Élections départementales

des 22 et 29 Mars 2015

en Haute Garonne

Politiques départementales,

le temps des actes concrets et ambitieux dans une approche inclusive

[www.apf.asso.fr](http://www.apf.asso.fr)

<http://dd31.blogs.apf.asso.fr/>

Délégation Départementale de la Haute Garonne

60 chemin du Commandant Joël Le Goff

31100 Toulouse

**INTRODUCTION**

Les 22 et 29 Mars prochains, les électrices et les électeurs de Haute-Garonne sont appelés à désigner leurs conseillers départementaux.

La loi du 27 Janvier 2014 réaffirme le rôle du département comme « chef de file » en matière d’aide sociale, d’autonomie des personnes et de solidarité des territoires.

Son action concerne notamment :

* Les personnes en situation de handicap : gestion des politiques d’hébergement et d’insertion sociale, de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap) et de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) (loi du 11 Février 2005)
* L’enfance : protection maternelle et infantile, adoption, soutien aux familles en difficulté financière
* Les personnes âgées : création et gestion de maisons de retraite, politique de maintien des personnes âgées à domicile (APA Allocation Personnalisée d’Autonomie)
* Des prestations légales et extra-légales en matière d’aide sociale
* La construction, l’entretien et l’équipement des collèges (sous réserve des discussions en cours au sein du Parlement)
* La gestion de la voirie départementale, en tenant compte des priorités définies par les communes (sous réserve des discussions en cours au sein du Parlement)
* Les services de transports publics interurbains de personnes et des élèves en situation de handicap (sous réserve des discussions en cours au sein du Parlement)
* Du logement social (PDH, PDALPD)
* - ….

**Pour les Personnes en situation de Handicap (PSH), pour les Personnes à Mobilité Réduite (PMR), le département est donc un interlocuteur privilégié à même d’influer de façon importante et cruciale sur leurs réalités de vie quotidienne.**

Ce dossier vient présenter et **résumer les enjeux centraux** que l’APF souhaite voir porter au cœur du débat politique pour les élections départementales 2015, ainsi que ses propositions, de telle manière que la **prise en compte du handicap soit effective dans les politiques publiques du département**. Car pour de plus en plus de personnes en situation de handicap et leurs familles, la **souffrance et la désespérance sont une réalité trop souvent occultée.**

**Mais notre volonté, malgré nos critiques, n’est pas de mettre en accusation l’actuelle équipe du Conseil Général** car nous savons malheureusement que nombre de départements offrent des conditions de vie encore moins satisfaisantes aux personnes en situation de handicap, mais nous tenons à rappeler que le département de la Haute Garonne est un département important, disposant de moyens, et qu’il peut donc faire mieux, notamment en améliorant la concertation avec nos associations. **Promettre sera facile pour certains et nous serons donc vigilants sur la réalisation des engagements.**

Pour le Conseil Départemental,

Odile MAURIN

Représentante Départementale de l’APF en Haute Garonne

**SOMMAIRE**

**Fiche 1 - Renforcer les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)**



**Fiche 2 – Pour l’effectivité du droit universel à la compensation**

**Fiche 3 – Pour un soutien à domicile et à l’autonomie de qualité**

**Fiche 4 – Pour un Schéma départemental en faveur des Personnes en situation de Handicap**

**Fiche 5 – Pour une mise en accessibilité des transports départementaux**

**Fiche 6 - Pour une mise en accessibilité des collèges**

**Fiche 7 - pour une mise en accessibilité du logement social**

**Annexe 1 – Étude de l’APF de l’Hérault « Est-ce que le Handicap coûte cher ? »**

**Annexe 2 – Charte d’engagements des candidats aux élections départementales**

**Fiche 1 - Renforcer les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)**

## Création des MDPH en janvier 2006

### > Préserver l’esprit de la loi du 11 février 2005

La loi du 11 février 2005 a créé une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) dans chaque département dans l’objectif d’un guichet unique pour les droits spécifiques des personnes en situation de handicap et de leur famille. La MDPH a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement, de conseil et d’ouverture de droits aux personnes en situation de handicap et à leur famille.

Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire qui évalue de façon personnalisée la situation et les besoins de la personne. Une Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) prend les décisions d’octroi de droits relatifs à l'ensemble des droits de la personne. Juridiquement, la MDPH est constituée en Groupement d’Intérêt Public (GIP) sous la tutelle administrative et financière du département. Une Commission exécutive (COMEX), qui rassemble le Conseil Général, les services de l’État, les organismes de protection sociale et les associations de personnes handicapées, administre la MDPH sous la présidence du président du Conseil Général.

## 10 ans après

### > Les MDPH menacées

Mais nous observons, de façon variable d’un département à l’autre, que :

* les demandes sont chaque année de plus en plus nombreuses (+ 8 % en moyenne chaque année) et les moyens de fonctionnement n’augmentent pas ;
* l’accueil est de plus en plus administratif et de masse ;
* les délais de traitement des demandes sont trop longs (y compris pour des situations d’urgence) ;
* les évaluations de situations se font de plus en plus sur dossiers et non en rencontrant l’usager, notamment pour la PCH (Prestation Compensation) d’où des réponses inadaptées aux réels besoins ;
* des difficultés de recrutements d’agents, de formations et d’appropriation des principes de la loi du 11 février 2005 ;
* sur certains départements, on assiste à une mainmise des conseils généraux (CG) sur le pilotage des MDPH. Il faut être attentif à toute tentative d’inscrire les GIP MDPH dans les organigrammes des services des conseils généraux et ainsi de vider le GIP MDPH de toutes ses prérogatives de dispositif autonome.

# Revendication de l’APF : pour une MDPH renforcée et indépendante !

Les **différentes missions des MDPH doivent se développer et notamment en matière d’accueil, d’orientation, d’évaluation des besoins et d’accompagnement au suivi des décisions, dans un délai minimum**. Les **moyens des MDPH doivent être renforcés** au regard de l’augmentation du nombre d’usagers et des missions supplémentaires qui lui sont confiées par l’État et cela afin de **garantir la prise en compte individualisée des projets de chacun et de leurs besoins spécifiques.**

**Le statut de GIP doit être maintenu** afin de maintenir pleinement la place de l’État, des associations et des organismes de protection sociale dans la gouvernance des MDPH. Il doit être effectif, la COMEX doit pleinement jouer son rôle de pilote de la MDPH. **Les MDPH ne peuvent être remplacées par des maisons départementales de l’autonomie[[1]](#footnote-1).**

**Fiche 2 – Pour l’effectivité du droit universel à la compensation**

## Droit universel à compensation

### **Un des piliers majeurs de la loi du 11 février 2005**

Le droit universel à compensation constitue l'un des principes fondamentaux de la loi. Ainsi, la personne handicapée devait avoir **droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie**. Désormais, c'est le **projet de vie** de la personne qui est censé être mis en avant. En fonction de celui-ci, un Plan Personnalisé de Compensation (PPC) doit être élaboré, grâce à une évaluation individualisée. Il est concrétisé par la Prestation de Compensation de Handicap (PCH). Cette prestation est censée couvrir les besoins en aides humaines et techniques, l'aménagement du logement, du véhicule, les aides spécifiques ou exceptionnelles et les aides animalières. En complément, un fonds départemental de compensation pouvait être créé pour couvrir en partie ou totalement les restes à charge (notamment en matière d’aides techniques, d’aménagement du logement, du véhicule…) mais sans vraie obligation.

Il était prévu que l’accès à la prestation de compensation soit au fil du temps ouvert à tous : c’est la suppression des barrières d’âge (20 ans, 60 et 75 ans).

## 10 ans après

### **De nombreux exclus de la PCH et des restes à charge encore inacceptables, un rôle ambigu de certains CG**

Si la PCH a permis, notamment aux personnes les plus dépendantes, d’augmenter le nombre d’heures financées pour leurs aides humaines, aujourd’hui beaucoup restent encore exclues de ce nouveau dispositif. Mais l**es restes à charge sont encore trop importants et, lors des renouvellements, le plan d’aide humaine est très souvent revu à la baisse et les tarifs sont toujours insuffisants.**

**Les barrières d’âge n’ont pas été supprimées.** L’évaluation des besoins est trop souvent encore administrative et médicale.En outre la **PCH ne couvre notamment pas les activités domestiques, l’aide à la parentalité ou à la communication**. On peut faire manger quelqu’un mais pas lui faire les courses !

La population cible évolue ce qui, de fait, entraine une augmentation des dépenses alors que les recettes ne suivent pas mécaniquement; La PCH est une dépense dynamique dont le CG ne maitrise pas l’évolution; Le Conseil Général est **à la fois le prescripteur de ce droit et le principal financeur[[2]](#footnote-2)**... Et on constate un **mouvement inquiétant de baisse des heures accordées,** alors que handicap ne s’améliore pas, pouvant mettre en danger certaines personnes concernées !

# **Revendications de l’APF**

* **L’élargissement du périmètre de la prestation de compensation du handicap** pour couvrir tous les besoins : activités domestiques, aides à la parentalité, assistance humaine à la communication, …
* **Un droit à compensation abouti pour les enfants** en situation de handicap.

La **révision des tarifs et des plafonds** de tous les volets de la PCH **pour couvrir tous les frais réels** (frais directs et induits). La **suppression de la fiscalisation** du dédommagement familial.

* La **garantie d’un égal accès aux droits sur tout le territoire**.
* La **suppression du principe de versement de la prestation sur présentation de la facture acquittée ou l’obligation de régler par CESU préfinancés** (non légal).
* La **suppression de la barrière d’âge à 60 ans** et un même droit à compensation que la perte d’autonomie soit acquise avant ou après 60 ans.
* **La PCH aide humaine ne doit pas être une variable d’ajustement. Si l’impact de la réduction des heures d’aide humaine est insignifiant pour les deniers publics des Conseils Généraux (voir étude page 11), elle n’est pas sans conséquence pour la vie des personnes en situation de handicap.**

**Fiche 3 – Pour un soutien à domicile et à l’autonomie de qualité**

Le **financement et la tarification des services prestataires d’aide à domicile nous préoccupe** car il impacte directement la qualité de vie des personnes en situation de handicap qui veulent à juste titre une vie autonome à domicile.

Sans mésestimer le rôle des pouvoirs publics dans la crise actuelle, avec un tarif officiel de la PCH indécents et en dessous des coûts pour les services prestataires (17,59€/h), la liberté laissée aux Conseils Généraux d’autoriser un service et de fixer son tarif (le versement de l’APA et de la PCH s’établit sur la base de ce tarif) devait permettre une véritable politique d’autonomie.

Las, la réalité dans ce pays est loin du compte. Et en Haute Garonne, **la sous-dotation de nombre de services, sans vraie prise en compte des spécificités des publics aidés, les met en péril et plus grave ne permet pas ou plus un maintien à domicile de qualité** (personnel non formé ou qualifié, turnover, valse des intervenants, horaires inadaptés, …). Alors même que cette solution est plébiscitée par nombre d’usagers et moins coûteuse pour les finances publiques.

Alternative aux services prestataires, la personne en situation de handicap devient employeur avec des **tarifs de la PCH emploi direct ou mandataire de la PCH inférieurs aux obligations légales** (ancienneté, WE et jours fériés, etc….) sans parler des risques prud’homaux puisque l’employeur n’est pas en mesure de respecter la législation.

Les personnes en situation de handicap risquent de se voir à nouveau obligées de vivre dans des établissements, contre leur gré. Établissements où le manque de moyens humains peut conduire à de la maltraitance institutionnelle.

Et si pour certains, le choix de vivre en établissement est un vrai choix et il manque encore des places, pour d’autres c’est un choix par défaut imposé par une PCH insuffisante ou des services à domicile qui dysfonctionnent.

# **Revendications de l’APF**

**Nous demandons au Conseillers départementaux d’entendre le cri d’alerte des usagers pris en otage entre services et financeurs. Si la solution doit venir en priorité des pouvoirs publics, cela n’exonère pas les Conseils départementaux de leurs missions de solidarité.**

**De même, en complément des établissements spécialisés, nos adhérents privilégient de plus en plus les services à domicile type SAVS (Service d’Accompagnement à la Vie Sociale), SAMSAH (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés), SESSAD (Services d’Education et de Soins Spécialisés A Domicile) et autres, encore très insuffisamment développés en Haute Garonne. Le tout sous réserve d’une PCH digne de ce nom, avec un nombre d’heures d’aides suffisants et avec des intervenants formés et qualifiés.**

**Fiche 4 – Pour un schéma départemental en faveur des Personnes en situation de Handicap**

Le Département a compétence pour promouvoir les solidarités et la cohésion territoriale sur le territoire départemental. Il est notamment chargé d'organiser, les modalités de l'action commune des collectivités territoriales et de leurs établissements publics pour l'exercice des compétences relatives à l'autonomie des personnes.

Il élabore donc des **schémas d'organisation sociale et médico-sociale, adoptés par l'Assemblée départementale, pour les établissements et services**, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux, conformément aux dispositions du code de l'action sociale et des familles et du code de la santé publique.

Établi pour une période maximum de cinq ans en cohérence avec les schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale, **le schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap a pour objectif d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services sociaux et médico-sociaux de proximité et leur accessibilité** :

- en appréciant la nature, le niveau et l'évolution des besoins de la population ;

- en dressant le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre existante ;

- en déterminant les perspectives et les objectifs de développement de l'offre existante, à créer ou à supprimer

- en précisant le cadre de coopération et de coordination entre les établissements et services ainsi qu'avec les établissements de santé.

Ce schéma départemental constitue donc un outil de planification et de programmation qui servira de base à l'élaboration des appels à projets à intervenir sur les cinq prochaines années.

Ce schéma est un élément essentiel du partenariat entre le Département, l'Etat, l'Agence Régionale de Santé et les partenaires locaux concernés. Il est arrêté par le Président du Conseil Général, après concertation avec l'État et l'Agence Régionale de Santé. Les représentants des organisations professionnelles, les acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département ainsi que les représentants des usagers doivent également être consultés, pour avis, sur son contenu.

**En Haute-Garonne :**

**Bien qu’obligatoire, le Schéma départemental en faveur des Personnes en situation de Handicap n’a toujours pas été élaboré.**

**Il est urgent d’engager sa réalisation.**

**Fiche 5 – Pour une mise en accessibilité des transports départementaux**

La **qualité et la continuité de la chaîne du déplacement est incontournable pour permettre une réelle inclusion** des personnes en situation de handicap ou à mobilité réduite dans nos territoires. C’est un élément essentiel de la qualité de vie de chacun. Tout le monde est concerné à un moment ou un autre de sa vie (personnes âgées, femmes enceintes, parents avec poussettes, jeunes enfants, blessés temporaires,…).

La loi du 11 Février 2005 faisait obligation à chaque autorité organisatrice des transports (AOT) d’élaborer un Schéma Directeur d’Accessibilité des transports collectifs avant le 31/12/2008. Il s’agissait de procéder à un diagnostic du réseau existant, de le confronter aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap ou à mobilité réduite et de programmer les travaux et mesures nécessaires.

La loi de 2005 fixait une obligation de résultat aux AOT :

* les transports collectifs devaient être accessibles en 2015
* à défaut (impossibilité technique avérée) de pouvoir les rendre accessibles, un service de substitution devait être organisé dans les 3 ans, soit en 2011
* tout véhicule acquis pour moderniser ou développer le réseau devait être accessible dès l’achat
* les travaux réalisés sur la voirie, en particulier sur les arrêts de bus, et sur les bâtiments devaient rendre accessible ces derniers ou les arrêts

L’ordonnance du 26 Septembre 2014 est malheureusement venue pondérer de façon assez importante les obligations de la loi de 2005. **Pour autant, cette ordonnance n’a pas de valeur législative tant qu’elle n’a été ratifiée par le parlement et plusieurs de nos associations ont déposé des recours devant le Conseil d’Etat : il n’est donc pas certain que l’ordonnance et ses textes d’application puissent s’appliquer durablement. D’où la nécessité d’être pragmatique en établissant des Ad'AP (Agenda d’Accessibilité Programmé) au plus tôt mais en rendant accessibles tous les points d’accès du réseau.**

**En Haute-Garonne :**

**Si des efforts ont été accomplis sur le matériel roulant, force est de constater que :**

* **le Conseil Général n’a pas organisé de façon satisfaisante la chaîne des déplacements sur le département de la Haute-Garonne**
* **nombre d’arrêts de bus sont à ce jour encore inaccessibles[[3]](#footnote-3) et la concertation entre le Conseil Général et les collectivités territoriales du département pour aboutir à une logique de travaux planifiée et cohérente a été insuffisante**
* **les services de substitution n’ont commencé à être mis en place partiellement que fin 2014, avec Autonobus 31. Et il faut réserver au préalable ce qui ne permet pas d’être transporté dans des conditions comparables au citoyen « lambda ».**
* **Il manque toujours un service de transport adapté en porte en porte[[4]](#footnote-4) (sur le modèle de Mobibus sur le périmètre de Tisseo, mais avec la qualité de service qui manque à Mobibus), pour couvrir nord et sud du département.**
* **Manque de concertation avec Tisseo**

**Fiche 6 - Pour une mise en accessibilité des collèges**

La formation initiale des enfants et des jeunes est un atout essentiel en vue de leur réussite professionnelle. Cela est encore plus vrai pour les jeunes en situation de handicap dans la mesure où les chiffres du chômage montrent que les personnes en situation de Handicap en sont deux fois plus victime que leurs concitoyens. Alors que ce n’est pas le handicap en tant que tel, mais le manque d’accès à la scolarité et à la formation, qui génère cette situation.

De par ses compétences, le Conseil Général a la responsabilité de la construction, de l’entretien, et de la modernisation des collèges. Cette compétence est actuellement en débat au sein du Parlement de notre pays.

Il n’en demeure pas moins que, comme pour tous les Établissements Recevant du Public, la loi du 11 Février 2005, imposait l’obligation d’accessibilité aux Collèges en 2015 !

Se pose aussi la question de la mise en accessibilité du transport scolaire, non réalisée, et remise en cause par l’ordonnance du 26 septembre 2014.

**Revendication en Haute-Garonne :**

**L’échéance n’a pas été respectée et les jeunes en situation de handicap ne peuvent toujours pas choisir librement leur collège.**

**Autre interrogation, sur le respect des normes d’accessibilité pour la construction des écoles primaires, récemment mis en cause dans le rapport annuel de l'Observatoire national de la sécurité, rendu public le 3 mars 2015. En effet, selon une enquête menée auprès de directeurs d'écoles publiques et privées, 25% des écoles construites après 2008 ne sont pas accessibles selon les règles en vigueur.**

**Il n’est pas sûr que les maitres d’ouvrage et maitres d’œuvre n’aient pas fait les mêmes erreurs dans les collèges, en Haute Garonne et ailleurs ?**

**Rappel que la Banque Mondiale dans son rapport d’octobre 2008 dit que le surcout d’une mise en accessibilité est de 4% : est-ce si cher pour construire l’avenir ?**

**Fiche 7 - pour une mise en accessibilité du logement social**

Pour supprimer les obstacles que rencontrent au quotidien les personnes dites handicapées et qui, comme le souligne l'OMS, ne sont bien souvent « handicapées » qu'en raison des obstacles que génère l'inaccessibilité du cadre bâti, de la voirie, et des transports, mais aussi pour faire face au vieillissement de la population, il faut anticiper en matière de logement. **Ne pas rendre accessible, c’est dénier aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées dépendantes leur droit élémentaire à vivre dans un environnement familier, choisi, accessible et adaptable**.

Rappelons que l'obligation d'accessibilité de la loi de 2005 n’a concerné, de fait, que les appartements en rez-de-chaussée et ceux desservis par ascenseur, ce qui ne représentait déjà qu'un appartement nouveau sur 2 en 2001 et 1 sur 3 en 2012 selon le rapport de la Sénatrice Campion au 1er Ministre. De plus, si les maisons individuelles représentent 55% des constructions nouvelles, guère plus de 15% d’entre elles sont assujetties aux obligations légales d’accessibilité. Le constat est tout aussi terrible qu'inacceptable, puisque **seulement 30% des logements nouveaux sont actuellement concernés par l'obligation d'accessibilité**.

Il n’est **pas concevable de surcroît qu’on nous dise que l'obligation d'accessibilité du cadre bâti d'habitation aux personnes handicapées conduirait à un surcoût de la construction incompatible** avec la nécessité de relancer la politique du logement en France. En effet, selon l’ANPIHM, les évolutions erratiques de l’indice du coût de la construction, qui par exemple a régressé de 2,18% entre 2012 et 2013, prouvent à qui veut bien le voir que **l’augmentation du prix du m2 livré est due aux variations d’autres éléments constitutifs du prix de vente** (envolée du coût du foncier, instabilité du coût des matières premières, etc. ). Et si entre 2000 et 2012, corrigé de l’inflation le coût de construction du m2 a augmenté de 25%, le prix de vente du m2 livré a, lui, plus que doublé !

Autre souci, on voit trop souvent en zone rurale des logements individuels neufs destinés à la location, comportant un étage inaccessible, ne disposant pas de sanitaires en Rdc accessible, et qui de par leur configuration, ne permettront pas de faire face au vieillissement des occupants. Ni de répondre à la demande locative des personnes en situation de handicap.

Sur le **recensement et la réservation de logements accessibles**, adaptables ou adaptés, et leur affectation prioritaire aux personnes handicapées et à mobilité réduite. En effet, la loi de 2005 prévoyait que les communes et EPCI de plus de 5000 habitants réalisent le recensement du logement accessible, mais cette obligation est actuellement peu et mal remplie. Alors que l’on manque déjà cruellement de ce type de logement, on aboutit à la mise à disposition de ces logements à des personnes « valides » au détriment de ceux qui en ont besoin.

**Revendication en Haute-Garonne :**

Concernant les **constructions neuves**, nous regrettons en Haute Garonne comme ailleurs que l’on **construise de moins en moins de logements accessibles, en choisissant de faire des bâtiments de 3 étages sans ascenseurs.** Nous **regrettons aussi que les** **normes de constructions, ne soient pas respectées** (appartements présentés comme accessibles avec un seuil de 27 cm pour accéder à la terrasse, ou des entrées d’immeuble avec des menu déroulant non accessibles aux aveugles, des portes trop lourdes, ….)

Continuer à **développer des formules de logement innovante**s, en milieu ordinaire, favorisant la mixité, associés à des services d’aide à domicile, une présence 24/24 dans ses immeubles ou à proximité.

Une politique incitative du département pour le **recensement du logement accessible et/ou adapté** auprès des municipalités serait la bienvenue. C**onditionnement des aides et interventions** en matière de politiques territoriales à des critères sélectifs précis en lien avec les questions d’accessibilité du logement, le Conseil Départemental peut par exemple influencer les décisions des communes et de leurs groupements.

**Annexe 1 – Étude de l’APF de l’Hérault**

**« Est-ce que le Handicap coûte cher ? »**

« Il n’est plus rare d’entendre de la part d’agents des Conseils Généraux (CG) que le « Handicap » coûte cher, qu’il faut réduire les dépenses, qu’il faut faire attention aux deniers publics, que l’on ne peut plus être aussi généreux qu’avant, aussi généreux qu’au début de la mise en place de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). De plus en plus fréquemment, nous retrouvons aussi ce discours au sein de certaines équipes d’évaluation des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) et ou en Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

**Dans le même temps, nous constatons de plus en plus dans les pratiques de certaines équipes d’évaluation une forte tendance à réduire les heures proposées précédemment et à être très restrictif pour les primo-arrivants !**

Est-ce que ces éléments sont liés ? Nous ne pourrions qu’émettre des hypothèses.

**Quoi qu’il en soit, la compensation n’est pas un don, elle n’est pas liée à la générosité d’une administration ou de ses agents, c’est un droit ! C’est même un droit fondamental et essentiel ! »**

Alors :

**Est-ce que le handicap « coûte » si cher que cela ?**

**Quelle est la réalité de ce discours ? Sur quoi se fonde-t-il ?**

**Combien « coûte » réellement la PCH aide humaine à un CG ?**

Retrouver l’intégralité de l’étude sur : <http://aidantpro34.blogs.apf.asso.fr/archive/2015/03/02/est-ce-que-le-handicap-coute-cher-78809.html>

Quelques chiffres extraits :

En moyenne, le **budget «solidarité» représente 55,91 % du budget total** et plus de la moitié du budget de fonctionnement pour 77 % des Conseils Généraux. Près de la moitié d’entre eux ont un budget ‘‘solidarité’’ qui se situe entre 50 et 59,99 % de leur budget global. La part la plus importante d’un budget «solidarité» est de 76,72 % alors que la part la plus faible est de 35,66 % ce qui fait un écart du simple au double.

**En moyenne, le budget ‘‘PH’’ représente 13 % du budget total** et près de ¾ des budgets ‘‘PH’’ se situent entre 10 et 14,99 %. La part la plus importante d’un budget est de 19,55 % alors que la part la plus faible est de 7,95 % soit plus du double. 8 % des conseils généraux ont un budget ‘‘PH’’ inférieur à 10 % de leur budget global.

**Le budget destiné à la Prestation de Compensation du Handicap représente, selon la moyenne nationale 4,81% du budget «solidarité» d’un Conseil Général et 2,65 % du budget global**. La part la plus importante d’un budget «PCH» est de 5,81 % et la part la plus faible est de 1,10 %, ce qui représente un rapport de 1 à 5. 20 % des Conseils Généraux ont un budget «PCH» inférieur à 2 % de leur budget global. A l’autre extrémité, 5 % des Conseils Généraux ont un budget «PCH» supérieur à 4%. Près de la moitié des conseils généraux ont un budget ‘‘PCH’’ qui se situe entre 2 et 2,99 % de leur budget global.

**Le budget destiné au financement de l’aide humaine par la PCH représente en moyenne 1,38 % du budget global d’un Conseil Général**. La part la plus importante d’un budget «PCH - aide humaine» est de 3,03 % alors que la part la plus faible est de 0,57 % ce qui à nouveau représente un rapport de 1 à 5. 3/4 des conseils généraux ont un budget «PCH aide humaine» qui se situe entre 1 et 1,99 % de leur budget global.

**Il y a des différences objectives entre les départements mais cela ne change rien : Le point commun de toutes ces données (la faible part des budgets «handicap») est plus important et significatif que les différences, que les écarts. Cette réalité territoriale relève d’abord de choix politiques. Les données sont sans ambigüité. La part de la PCH aide humaine au regard du budget d’un conseil général est «marginale» !**

**Annexe 2 – Charte d’engagement**

Élections départementales  
Charte d’engagements des candidats

**Nom, Prénom :**

**Département :**

**Canton :**

**Coordonnées (tél. et e-mail) :**

**Candidat à l’élection départementale, je m’engage à :**

* Me mobiliser auprès du gouvernement et avec les associations de personnes en situation de handicap pour l’effectivité d’un droit à compensation universel, ce qui signifie :
  + - réviser le périmètre, les tarifs et les plafonds de la prestation de compensation du handicap et supprimer les barrières d’âge d’accès à la PCH.
    - intervenir auprès de l’Etat pour une revalorisation du financement des prestations et des dispositifs basés sur la solidarité nationale (budgets de l’Etat et budget départemental).
* Garantir un plan de réponses de la MDPH conforme à une évaluation de situation individualisée et aux projets et besoins des personnes.
* Garantir et améliorer le dispositif spécifique d’accès aux droits des personnes en situation de handicap. Garantir l’indépendance de la maison départementale des personnes handicapées vis-à-vis des conseils généraux, ce qui signifie :
  + - * Maintenir l’effectivité du groupement d’intérêt public de la MDPH.
* **Autres engagements :**

**Signature :**

*Votre engagement sera susceptible de donner lieu à une communication publique de la part de l’APF*

1. L’APF propose que pour les départements qui souhaitent mettre en place des dispositifs de rapprochement du secteur du handicap et du secteur des personnes âgées, ils puissent le faire dans le cadre de MDDA, des maisons départementales des droits et de l’autonomie regroupant des dispositifs distincts et spécifiques d’accès aux droits : les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH de la loi du 11 février 2005) pour les personnes en situation de handicap et leur famille, et un dispositif d’accès à l’APA pour les personnes qui y sont éligibles.

   En savoir plus : <http://www.reflexe-handicap.org/archive/2015/03/17/menaces-sur-l-acces-aux-droits-des-personnes-handicapees-l-a-79331.html> [↑](#footnote-ref-1)
2. Selon la CNSA, le taux de couverture du concours versé par la CNSA pour la PCH est de 44% en 2013 (47% en 2012). CNSA, mémo juin 2014. [↑](#footnote-ref-2)
3. 2300 arrêts sur le réseau Arc-en-ciel, y compris dans Toulouse). En 2014, hors périmètre Tisseo, il y a 190 arrêts accessibles…. [↑](#footnote-ref-3)
4. Attention, le transport adapté est un service en porte-à-porte alors que le service de substitution amène d’un arrêt à un autre, ce n'est donc pas la même chose. Or les personnes les plus lourdement handicapées ont besoin d'un service en porte-à-porte. [↑](#footnote-ref-4)