



**PLFSS 2024**

**Positionnement du Collectif Handicaps**

**[www.collectifhandicaps.fr](http://www.collectifhandicaps.fr)**

## Sommaire

<b>ARTICLE 21 : MIEUX ARTICULER LES DROITS A LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE AVEC LE BENEFICE DE CERTAINS MINIMA SOCIAUX ....</b>	<b>4</b>
<b>ARTICLE 38 : SERVICE DE REPERAGE, DE DIAGNOSTIC ET D'INTERVENTION PRECOCE.....</b>	<b>4</b>
<b>ARTICLE 39: MODERNISATION DE L'INDEMNISATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE (AT-MP).....</b>	<b>8</b>
<b>FINANCEMENTS DE LA BRANCHE AUTONOMIE .....</b>	<b>9</b>
Développer une offre médico-sociale adaptée aux besoins .....	10
Rendre effectif le droit à compensation du handicap .....	15
Garantir le droit fondamental à la santé.....	17

Créé en septembre 2019 pour défendre les droits des personnes en situation de handicap et de leur famille dans la droite ligne de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, **le Collectif Handicaps regroupe 52 associations nationales :**

AFEH – AFM-TELETHON – AIRE – ALLIANCE MALADIES RARES – ANECAMSP – ANPEA – ANPEDA – ANPSA – APAJH – APF FRANCE HANDICAP – ASBH – ASSOCIATION LES TOUT-PETITS – AUTISME FRANCE – AUTISTES SANS FRONTIERES – BUCODES-SURDIFRANCE – CESAP – CFHE – CFPSAA – CHEOPS – COMME LES AUTRES – DFD – DROIT AU SAVOIR – EFAPPE EPILEPSIES – ENTRAIDE UNION – EUCREA FRANCE – FAGERH – FEDERATION FRANCAISE SESAME AUTISME – FEDERATION GENERALE DES PEP – GNCHR – FFDYS – FISAF – FNAF – FNASEPH – FNATH – FRANCE ACOUPHENES – GEPS<sub>o</sub> – GIHP NATIONAL – GPF – HYPERSUPERS TDAH FRANCE – LADAPT – MUTUELLE INTEGRANCE – PARALYSIE CEREBRALE FRANCE – POLIO-FRANCE-GLIP – SANTE MENTALE FRANCE – TRISOMIE 21 FRANCE – UNAFAM – UNAFTC – UNANIMES – UNAPEI – UNAPH – UNIOPSS – VAINCRE LA MUCOVISCIDOSE

### **Parmi les textes internationaux que la France bafoue aujourd'hui :**

- L'article 11§1 de la Charte sociale européenne : discrimination dans l'accès aux soins et absence de mesures effectives pour lutter contre le non-recours aux soins : accessibilité, formation, etc.
- L'article 15§3 de la Charte sociale européenne : manque d'accès à des accompagnements individualisés et librement choisis ; conditions trop restrictives, tarifs trop faibles et iniquités territoriales dans l'application du droit à compensation ; pas de mesures efficaces pour assurer les services de soutien financier nécessaires afin de garantir leur pleine intégration sociale.
- L'article 16 de la Charte sociale européenne : les aidants sont encore trop souvent des palliatifs aux carences de l'Etat : solutions d'accompagnement insuffisantes ou inadaptées, logements inadaptés, faibles ressources, inaccessibilité...
- L'article 23 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant : l'Etat doit promouvoir et assurer l'inclusion des enfants handicapés dans tous les domaines de la vie
- L'article 6 de la Convention Internationale des Droits des Personnes Handicapées (CIDPH) : l'Etat doit prendre *« toutes mesures appropriées pour assurer le plein épanouissement, la promotion et l'autonomisation des femmes »*
- L'article 19 de la CIDPH : l'Etat doit garantir un soutien dédié à l'autonomie de vie et à l'inclusion dans la société (budget et accompagnement personnalisé) et permettre aux personnes handicapées de faire des choix et de contrôler leur vie, ainsi que de décider où et avec qui elles souhaitent vivre.
- L'article 23 de la CIDPH : l'Etat doit apporter *« une aide appropriée aux personnes handicapées dans l'exercice de leurs responsabilités parentales »*.
- L'article 25 de la CIDPH : l'Etat doit notamment veiller à l'accessibilité des services de santé, promouvoir les investissements dans la conception universelle du matériel, des dispositifs, des établissements de santé et des informations sur les soins. Il doit aussi fournir des soins adaptés à la santé sexuelle et reproductive des femmes handicapées et former à la diversité aux droits des personnes en situation de handicap les personnels soignants et administratifs du secteur de la santé, en concertation avec les organisations de personnes handicapées.
- L'article 31 de la CIDPH : l'Etat doit *« recueillir des informations appropriées, y compris des données statistiques et résultats de recherches, qui leur permettent de formuler et d'appliquer des politiques visant à donner effet à la CIDPH »*

## ARTICLE 21 : MIEUX ARTICULER LES DROITS A LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE AVEC LE BENEFICE DE CERTAINS MINIMA SOCIAUX

Cet article ouvre la présomption automatique de droit à la C2S contributive (2° de l'article [L.861-1 du CSS](#)) pour les bénéficiaires de l'ASI et de l'AAH avec, pour ces derniers, avec des critères restrictifs (critères matrimoniaux et conditions de ressources supplémentaires : complément de ressources, aides au logement).

L'objectif de l'article est bien de **lutter contre le non-recours aux droits** (et non de créer un droit nouveau à la C2S). Toutefois, exclure les bénéficiaires du Complément de Ressources revient à exclure ceux qui présentent les plus grandes difficultés pour l'accès à l'emploi<sup>1</sup> (d'autant plus étonnant que les bénéficiaires de la Majoration Vie Autonome (MVA) y ont, eux, droit). Il est aussi aberrant qu'un des motifs discriminants pour l'accès à la C2S soit le bénéfice d'une allocation logement, alors que ceux qui en bénéficient sont ceux qui ont la malchance d'avoir un loyer plus élevé à payer que ceux qui n'en bénéficient pas.

Nous demandons donc que **la mention du complément de ressources et des allocations logement soient supprimées** et que soit décidée, en conséquence, une augmentation de l'abattement sur l'AAH prévu à l'article L861-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Pour aller plus loin et améliorer la situation des personnes en situation de handicap précaires (le montant de l'AAH à taux plein étant toujours en-deçà du seuil de pauvreté), le Collectif Handicaps demande **l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite** (1° de l'article [L.861-1 du CSS](#)) **aux bénéficiaires de l'AAH** sans activité professionnelle<sup>2</sup>, en précisant que *« le droit à la protection complémentaire en matière de santé leur est attribué automatiquement, **sauf opposition expresse de leur part.** »*

---

<sup>1</sup> Une des conditions pour en bénéficier est l'évaluation d'une capacité de travail inférieure à 5%.

<sup>2</sup> Il semble logique que les travailleurs en ESAT n'entrent pas dans le giron de la C2S (dont l'élargissement des critères d'éligibilité entre en vigueur le 1er juillet 2025 pour les bénéficiaires de l'AAH), puisque le projet de loi pour le plein emploi leur prévoit l'accès à une complémentaire santé obligatoire co-financée par l'employeur à compter du 1er juillet 2024. Rappelons néanmoins ici nos inquiétudes relatives au financement de cette obligation par les ESAT aujourd'hui en difficultés financières (*cf. contribution sur le PJL emploi + plaidoyer sur le PLF*).

## ARTICLE 38 : SERVICE DE REPERAGE, DE DIAGNOSTIC ET D'INTERVENTION PRECOCE

Cet article met en œuvre un engagement de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) : ouvert sans passage préalable par la MDPH, ce service doit garantir des interventions adaptées à chaque situation de handicap et apporter un soutien aux parents. Le Collectif Handicaps soutient évidemment le déploiement de services d'actions précoces à destination de tous les enfants, sans exclusion d'aucune situation de handicap.

Néanmoins, le Collectif Handicaps s'interroge sur :

- **L'articulation entre ce nouveau service et les dispositifs actuels** (PCO, CAMSP, CMPP, EDAP, etc.)

Selon l'étude d'impact, les CAMSP auront « une place privilégiée » pour porter ces nouveaux services (d'où des modifications du schéma de financement entre l'Assurance maladie et les départements), tout en s'articulant avec les dispositifs spécifiques suivant la nature des troubles identifiés.

A ce titre, l'article harmonise les schémas juridiques des parcours de bilan et d'intervention précoce pour les troubles du neuro-développement (déjà existants) et des parcours de rééducation et de réadaptation des enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale ([article 81 de la LFSS 2023](#), dont les conditions d'application devaient faire l'objet d'un décret en Conseil d'Etat, qui n'a toujours pas vu le jour...).

A noter : les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) sont désormais à destination des 0-6 ans et des 7-12 ans ; tandis que ce nouveau service ne concerne que les 0-6 ans.

- **L'évaluation des besoins sur les territoires**

Pour déployer le service le plus adapté aux besoins des enfants et des familles sur les territoires, il aurait fallu **s'appuyer sur des données qualitatives et quantitatives** remontées des actuels CAMSP et CMPP. Or, actuellement, la CNSA rencontre de nombreuses difficultés techniques pour recueillir et analyser les rapports d'activités des CAMSP et CMPP. Ces difficultés sont dénoncées depuis des mois par les associations et il est aujourd'hui nécessaire de relancer les travaux sur ce sujet, et en lien étroit avec le déploiement de ce nouveau service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce.

- **Les moyens humains et financiers dédiés**

Après les 10 millions d'euros alloués pour le renforcement des CAMPS et CMPP et les 35 millions d'euros alloués au financement des PCO en 2023, il est impératif de continuer à **octroyer des moyens supplémentaires** aux structures d'action précoce, afin qu'elles ne laissent aucune famille de côté, surtout les plus démunies et/ou éloignées des dispositifs de soins de de prévention précoce.

Cette question est d'autant plus importante que ces dispositifs sont aujourd'hui saturés, faute de professionnels, et voient leurs listes d'attente constamment augmenter. En effet, même si des fonds sont bien débloqués (110 M€ pour la branche « Autonomie » et 169 M€ pour l'ONDAM soins de ville à horizon 2028 – dont 44.3 M€ dès 2024), avec **quels moyens humains** vont fonctionner ces nouveaux services de repérage précoce ?

A la lecture de l'alinéa 5, nous comprenons que les départements pourront désormais conventionner avec l'Assurance Maladie pour obtenir davantage de financements de la Sécurité Sociale (alors qu'il existe actuellement un plafond de 80% de financements par l'Assurance Maladie pour les CAMSP). Cette contractualisation aurait pour conséquence de renforcer la mise à disposition de professionnels du soins payés par l'Assurance Maladie, afin d'alléger la file active des services. Mais, **quid des professionnels non-financés par l'Assurance Maladie mais nécessaires au développement des enfants** (tels que les psychomotriciens, les psychologues, les ergothérapeutes, les éducateurs, etc.) ?

Il n'est plus à rappeler que les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires connaissent aujourd'hui une large pénurie de professionnels : pour un fonctionnement effectif de ces services, il est indispensable de réfléchir à **l'attractivité des métiers** (financement digne des professionnels, reconnaissance de leurs formations et spécialisations, etc.)...

Par ailleurs, l'une des conditions d'effectivité de ce service de diagnostic et d'intervention précoces est la participation d'une équipe pluridisciplinaire et donc de **temps de coordination** entre les différents acteurs pour dresser le diagnostic le plus précis. Or, aujourd'hui, les professionnels libéraux sont difficiles à mobiliser dans les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) pour ces temps de coordination...

Autre sujet prégnant : les compétences et le respect des bonnes pratiques professionnelles par les professionnels exerçant dans ces services. L'élargissement des services existants (PCO ou expérimentations article 51 COCON et Santé Protégée) à des enfants concernés aux enfants vivant avec un « trouble durable et invalidant de quelque nature que ce soit » présuppose **une formation adéquate**.

Enfin, il serait judicieux de préciser dans l'article que **les structures de la protection de l'enfance** sont associées à ce nouveau service, car les enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance devraient compter parmi les premiers bénéficiaires de ces actions précoces.

- **Les modalités d'application et le cahier des charges**

Le Collectif Handicaps se demande quel cahier des charges va préciser le fonctionnement de ces nouveaux services d'action précoce.

Cela fait longtemps que les associations demandent et travaillent à une refonte des cahiers des charges des CAMSP et CMPP (les annexes du décret de 1963 et du décret de 1976 définissant respectivement les conditions techniques d'agrément des CMPP et des CAMSP étant obsolètes et méritant d'être actualisées), mais ces travaux de plusieurs mois n'ont jamais abouti (au motif de la création de ce nouveau service 0-6 ans).

Les associations représentatives demandent, évidemment, à **être associées à la rédaction des décrets d'application et des cahiers des charges préemptant la mise en œuvre de cette mesure.**

Parmi les textes réglementaires nécessaires à l'application de cette mesure figure un arrêté fixant **le reste à charge des assurés** à ce service d'action précoce. Or, nous tenons à rappeler que ce service doit être un service public s'adressant particulièrement aux familles les plus démunies : nous réaffirmons donc la nécessité d'un reste à charge le plus faible possible, voire d'aucun reste à charge (comme c'est le cas pour les PCO actuelles).

## ARTICLE 39 : MODERNISATION DE L'INDEMNISATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE (AT-MP)

Alors que le système assurantiel a évolué s'agissant des accidents de la circulation, de la responsabilité civile ou des accidents médicaux, la législation sur les AT-MP reste la même depuis 1898 – créant ainsi de véritables discriminations entre les victimes. Les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle restent les seules victimes d'une atteinte corporelle ou psychologique à devoir se satisfaire d'une indemnisation réduite...

Face à ce constat, le Collectif Handicaps partage les propositions faites par la FNATH dans le cadre de son [livre blanc sur les accidents du travail et maladies professionnelles](#) : *« Parce qu'une victime d'accident de travail ou maladie professionnelle doit être indemnisée comme les autres victimes. »*

Avec cet article 39, le Gouvernement **semble vouloir améliorer** la situation des assurés, mais dans les faits, c'est **au prix d'un recul des droits acquis** : il est proposé une amélioration au rabais, largement financé par les assurés eux-mêmes alors qu'ils voient leurs droits actuels dégradés.

En effet, l'amélioration annoncée de l'indemnisation va se traduire par une baisse du montant de la rente (telle qu'elle est actuellement calculée), puisqu'il est notamment prévu une diminution de l'assiette des salaires prises en compte dans le calcul de la part dite « professionnelle » (cf. étude d'impact page 391).

Ce n'est donc en rien une amélioration puisque : 1) le montant de la rente pour indemniser le préjudice économique sera inférieur à ce que perçoit aujourd'hui un accidenté ; 2) c'est aux accidentés du travail que l'on va demander d'accepter une dégradation des modalités de calcul de la rente pour financer le complément d'indemnisation promis (réforme à coût constant – qui est d'autant plus incompréhensible que la branche AT-MP est excédentaire de 1.9 Md€ en 2023).

Le Collectif Handicaps soutient ici pleinement [l'analyse détaillée faite par la FNATH](#) et demande **la suppression de cet article**, dans l'attente d'une réforme plus poussée des indemnisations AT-MP, qui profite réellement aux victimes. Le livre blanc de la FNATH proposent de nombreuses pistes de travail en ce sens.



## FINANCEMENTS DE LA BRANCHE AUTONOMIE

Conformément à la loi du 7 août 2020, la branche « Autonomie » va percevoir 0,15 points de CSG de la CADES au 1er janvier 2024 (soit plus de 2 milliards d'euros de recettes supplémentaires). L'objectif de dépenses de la branche « Autonomie » pour 2024 est, lui, fixé à 39,9 milliards d'euros (+ 5,2% par rapport à 2023).

Les nouvelles recettes vont majoritairement être absorbées par les revalorisations salariales annoncées (qui ne concernent pas l'ensemble des professionnels – cf. infra). Ses ressources ne sont donc pas suffisantes pour contribuer, plus largement, à mettre en œuvre **une politique publique de soutien à l'autonomie basée sur les besoins des personnes.**

Pour rappel, suite à la création de la cinquième branche de la Sécurité Sociale, le Collectif Handicaps a mandaté la réalisation d'[une étude pour évaluer les besoins de financement complémentaires](#) afin d'assurer l'autonomie de vie des personnes en situation de handicap. Ce besoin de financement a été évalué autour de 10 à 12 milliards d'euros sur 4 ans...

Avant d'entrer dans le détail des annonces de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) que le PLFSS est supposé mettre en œuvre, le Collectif Handicaps tient à rappeler que la branche « Autonomie » a pour objectif de **soutenir l'autonomie de toutes les personnes ayant un besoin particulier, quel que soit son âge et sans exclusion d'aucune situation de handicap.** Plutôt que de centrer les discours et mesures sur le « bien vieillir », le Collectif Handicaps demande de mettre en œuvre une politique du « bien vivre » pour tous les citoyens.

La politique publique du soutien à l'autonomie doit être pensé dans son ensemble. Cela ramène à réfléchir à la barrière d'âge entre dépendance et handicap – fixée arbitrairement à 60 ans – qui devait disparaître en 2015, selon la loi du 11 février 2005...

S'agissant du vieillissement de la population, nous rappelons que les personnes en situation de handicap aussi avancent en âge. Le récent [rapport de la Cour des Comptes](#) a bien démontré que ce phénomène démographique majeur était insuffisamment appréhendé par les pouvoirs publics, avec des besoins partiellement satisfaits en matière d'accès aux soins et d'accompagnement social et médico-social et des fréquentes ruptures de parcours. **L'accompagnement et le respect des droits fondamentaux des personnes handicapées vieillissantes ne doit plus être un impensé des politiques publiques.**

## Développer une offre médico-sociale adaptée aux besoins

### L'urgence de mettre en place des observatoires territoriaux des besoins

Depuis de nombreuses années, le Collectif Handicaps appelle au déploiement d'observatoires pour **poser des diagnostics territoriaux partagés** et **objectiver les besoins des personnes** (en situation de handicap et âgées) et de leurs familles et aidants.

Pour piloter une politique nationale de l'autonomie, il faut impérativement mieux identifier et analyser les besoins des personnes concernées. Sans ce recueil de données quantitatives et qualitatives dans les territoires, il paraît difficile de concevoir les solutions adaptées et déployer les moyens nécessaires pour que chacun puisse avoir une réponse adéquate.

L'objectif doit être de garantir à tous, et en particulier aux enfants et adultes actuellement sans solution d'accompagnement, l'accès à une offre de proximité, de qualité et adaptée à leurs besoins.

**C'est à partir de telles données qu'il faut définir les politiques publiques et les financements de la branche « Autonomie », pour couvrir tous les besoins, ceux des personnes en situation de handicap comme ceux des personnes âgées.**

Cette demande est soutenue par la Cour des Comptes dans son dernier [rapport sur les personnes handicapées vieillissantes](#): sa proposition n°9 est de « *créer un observatoire national du handicap chargé d'analyser régulièrement, de manière pluri partenariale, les données du secteur, afin d'éclairer le pilotage des instances nationales et d'assurer l'information du public* ».

### Les « 50 000 nouvelles solutions » promises à la CNH

Il a été annoncé à la CNSA **une enveloppe de 985 M€ progressivement mise à disposition des ARS à horizon 2030** pour le développement ces « nouvelles solutions », dont 400 M€ pour les ESMS accueillant des enfants et 585 M€ pour les ESMS accueillant des adultes. Pour 2024, l'enveloppe serait de 120 M€.

Sur la forme, le Collectif Handicaps réfute le terme « solutions » utilisées pour parler du développement de l'offre médico-sociale, qui laisse à penser que les personnes à accompagner sont des « problèmes » ; or, ce sont des personnes qui – quel que soit leur âge – ont des besoins auxquels la société doit répondre.

Sur le fond, le Collectif Handicaps partage la logique derrière les critères de répartition de ces crédits (logique de rattrapage pour les territoires les moins bien dotés, logique de développement de l'offre et prévention des départs en Belgique).

Mais, ces enveloppes budgétaires (fixées arbitrairement par le Gouvernement) posent de nombreuses questions :

- **Quelle est la logique politique derrière ces chiffres et cette répartition des crédits entre les enfants et les adultes ?** Si seulement un observatoire des besoins analysait les données qualitatives et quantitatives pour déterminer objectivement l'offre nécessaire et les financements liés...
- **De quelles « solutions » parle-t-on ?** Quelle prise en compte des 10 000 jeunes dits « amendements Creton » et de la situation catastrophique dans laquelle se trouve de très nombreux enfants et adultes sans réponse ou avec des réponses inadaptées à leurs besoins spécifiques<sup>3</sup> ?
- Les informations restent floues quant à la **répartition pluriannuelle du financement.**
- On nous annonce un **co-pilotage entre l'ARS et le conseil départemental** (compétence partagée, le département étant chef de file sur l'action sociale) pour expliquer la faiblesse des crédits dédiés à l'accompagnement des adultes en situation de handicap. Or :
  - Nous n'avons aucune garantie quant à la mobilisation des départements: si cette mécanique est retenue, l'Etat n'aura pas de levier pour s'assurer de l'engagement des départements en la matière (cf. blocages rencontrés lors des différentes vagues de revalorisations salariales post-Ségur de la Santé).
  - Certes, des ESMS sont co-financés, mais d'autres (telles que les MAS) sont exclusivement financées par la Sécurité Sociale.
  - Il ne s'agit en aucun cas de prendre dans l'enveloppe dédiée aux enfants pour en ajouter à l'enveloppe dédiée aux adultes, bien au contraire: nous demandons à ce que l'accompagnement de toutes les personnes vulnérables, quel que soit leur âge, relève de la solidarité nationale et bénéficie d'un soutien financier adapté aux besoins.
- **Avec quels professionnels cette offre va voir le jour ?** La pénurie actuelle entraîne déjà une dégradation rapide de l'accompagnement, donc difficile d'imaginer la concrétisation de ces annonces dans ce contexte.

---

<sup>3</sup> Par exemple : les SAAIS n'existent pas partout sur le territoire, il en faudrait au moins un par département, en veillant que ces derniers soient dotés des moyens humains et financiers afin de répondre pleinement aux demandes.

Par ailleurs, il est important de **mettre perspective cette annonce pour comprendre le désengagement de l'Etat dans la politique publique du handicap** :

- Le Président de la République a annoncé lors de la CNH la création de 50 000 solutions d'ici à 2030, soit sur une période de 7 ans.
- Selon « Les chiffres clés de la CNSA 2022 », il a été créé entre 2011 et 2021, 52 000 places pour adultes et 22 902 places pour enfants, soit 74 902 places au total sur une période de 10 ans. Cela représente 52 431 places pro rata temporis sur une période de 7 ans. La proposition des 50 000 « solutions » représente donc un recul par rapport à la période 2011-2021...
- A partir des mêmes données dans « Les chiffres clés de la CNSA 2023 », on constate que ce fléchissement de l'engagement gouvernemental avait débuté avant la CNH 2023. En effet entre 2012 et 2023, la création de places est tombée à 63 000 (contre 74 902 places de la décennie 2011-2021).

### **Des inégalités de traitement des professionnels du secteur du médico-social qui pèsent sur la qualité de l'accompagnement des enfants et adultes en situation de handicap**

Le Collectif Handicaps alerte sur la nouvelle inégalité de traitement subie par les professionnels du secteur médico-social, suite à l'annonce de **revalorisations salariales (astreintes, travail de nuit, week-end, jours fériés) pour les personnels de la fonction publique hospitalière**.

Alors qu'ils exercent aussi des missions de service public indispensables, les personnels médico-sociaux se voient une nouvelle fois exclus de ces annonces. Ces revalorisations à géométrie variable (comme l'ont été celles du Ségur de la Santé) pèsent directement sur la qualité de prise en charge des personnes qui ont besoin de soins ou de surveillance nocturne constante, en renforçant les difficultés de recrutement et/ou de fidélisation des personnels dans les ESMS concernés.

Pour éviter de renouveler les mêmes erreurs et d'aggraver la pénurie de personnels dans le secteur, nous demandons à ce que **cette mesure s'applique à tous les professionnels qui travaillent, dans des conditions similaires, auprès des plus vulnérables, quel que soit leur employeur ou leur secteur d'activité (sanitaire, social ou médico-social)**.

## Quelles stratégies pour les publics particulièrement vulnérables ?

Le Collectif Handicaps appelle à :

- **Renouveler une stratégie Autisme plus ambitieuse**, avec des financements dès 2024, pour qu'enfin chaque personne autiste bénéficie, quel que soit son âge, d'une prise en charge pluridisciplinaire qui tient compte de ses besoins et difficultés spécifiques (conformément à l'article L.246-1 du code de l'action sociale et des familles) :

Pour répondre de manière diversifiée et individualisée aux besoins des adultes et enfants, notamment ceux actuellement sans solution, des moyens sont nécessaires que ce soit en termes de diagnostics et d'interventions précoces, de soutien éducatif à la scolarisation jusqu'à 18 ans, d'accès aux soins (notamment des personnes autistes non-oralisantes) ou encore d'accompagnements en ESMS, pour éviter toute forme de maltraitance.

Nous attendons également que la France finance une étude épidémiologique Autisme aux normes, comme l'ont déjà fait de nombreux pays.

Or, aucune nouvelle Stratégie Autisme n'a été présentée à ce jour : si aucun moyen n'est prévu dans le PLFSS pour 2024, on peut supposer que le plan dont les associations attendent la présentation depuis juillet dernier ne sera pas à la hauteur des besoins colossaux...

- **Déployer une stratégie en faveur des personnes présentant des TDAH, TDI ou troubles « Dys »**, afin d'avoir – enfin – les moyens de répondre de manière diversifiée et individualisée aux besoins des publics concernés (diagnostics et interventions précoces, plateformes de coordination et d'orientation (PCO), accès à la PCH et à l'AEEH, développement de la recherche, etc.)
- **Mettre en œuvre un véritable plan polyhandicap**, à partir de diagnostics territoriaux partagés, avec des moyens humains et financiers plus conséquents, permettant le déploiement d'une offre répondant quantitativement (au moins 10 000 places) et qualitativement (formation appropriée, postes d'enseignants en ESMS, appui d'un centre de ressources national) aux besoins.
- **Mettre en œuvre un plan handicap psychique**, avec une enveloppe budgétaire dédiée pour développer une politique de santé mentale efficiente, éviter les ruptures de parcours, faciliter l'insertion professionnelle ou l'accès et le maintien dans le logement, mettre en œuvre des accompagnements de qualité adaptés aux besoins des personnes et de leurs familles, etc.

Le [Baromètre 2023 de l'Unafam](#) sur la santé mentale et les troubles psychiques prouve, encore une fois, que l'Etat français n'a pas pris la mesure des besoins des personnes concernées par un trouble psychique et de l'ampleur des droits fondamentaux bafoués...

- **Mettre en œuvre un plan paralysie cérébrale**

Conformément aux demandes de la Fédération Paralysie Cérébrale France et de la Fondation Paralysie Cérébrale, ce plan reprendrait deux piliers du livre blanc de la paralysie cérébrale d'octobre 2021 :

- La mise en place d'**au moins trois centres de compétences et de confiance sur la paralysie cérébrale par région**, ce qui permettrait d'assurer un suivi sans rupture de l'enfant à l'adulte vieillissant et de créer des synergies avec les acteurs du territoire (éducation thérapeutique, information, formation, etc.). La mesure est évaluée à 16 millions d'euros par an pour 3 pôles de compétence par région à la fin du quinquennat.
- L'organisation et le financement, à l'échelle nationale et sur la base des recommandations de la Haute Autorité de Santé, de **stages intensifs et ludiques pour la rééducation sur objectif** : à l'instar des premiers pilotes financés sur fonds privés par une fondation de recherche (stages HABIT / HABIT-ILE), il s'avère indispensable de généraliser ces stages basés sur des activités de coordination passant par le jeu pour améliorer l'autonomie des enfants. Cette rééducation s'organise au cours de stages d'une durée de 10 jours ouvrés. Les objectifs fonctionnels sont déterminés avec les enfants et les parents (ouvrir une boîte de jouets, faire du vélo, etc.) avec des activités motrices structurées de difficulté croissante. Evalués à 10 000 euros par enfant et avec certaines hypothèses de démarrage (100 stages par an en France (1 000 enfants) et formation en 5 ans de 300 professionnels), la mesure est évaluée à 10 millions d'euros par an d'ici la fin du quinquennat.

### **Faire du rôle d'aidant un choix grâce à une offre médico-sociale adaptée**

Aucune annonce n'a été faite à la CNH pour améliorer les droits des aidants ; le PLFSS est parue **avant l'annonce d'une nouvelle stratégie nationale en faveur des aidants** et alors que nous n'avons pas connaissance des arbitrages financiers pour la mise en œuvre des annonces faites.

Dans le contexte actuel de pénurie de professionnels, et alors que la solidarité nationale ne relaie pas encore suffisamment la solidarité familiale, de nombreux proches deviennent aidants à défaut de meilleure solution.

**L'enjeu n'est pas tant de développer les offres de répit que de faire en sorte qu'ils n'en aient pas besoin**, car la suppléance dans l'accompagnement de leur proche sera suffisante, de proximité et de qualité.

D'ici là, il est urgent de reconnaître les efforts qu'ils fournissent au quotidien et de **leur ouvrir des droits sociaux spécifiques**. De nombreux points restent à améliorer pour une meilleure prise en compte des aidants, notamment pour préserver leur santé, lutter contre l'isolement social et la précarité, développer l'offre de relais et améliorer la conciliation vie personnelle-vie familiale-vie professionnelle.

Sur ce sujet, le Collectif Handicaps soutient les propositions du [CIAAF](#), l'enquête [« La voix des parents » de l'UNAPEI](#) et [le baromètre de l'UNAFAM](#).

## **Rendre effectif le droit à compensation du handicap**

### **L'insuffisance des annonces de la CNH sur la prestation de compensation du handicap (PCH)**

La seule annonce relative aux montants de la PCH faite à la CNH a été le « relèvement du plafond du temps d'aide à l'alimentation et augmentation de la couverture des charges liées à l'emploi direct » (de 140 à 150% du salaire brut d'un assistant de vie). Nous ne contestons évidemment pas cette mesure, si elle est effectivement accompagnée de moyens supplémentaires pour la financer.

Mais, nous déplorons que la CNH n'ait débouché sur **aucun engagement<sup>4</sup> sur :**

- **La [suppression de la barrière d'âge](#) fixée à 60 ans pour pouvoir bénéficier de la PCH ;**
- **L'élargissement du périmètre des besoins couverts par la PCH Aide humaines aux [activités ménagères et aux assistants de communication](#) ;**
- **La révision du décret relatif à la [PCH Parentalité](#) (afin de rendre effectif le droit à la Parentalité pour tous les parents en situation de handicap) ;**
- **La prise en compte [des besoins des enfants](#) au titre de la compensation des conséquences du handicap ;**
- **La création d'un [service d'accompagnement](#) à la mise en œuvre des Plans Personnalisés de Compensation (PPC) ;**
- **La [revalorisation de tous les éléments de la PCH](#).**

---

<sup>4</sup> En liens URL : les fiches-actions travaillées dans le cadre des groupes de travail préparatoires à la Conférence nationale du handicap (CNH).

[L'article 85 de la LFSS pour 2023](#) actait pourtant la nécessité d'une (réflexion sur la) revalorisation de la PCH, qui n'avait pas évolué depuis sa création en 2006 (et ce, alors qu'elle était déjà loin d'être suffisante pour couvrir les coûts des prestations à l'époque). Malgré le contexte inflationniste actuel qui renforce l'urgence à agir, rien n'a évolué...

Quid également de **l'effectivité de l'élargissement de la PCH aux personnes vivant avec une altération des fonctions mentales, psychiques ou cognitives ou des troubles neurodéveloppementaux** ? Cette mesure entrée en vigueur par un [décret d'avril 2022](#) nécessite d'urgence des financements adéquats et la formation des équipes des MDPH.

Toutes ces mesures supposent [la révision des concours PCH de la CNSA aux Conseils Départementaux](#), afin de lever les freins budgétaires à une évolution du droit à la compensation et permettre enfin la mise en œuvre des dispositifs adaptés aux besoins des personnes et la fluidité des parcours d'accompagnement.

### **Des crédits sont-ils bien prévus pour le remboursement à 100 % de tous les fauteuils roulants ?**

*« Tous les fauteuils roulants seront intégralement remboursés en 2024. »* Cette annonce d'Emmanuel Macron lors de la dernière CNH a été largement reprise et est très attendue par les utilisateurs de fauteuil roulant.

Aujourd'hui, le reste à charge moyen (après remboursement par la Sécurité Sociale et financement par la PCH) s'élève à 900 € (IRDES, 2022). Un chiffre qui cache cependant de fortes disparités : près de 5 % des usagers doivent, en moyenne, payer 5 500 € de leurs poches ; pour 10 % de ceux qui achètent un fauteuil électrique, le reste à charge moyen s'élève à 8 670 €.

Nous restons attentifs à la mise en application de cette annonce, notamment pour que l'utilisateur puisse bénéficier du fauteuil roulant adapté à sa situation et dans le respect de son libre choix. **Aucune mesure budgétaire ou réglementaire ne doit venir contraindre ce choix.**

Beaucoup d'utilisateurs de fauteuils roulants n'ayant pas les moyens de souscrire une complémentaire santé et les enveloppes PCH étant limitées, c'est **à la Sécurité Sociale de rembourser directement ces aides techniques**, garantes de l'autonomie de vie des personnes.



## Quid de la Communication Alternative et Améliorée (CAA) ?

Lors de la CNH, l'Etat s'est engagé à permettre aux personnes d'accéder et d'utiliser la CAA, via le **renforcement des équipes d'accompagnement aux aides techniques (EQLAAT)** et le **renforcement des centres de référence** d'ici la fin du quinquennat : quels crédits seront dédiés à cela dès 2024 ?

Pouvoir communiquer est au-delà d'un droit fondamental, un besoin vital. Pour remplacer ou soutenir le langage, les outils de CAA sont indispensables. Aussi, il est urgent de **mettre en place une stratégie nationale de déploiement des aides techniques à la communication et de faire évoluer les pratiques professionnelles**, afin de garantir l'autonomie et l'exercice plein et entier de l'autodétermination des personnes.

## Garantir le droit fondamental à la santé

### Les mesures de la CNH pour « renforcer l'accès aux soins et à la prévention » et pour « agir pour la santé sexuelle »

- **Le déploiement d'un dispositif « Handibloc »** (bloc opératoire accessible et adapté aux personnes en situation de handicap) **par région :**

Si le Collectif Handicaps salue l'objectif d'accès et de recours aux soins derrière cette mesure, il s'étonne de son déploiement géographique (un hôpital par région) et de l'annonce d'une mise en place progressive (entre 2023 et 2026), alors que ce sont tous les cabinets médicaux qui devaient être accessibles depuis plus de 10 ans...

Le Collectif Handicaps souhaiterait savoir quels crédits sont mis à disposition dès 2024 pour le déploiement de cette mesure.

- **La généralisation des consultations dédiées :**

Le développement des services « Handiconsult » démontre que des locaux et des équipements adaptés permettent un retour aux soins pour des personnes qui en étaient éloignées en raison de leur situation de handicap. L'hôpital et la médecine de ville doivent se nourrir de ces expertises pour permettre aux personnes d'avoir un accès plus facile aux professionnels de santé.

Cette mesure est donc bienvenue. Il ne reste plus qu'à la rendre effective: or, les informations sont floues sur le sujet avec un calendrier large (2023-2026) et aucune ligne budgétaire annoncée pour le moment.

- **L'expérimentation de dispositifs régionaux de prévention et promotion de la santé**

Annoncée dès 2024, cette expérimentation est très utile, mais nécessite des financements à la hauteur pour mener des actions ciblées sur certaines priorités (pédopsychiatrie, santé sexuelle, dépistage des cancers, santé bucco-dentaire, etc.), déployer des campagnes de communication intelligibles pour tous et disposer des équipements adaptables. Or, à ce jour, nous ne disposons pas d'informations quant à la traduction budgétaire de cette mesure.

- **La généralisation du dispositif Handigynéco et la sécurisation financière des centres de ressources vie intime, affective et sexuelle (Intimagir) :**

Lors du CIH, il a été précisé que le dispositif Handigynéco serait généralisé sur le territoire d'ici la fin 2023 pour **un financement de 2,8 M€** : quels crédits ont été mobilisés et le seront encore en 2024 ?

S'agissant de la sécurisation financière des centres Intimagir dans chaque région, il a été annoncé **3 M€ à partir de 2024**.

Par ailleurs, un plan d'actions en faveur de la vie affective, amoureuse, intime et sexuelle des personnes handicapées devait voir le jour d'ici l'été 2023 : à ce jour, nous n'avons eu aucune information sur des travaux en cours ou sur des arbitrages législatifs, réglementaires ou financiers.

- **L'augmentation du nombre de professionnels paramédicaux formés :**

Cette annonce soulève plus de questions que de réponses :

- quels personnels paramédicaux ? exerçant dans quel cadre ?
- pourquoi seulement les paramédicaux (alors que toutes les spécialités médicales nécessitent une formation renforcée sur le handicap) ?
- combien de professionnels concernés ?
- via une formation obligatoire ou complémentaire ?
- à partir de quels référentiels de formation ?

Coconstruire les parcours de formation à partir de l'expertise des personnes concernées et/ou faire intervenir des pair-experts seraient particulièrement utiles pour former les professionnels au plus près des besoins réels des personnes.

## Quid du reste à charge des patients en situation de handicap ?

Des réflexions devraient être menées :

- Sur **les modalités de tarification des consultations** (ex : tarification différenciée, mais toujours prise en charge 100% pour les patients, afin de valoriser le temps supplémentaire effectif nécessaire aux professionnels pour une prise en soins de certaines personnes en situation de handicap)
- Sur **les soins remboursables** (ex : développement d'un panier de soins remboursables personnalisé à partir d'une évaluation individuelle des surcoûts générés par le handicap)
- Sur **les transports sanitaires** (ex: adaptation des frais de transport pris en charge en fonction des situations personnelles et des besoins des patients ; obligation pour les compagnies de transport sanitaire d'être dotées en nombre suffisant par territoire de véhicules TPMR ; prise en charge par l'assurance maladie de transports en TPMR bien que le véhicule soit affrété par une société « non sanitaire » (ex. transport adapté) via des conventions entre CPAM et transporteurs)

Malheureusement, malgré les nombreuses discriminations qu'elles rencontrent dans l'accès aux soins et à la prévention (dont les barrières financières), [les personnes en situation de handicap ne sont que très marginalement prises en compte dans le projet de Stratégie Nationale de Santé 2023-2033...](#)