souhaitent également ne pas vivre en structure collective, sans pour autant désirer vivre seules : dans ce cas, l'orientation vers des familles d'accueil, qualifiées, peut être envisagée. A contrario, certaines personnes ayant vécu toute leur vie en structure collective où elles ont pu développer une vie sociale, n'envisagent pas une vie en dehors d'une structure collective.

Inversement, ce pose actuellement la question de l'accompagnement et de solutions adaptées et personnalisées pour les personnes handicapées vieillissantes. Pour celles qui travaillaient en ESAT, elles ne sont plus toujours en mesure de travailler à temps plein ; pour celles qui arrivent à l'âge de la retraite, se pose la question du maintien dans le foyer d'hébergement. Pour celles qui résident en foyer de vie, se pose la question d'une perte d'autonomie et d'un suivi médical renforcé. Ces personnes sont souvent demandeuses à pouvoir rester dans leur lieu de vie, alors que cela n'est pas toujours possible. Dans tous les cas, il semble important de développer et maintenir les liens sociaux qui ont pu être créés.

Problèmes posés

Les solutions de travail et d'habitat doivent donc être adaptées aux projets de vie des personnes en situation de handicap.

Cette évolution des besoins doit s'accompagner d'une évolution des structures existantes et d'une diversification des propositions d'accompagnement. Il ne doit pas y avoir un seul type de solution proposé, mais bien une palette d'offre qui puisse répondre aux besoins différents de chaque personne. Or aujourd'hui, peu de ces solutions « novatrices » sont mises en avant dans le cadre des schémas départementaux et/ou des programmes de programmation de places (PRIAC). Les besoins sont donc identifiés mais la plupart du temps, ne se concrétisent pas. Ainsi, des avis favorables données dans le cadre du PRIAC ne font pas l'objet par la suite de places financées, ce qui retarde le suivi des personnes.

Pour les jeunes en situation de handicap, l'accompagnement à l'autonomie doit se traduire par la création de places en SAVS, des SAMSAH ou par des services d'accompagnement à l'habitat ; mais il

faut également réfléchir à l'aménagement de structures de petite taille (plusieurs appartements au sein d'un même immeuble, colocation par exemple) qui permettent de concilier autonomie et lien social. Des structures innovantes, comme l'Institut du Mai, à Chinon, sont également des initiatives qui doivent être soutenues, car elles favorisent l'insertion de la personne en situation de handicap.

Enfin, il faut pouvoir proposer aux personnes handicapées vieillissantes des solutions variées qui vont du développement des sections annexes d'ESAT, de places d'accueil de jour, des foyers de vie retraite, des créations de petites unités spécifiques au sein de foyer d'hébergement ou de foyer de vie, des médicalisations de quelques places en foyer de vie, des créations de places en FAM voire en MAS. Il peut être intéressant pour certaines personnes de proposer des accueils familiaux, sous réserve de la formation des accueillants. Beaucoup reste à faire dans ce domaine alors que l'on sait qu'un nombre important de personnes vont être concernées dans les années à venir: dans le Loiret, selon l'enquête menée par la CDHL, 149 travailleurs handicapés travaillaient à temps partiel en 2010 et 125 personnes arriveront à la retraite ou seront en incapacité de travailler d'ici 2015.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- ▶ Etudier les possibilités de redéploiement et d'évolution de l'offre déjà existante sur les territoires : redéploiement de foyers-logements, ...
- ▶ Développer des modes d'accompagnements des personnes handicapées en perte d'autonomie,
- ▶ Développer des temps partiels en ESAT complétés par des Accueils de Jour,
- ▶ Développer des places de SAVS et ou SAMSAH,
- ▶ Développer, en lien avec les Conseils Généraux, de petites unités d'hébergement (ex : « Maison des quatre¹⁴ » pour les personnes traumatisées crâniennes),
- ▶ Développer la politique d'accueil familial, en lien avec les Conseils généraux,
- ▶ Développer des structures de semi-autonomie, sans exclure les expérimentations et les formules innovantes : maisons-relais pour personnes avec troubles du comportement ou psychiques, habitat regroupé, appartement autonome, foyer proposant une démarche d'apprentissages à la vie sociale...

¹⁴ <http://www.maisondesquatre.fr>

Fiche n° 20 : Développer des réponses diversifiées et articulées pour les personnes ayant des troubles psychiques, du spectre autistique ou de la conduite et du comportement

Situation actuelle

La reconnaissance et la prise en charge du **handicap ayant pour origine des troubles psychiques** est relativement récente. Si l'accompagnement de ces personnes est dorénavant reconnu par la loi, il reste encore beaucoup à mettre en place pour accompagner au mieux ces personnes, leurs aidants et leur proposer un cadre de vie qui tienne compte de leurs spécificités, et entre autres du caractère non stabilisé de leur handicap qui génère des situations de crise.

Depuis les plans nationaux autistes dont le second court actuellement, la prise en charge des personnes avec troubles du spectre autistique (TSA) s'est améliorée. Le Centre de Ressources sur l'Autisme (CRA) a permis d'améliorer le dépistage et le diagnostic infantiles. Il existe une offre médico-sociale en établissements et en services, pour les enfants et les adultes, de type IME ou FAM/MAS, même si cette offre demeure insuffisante, hétérogène selon les départements et pas toujours bien identifiée. Au 31 décembre 2010, l'ARS recensait 304 places de FAM ou de MAS en région Centre.

En ce qui concerne les **jeunes ayant des troubles de la conduite et du comportement**, notamment ceux accueillis en ITEP (Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique), les établissements font face à des phénomènes de violence de plus en plus difficiles à maîtriser avec des équipes de plus en plus démunies et en situation d'échec. Or on note ces dernières années une augmentation du nombre de jeunes ayant des troubles de la conduite et du comportement, augmentation qui déstabilise les professionnels et va nécessiter une adaptation des modes d'accompagnement jusqu'alors proposés.

Problèmes posés

La prise en charge du handicap psychique, si elle s'est améliorée par la création de places en MAS en FAM ou en SAMSAH, est encore insuffisante sur certains territoires de la région, comme le Cher. Une prise en charge satisfaite d'une personne handicapée psychique passe donc par la diversification des modes d'accompagnement possibles. Ainsi, la pérennisation du financement des GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle), qui ont connu un fort succès, avec plus de 300 GEM créés dont 16 en région Centre, doit être poursuivie. Le développement de places en ESAT, en appartements thérapeutiques, en structures de semi-autonomie doit également être poursuivi.

Le partenariat entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, encore insuffisant, doit être impérativement poursuivi : le lien entre ces deux secteurs doit être permanent, afin d'adapter l'accompagnement de la personne, selon les « phases » qu'elle traverse : période de crise, période stabilisée... Il est constaté une grande difficulté à prévenir les crises et à les gérer, période où le sanitaire semble parfois intervenir par défaut. Le partenariat également pouvoir compter sur les aidants de proximité, les services sociaux et d'insertion, la justice, les employeurs...

Concernant les troubles du spectre autistique, un certain nombre de difficultés persistent : difficultés d'élaboration du diagnostic, difficultés d'insertion dans la vie notamment scolaire, difficultés de modes d'accompagnement adaptés, manque de places en structures. Il faut encore accroître les capacités de prise en charge, en consolidant le nombre de places dédiées en établissements et services pour les personnes autistes ou en prévoyant des extensions ou des créations de places d'IME, de MAS et de FAM par des unités dédiées au sein d'établissements existants non spécialisés

ou par des places dans des établissements spécifiques, de SAMSAH dans l'ensemble des départements de la région.

Enfin, l'accompagnement des jeunes ayant des troubles de la conduite et du comportement est encore insuffisamment abordé de manière conjointe avec la pédopsychiatrie en termes de soins réguliers et de possibilités d'hospitalisation. Il faut pouvoir diversifier les propositions et créer des passerelles entre différents lieux et différents acteurs, entre institutionnalisation et accueil hors les murs : une prise en charge par l'ITEP de l'internat de semaine, à l'internat modulé, de l'internat séquentiel au semi-internat, de l'accueil à temps partiel conjointement avec l'intervention d'un SESSAD le cas échéant, un accueil en hôpital de jour, ou en Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS). C'est bien l'objectif de ce que l'AIRe¹⁵ nomme le « dispositif ITEP ».

Plus précisément, les ITEP font face actuellement à des difficultés de plusieurs ordres : la **première** difficulté réside dans le manque de places dans certains départements de la région Centre, notamment le Loiret et l'Eure-et-Loir. L'appel à projet récent de l'ARS relatif à l'ouverture de 20 places d'internat en Eure-et-Loire et de 40 places dans l'est du Loiret est une perspective très favorable. Quant à certains SESSAD dédiés au traitement des troubles de la conduite, notamment dans le Loiret, il est déploré qu'en dépit d'un avis favorable d'extension d'activité ou de création, les arrêtés de financement ne correspondent par exemple qu'à trois places sur 20 validées. Entre autres conséquences, certains enseignants référents et responsables de collèges cessent de travailler à l'orientation d'élèves en direction d'un tel service, au prétexte tout à fait recevable que malgré la pertinence de l'indication, aucune réponse ne peut être apportée.

La **deuxième** difficulté réside dans la confusion fréquente -y compris par les certains professionnels ou administrations- entre les ITEP qui sont des établissements médico-sociaux relevant de l'ARS et les établissements dédiés à la Protection de l'Enfance (appelés MECS) relevant des Conseils Généraux. Les financeurs sont différents et les textes les régissant le sont également. Pour autant, si ces établissements ne doivent pas être confondus, de nombreux enfants relèvent des deux types d'accompagnement, cumulant des problèmes de maltraitance familiale, et des difficultés psychiques. Ainsi, des coopérations confiantes doivent être impérativement recherchées entre ces différentes structures afin de prendre en compte le mieux possible les difficultés massives de ces enfants et adolescents, fréquemment rejetés de la plupart des dispositifs socio-éducatifs et scolaires, pour leurs troubles bruyants du comportement, qui peuvent aller jusqu'à la violence et le passage à l'acte asocial.

Afin que chacun de ces services ne soient pas confrontés à un sentiment d'isolement devant la difficulté de contenir et d'apaiser les troubles du comportement que présentent ces jeunes, un partage régulier des informations utiles à chaque dispositif ou acteur, est indispensable, associé à une confiance réciproque construite sur une analyse conjointe et régulière des difficultés et des avancées rencontrées par les équipes concernées autour de la situation particulière de chaque jeune. Ces temps d'élaboration « connexe » entre les ITEP et les autres dispositifs, ont déjà fait leurs preuves dans le registre de la cohérence des réponses apportées à ces jeunes, et à la sécurisation de leur parcours institutionnel. Un tel travail, respectueux des missions dévolues à chacun des acteurs, doit pouvoir permettre d'enrayer le processus de rejet dont ces jeunes sont victimes et d'améliorer le climat aujourd'hui très délétère des institutions, de plus en plus débordées par les actes de violences de la population accueillie.

La **troisième** difficulté réside dans le fait que les ITEP, en dépit de leur volonté de s'inscrire dans un partenariat avec la psychiatrie publique, mais aussi les CMPP, sont trop souvent confrontés à l'embollisation de ces services. Les délais de prise en charge sont très longs et les dispositifs de soins d'urgence sont trop peu nombreux. Soulignons que ces difficultés sont liées à la pénurie très

¹⁵ L'Association nationale des Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques et de leurs Réseaux

inquiétante de psychiatres, avec des postes vacants de plus en plus nombreux, tant dans le service public hospitalier que dans les CMPP, les ITEP et leurs SESSAD.

La **quatrième** difficulté des ITEP est liée à la scolarisation et ou re-scolarisation complexe de la population ces jeunes en milieu ordinaire. Cela nécessite des allers et retours parfois fréquents des jeunes entre l'ITEP, les écoles et collèges, mais aussi les dispositifs de formation professionnelle par l'apprentissage. Pour ces raisons, les classes spécialisées à l'intérieur des ITEP conservent toute leur utilité, combien même il est pertinent aussi que les équipes de SESSAD intègrent les écoles et collèges. La suppression d'enseignants spécialisés dans les ITEP de la part du ministère de l'Education Nationale s'avère très clairement préjudiciable à la recherche de prises en charge diversifiées et individualisées, notamment lorsque certains jeunes supportent pas leur intégration dans des classes de vingt-cinq ou trente élèves, d'autant que le soutien des AVS notifié par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées est d'une part rarement effectif du fait de leur nombre insuffisant, et d'autre part car ces personnels trop peu formés sont démunis par les troubles présentés par ces jeunes.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- Mettre en œuvre des réponses concertées entre le champ de la santé et de la psychiatrie, du médico-social, de l'Education Nationale, de la protection de l'enfance ou de l'insertion, les différents financeurs (ARS, Conseils généraux) et les MDPH,
- Créer et diversifier les modes d'accompagnement de ces publics par des places en établissements (notamment en ITEP) et services,
- Expérimenter la création de structures mixtes, à double habilitation, accueillant à la fois des jeunes sous protection administrative ou judiciaire et des jeunes orientés par la MDPH au titre de troubles des conduites ; cependant, il faudra veiller à ce que ces structures ne deviennent des lieux de dépôt ségrégatifs des jeunes dont les dysfonctionnements psychiques seraient les plus complexes,
- Créer une plateforme commune de rencontre, d'information et de formation réunissant l'ensemble des acteurs intervenant auprès des publics avec troubles spécifiques,
- Soutenir et former les familles et proches de personnes ayant des troubles du spectre autistique.

Fiche n° 21 : Faire vivre les Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées (CDCPH)

Situation actuelle

Institués par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, les Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées (CDCPH) donnent un avis et formulent des propositions sur les orientations de la politique du handicap dans tous les domaines de la vie sociale, ainsi que sur les mesures à mettre en œuvre au plan local pour assurer la coordination des interventions de tous les partenaires institutionnels ou associatifs, notamment concernant :

- la scolarisation,
- l'intégration sociale et professionnelle,
- l'accessibilité,
- le logement,
- le transport,
- l'accès aux aides humaines et techniques, aux sports et loisirs, au tourisme et à la culture.

Leur rôle s'est également accru avec la loi HPST¹⁶ puisque celle-ci leur donne un rôle dans la désignation de représentants des usagers au sein de la CRSA, des Conférences de Territoire et des commissions de sélection des appels à projet.

Les CDCPH doivent dorénavant également être consultés pour avis avant la publication des schémas départementaux pour personnes handicapées¹⁷.

Le CDCPH est informé de l'activité de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Il est également informé du contenu et de l'application du programme départemental d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés et des schémas d'équipement et d'accompagnement des personnes handicapées dans le département.

Chaque Conseil départemental est chargé de réaliser un recensement du nombre de personnes handicapées résidant dans le département et de la nature de leur handicap.

Enfin, il remet avant le 1^{er} mars de chaque année un rapport sur l'application de la politique du handicap dans le département et sur son activité au ministre chargé des personnes handicapées, qui le transmet au président du CNCPH.

Cette instance a ainsi un rôle majeur à jouer pour favoriser la concertation au niveau local entre l'ensemble des acteurs concernés, et en particulier entre les autorités et les associations de personnes handicapées. C'est en effet l'instance dédiée pour échanger sur l'ensemble des politiques publiques qui concernent les personnes handicapées dans tous les aspects de leur vie.

¹⁶ Hôpital, Patients, Santé et Territoires publiée le 24 juillet 2009

¹⁷ Disposition prise par décret n° 2011-671 du 14 juin 2011

Problèmes posés

Or, il ressort que, en région Centre comme dans d'autres régions, certains CDCPH se réunissent de manière relativement formelle, respectant au mieux le minimum légal sans prendre la mesure de l'ambition d'une telle instance de concertation.

D'autres ne se réunissent plus et n'ont donc, en conséquence, pas été en mesure de proposer des noms de représentants aux différentes instances de concertation mises en place par les ARS.

Certains représentants des autorités estiment que cette instance fait doublon avec la commission exécutive de la MDPH. Cette confusion est une méprise dommageable dans la mesure où le champ de compétence de la MDPH est beaucoup plus restreint et est principalement concentré sur la compensation des conséquences du handicap.

En réalité, lorsque le CDCPH n'est pas mobilisé, il n'y a aucun lieu qui permette d'échanger globalement sur l'ensemble des politiques publiques, qui relève non seulement des Conseils généraux, de l'Etat, et désormais de l'Agence Régionale de Santé (ARS), mais également des autres collectivités locales (Conseils régionaux, Municipalités, Agglomérations...).

Propositions de l'URIOPSS Centre

Que ce soit en matière d'accessibilité (des bâtiments, de la voirie, des transports, des logements, mais aussi en matière de scolarité, de formation, d'emploi, de loisir, de culture, de sport...), comme en matière de dispositifs de compensation, de ressources, l'écart entre les ambitions affichées et la réalité demeurent si important qu'il est indispensable que toutes les associations et l'URIOPSS se mobilisent pour faire vivre les CDCPH afin qu'ils constituent un véritable outil de travail pour dynamiser les politiques publiques et l'action de tous les acteurs d'un territoire.