

Propositions du Conseil National Handicap

Elections Présidentielles 2022

- Corriger la réforme pour l'emploi des personnes handicapées
- Proposer une TVA à taux réduit pour la compensation du handicap
- Adapter la tarification des prestations / activités dégradées
- Exempter de franchise médicale et de part forfaitaire tout soin ou médicament vital en lien avec un handicap lourd
- Handicap psychique sévère : en finir avec le manque de solutions post-hospitalières

Qui sommes-nous ?

Créé en 2003, le Conseil national handicap (CNH), aujourd'hui présidé par Hervé Allart de Hees, s'est donné pour objectif principal de sensibiliser, informer, et proposer de manière à améliorer la situation des personnes handicapées en France et de leur faciliter l'accès à tous les domaines de la vie afin qu'elles puissent prendre toute leur place dans la société.

Son action est basée sur une vocation transversale et pluridisciplinaire et organisée en instances de travail thématiques, véritables groupes de réflexion et de propositions dont sont issues les propositions qui suivent.

Conseil National Handicap

Siège social : 8, Avenue de l'Opéra - 75001 Paris

Adresse postale : 4 bis avenue Raspail – 94100 Saint-Maur-des-Fossés

Mail : contact@cnh.paris - Site : <https://www.cnh.paris>

Emploi des personnes handicapées

CONSTAT

Depuis la loi du 10 juillet 1987, l'accès à l'emploi des personnes handicapées repose sur un modèle de financement incitatif, fixant à 6 % le taux minimum d'emploi des travailleurs handicapés dans les établissements du secteur privé de 20 salariés et plus. Les entreprises ont aussi la possibilité de signer des contrats de sous-traitance avec des établissements du secteur protégé et adapté et des travailleurs indépendants handicapés dans la limite de 3 %.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances a réaffirmé ces principes en les étendant au secteur public, et a ajouté celui de non-discrimination des personnes handicapées dans l'emploi. Elle a augmenté la "contrainte incitative" en renforçant le dispositif de contribution.

Ces lois ont par ailleurs créé deux Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées, l'Agefiph pour le secteur privé en 1987 et le FIPHFP pour le secteur public en 2005, pour satisfaire les besoins en faveur de cette insertion.

Malgré le succès indéniable de cette politique par rapport à la situation existant entre 1987 et 2005, les besoins aujourd'hui sont de nature totalement différente :

- Le vieillissement de la population au travail et le nombre croissant de personnes en emploi atteintes de maladies chroniques imposent de renforcer le maintien en emploi des personnes handicapées en gérant leur parcours et en réduisant le nombre de licenciements pour inaptitude.
- Le taux de demandeurs d'emploi handicapés reste le double du "tout public" depuis 2005.

Par ailleurs, l'objectif d'un taux d'emploi unique de 6 % à atteindre induit des phénomènes paradoxaux et des effets négatifs qu'il est nécessaire de corriger pour faire face aux défis d'aujourd'hui :

- La logique du quota fait de cette question, sur les plans psychologique et symbolique, une contrainte plutôt qu'une opportunité. Elle conduit les employeurs à tenter de réduire leur contribution, perçue davantage comme une taxe ou une pénalité que comme une action de solidarité. Les employeurs qui ont dépassé le taux de 6 % ont alors tendance à ne plus conduire de démarche spécifique, considérant que l'objectif est atteint.
- Tous les employeurs publics et privés ne sont pas dans une situation d'égalité vis-à-vis de l'obligation d'emploi.
- Plus le taux d'emploi augmente, plus les ressources financières diminuent, alors que les besoins s'accroissent.

Pour ces raisons, il est proposé une refonte du système actuel dans le but de pérenniser les acquis des lois de 1987 et de 2005, de pallier les effets négatifs constatés et surtout de donner une nouvelle impulsion permettant de faire face aux enjeux actuels et à venir.

PROPOSITIONS

⇒ **Un principe de cotisation universelle**

Le handicap est un sujet sociétal qui concerne tous les établissements, y compris ceux de moins de 20 salariés. Il peut toucher toute personne en emploi durant sa vie professionnelle, qu'elle soit salariée du secteur privé ou public, chef d'entreprise ou travailleur indépendant.

C'est la raison pour laquelle il est proposé que le nouveau dispositif repose sur une assiette "universelle", en supprimant notamment le seuil de 20 salariés en deçà duquel, aujourd'hui, les établissements ne sont pas assujettis.

Le fait de généraliser cette contribution à tous les acteurs revêt une dimension symbolique importante, d'autant que, potentiellement, chacun peut être touché au cours de sa carrière et être amené à solliciter le dispositif.

L'architecture du modèle prend en compte les constats effectués et propose d'instituer un socle pérenne sous la forme d'une contribution fixe pour tous, basée sur un pourcentage de la masse salariale ou forfaitaire pour les non-salariés.

Les ressources actuelles, insuffisantes, provenant des secteurs public et privé correspondent à environ 0,1% de la masse salariale. Il faudra ajuster le futur taux en fonction des besoins et au regard des enjeux actuels.

L'objectif n'est pas d'augmenter le montant de la contribution de chaque structure mais d'accroître le nombre de contributeurs.

⇒ **Un principe corrélé aux efforts et à l'environnement de travail**

En complément du socle pérenne, il est proposé un principe de contribution variable qui viendra moduler la contribution en fonction de la situation des employeurs en matière d'emploi. Elle dépendra du taux d'emploi et du comportement effectif des employeurs.

Concernant le taux d'emploi, il est proposé une part variable, basée sur le nombre d'ETP (Équivalents temps plein) manquants par rapport à un objectif de taux d'emploi du secteur d'activité ou du type de fonction publique.

Ce taux pourra être actualisé périodiquement, par exemple tous les 3 ans, en fonction de la situation du secteur concerné.

Suivant le comportement de la structure, il est proposé un bonus plafonné pour le recours à la sous-traitance. Par ailleurs, l'objectif étant clairement la réduction du taux de chômage, un bonus/malus plafonné portant sur le nombre de recrutements est également proposé.

TVA à taux réduit et compensation du handicap

CONSTAT

Le taux réduit de TVA à 5,5%¹ peut s'appliquer aux produits ou équipements destinés à compenser un handicap individuel. Toutefois, pour être éligible à ce taux réduit, lesdits produits ou équipements et prestations doivent être inscrits sur une liste tenue par l'administration².

Cette liste tenue par l'administration contrarie le droit à taux réduit. En effet, elle ne peut être exhaustive et ne peut suivre l'évolution rapide des technologies et des innovations. Par ailleurs, elle n'est pas révisée en temps réel et tout ajout ne répond à aucune disposition automatique.

La compensation d'un handicap reconnu devrait *de facto* être également reconnue sans pour autant être soumise à une complexité administrative ou législative. Pourtant tel est le cas pour le droit au taux réduit de TVA.

Les exemples et incohérences sont très nombreux et il est très difficile voire impossible d'en dresser une liste exhaustive. Le cas des appareils auditifs pour les personnes malentendantes, qui concernent par nature un très large public, mis en parallèle avec les besoins en aide humaine des personnes sourdes profondes composant un public plus restreint est édifiant.

En effet, la majorité des personnes malentendantes a besoin d'une prothèse auditive pour entendre de façon satisfaisante dans tous les actes de la vie, notamment professionnels. Les appareils auditifs et les prestations associées bénéficient du taux réduit de 5,5 %, ce qui est légitime puisque l'équipement compense un handicap lié à la perte d'audition.

Concernant les personnes sourdes profondes pour lesquelles la prothèse auditive est insuffisante, ou inadaptée, pour communiquer dans tous les actes de la vie, notamment professionnels, celles-ci ont besoin de l'aide complémentaire d'un professionnel soit de la transcription écrite, soit de l'interprétation en langue des signes, soit du langage parlé complété. Dans les 3 cas, la prestation est soumise au taux de TVA à 20 % sauf si la prestation est délivrée à son domicile !!! Ainsi pour ces services lui permettant de compenser son handicap lié à la perte totale de l'audition, l'application du taux de TVA à 20 % est, au-delà de l'injustice, discriminatoire.

PROPOSITIONS

Le taux de TVA réduit applicable pour la compensation d'un handicap devrait disposer d'une simplicité de mise en œuvre.

Au moyen d'une loi générale, le CNH propose de corriger cette situation qui crée de fait des incohérences, des oublis, une absence d'équité voire une discrimination.

L'objectif de cette loi est de reconnaître le droit à une TVA à taux réduit de 5,5 % pour toute compensation d'un handicap individuel, applicable aux produits, équipements et prestations destinés à compenser ledit handicap sur simple déclaration du bénéficiaire lorsque lesdits produits, équipements ou prestations ne bénéficient pas déjà nativement du taux réduit de TVA à 5,5 %.

¹ Art. 278-0 bis, A 2° c) du CGI

² Annexe 30-B

Adapter la tarification des prestations / activités dégradées

CONSTAT

Aujourd'hui l'accessibilité universelle n'est pas installée en France et les Personnes en Situation de Handicap bénéficient d'une expérience dégradée dans la plupart de leurs activités : accès aux toilettes d'un restaurant, choix d'une rangée (voire d'une salle) au cinéma, accès à la totalité des attractions d'un parc ou d'un complexe hôtelier, accès exhaustif aux visites d'un site historique, accès aux cabines d'essayage d'un magasin de vêtements... De manière générale, les PSH rencontrent des difficultés à accéder à la totalité des services proposés aux personnes valides, pourtant tous compris dans le prix de la prestation.

PROPOSITION

En conséquence, le CNH propose une légitime adaptation de la tarification en proposant un prix ajusté aux personnes qui ne peuvent accéder à l'ensemble des services proposés dans la prestation du fait d'une accessibilité partielle aux personnes en situation de handicap.

Il ne s'agit pas d'échapper à un devoir d'aménagements conformément aux textes en vigueur, mais bien de compenser un préjudice et ainsi d'inciter les professionnels à accélérer leurs travaux d'accessibilité universelle.

Exempter de franchise médicale et de part forfaitaire tout soin ou médicament vital en lien avec un handicap lourd

CONSTAT

La plupart des handicaps nécessite une prise en charge médicale conséquente et cette prise en charge ne saurait être retardée, limitée ou freinée à cause du poids que représentent la franchise médicale et la part forfaitaire. Chaque boîte de médicaments, pourtant vitale, et chaque acte médical sont ainsi facturés, et les sommes deviennent très vite problématiques pour le patient en situation de handicap.

Certes le plafond est fixé à 50 euros par an pour chacun de ces prélèvements, mais le décompte n'est pas toujours respecté par les Caisses d'Assurance Maladie et le total de ces deux montants (100 euros) reste conséquent, d'autant plus qu'il est généralement atteint en l'espace de seulement quelques semaines.

Plus ridicule encore : un patient lourdement handicapé est contraint de prendre jusqu'à une vingtaine de cachets par jour. Ces cachets sont proposés uniquement dans des boîtes de médicaments contenant un maximum de 50 cachets : aucun conditionnement de gros volume n'est proposé, si bien qu'environ trois franchises médicales sont prélevées par semaine juste pour ce poste.

PROPOSITIONS

Le CNH propose de demander l'exemption de franchise médicale et de part forfaitaire pour tout soin ou médicament vital en lien avec un handicap lourd. Pour rappel la femme enceinte est exemptée de ces deux prélèvements, il serait tout aussi justifié d'étendre cette exemption à certains niveaux de handicap pour ne pas mettre en danger les patients concernés.

Le CNH souhaite également que soient proposés des conditionnements adaptés à la pathologie afin de limiter la multiplication de boîtes et donc de franchises médicales.

Handicap psychique sévère : en finir avec le manque de solutions post-hospitalières

CONSTAT

Aujourd'hui, le **constat** est quasi **unanime** : **les solutions post-hospitalières en psychiatrie manquent** au point que, en dépit de leurs droits humains et légaux, **des dizaines de milliers de malades psychiatriques sévèrement handicapés sont laissés à l'abandon**, au mieux dans leur famille souvent fragilisée quand ils en ont encore une, puis à la rue, et finalement en détention après avoir commis quelque délit (rarement crime) sous l'effet de la maladie et de la désocialisation.

Le suivi ambulatoire si en vogue de nos jours est, en pratique, inadapté car insuffisamment contenant pour ces psychotiques chroniques. **Les structures d'accueil médico-sociales de types, MAS, FAM³ et autres foyers médicalisés sont trop peu nombreuses et complètement saturées.**

Des mesures doivent être prises pour **créer par milliers de places adaptées** pour ce public. Ces places doivent combiner un **logement stable** (principe dit du « *housing first* »), un **suivi médical cohérent et constant** et un **accompagnement vers le retour à la plus grande autonomie possible** et à l'**inclusion** dans la société.

Le Conseil National Handicap souhaite recueillir l'**avis des candidats à la Présidentielle** sur le sujet et leurs **propositions pour promouvoir et mettre en œuvre des solutions pragmatiques**. Celles-ci ne reposeront pas nécessairement et exclusivement sur **les secteurs public et parapublic**, des solutions de **droit privé** devraient pouvoir contribuer.

Position du problème

La **situation délétère de la psychiatrie française¹** est **largement reconnue** et a donné lieu à des **initiatives de redressement** par les autorités de tutelle². Elle résulte d'un **effet de ciseaux** entre, d'une part, la tendance **haussière de la prévalence des troubles mentaux** et, d'autre part, la **baisse continue** depuis plus de 50 ans **des moyens** qui lui sont alloués. Cette « paupérisation »³ résulte elle-même de la conjugaison de la doctrine de « désinstitutionnalisation »⁴ ayant entraîné une **réduction drastique du nombre de lits d'hospitalisation⁵** et d'une politique de restriction budgétaire pour la psychiatrie, qui a souffert d'un **manque de création de solutions alternatives en nombre suffisant**, et de très loin, pour compenser ces fermetures de lits⁶. La conséquence en est, entre autres, de **laisser au bord du chemin des dizaines de milliers d'adultes psychotiques sévèrement handicapés**. Pour clarifier, il s'agit de personnes souffrant de formes chroniques graves, profondes et très hypothétiquement réversibles de troubles tels que schizophrénies, bipolarité, dépression profonde, autismes, etc. Aujourd'hui, le **dispositif public priorise les soins d'urgence** sans autres soins de suite, au mieux, qu'**ambulatoires** et donc **inadaptés** à bien des personnes dépendantes très fréquemment dans le déni de la maladie. Certes les **secteurs psychiatriques** conservent un rôle important dans la prise en charge de ces cas chroniques, mais ils sont **confrontés à des problèmes de capacité numérique** ainsi que de **solutions alternatives au renvoi** (inadéquat selon la HAS) vers des **hospitalisations prolongées⁷** ou à l'orientation vers des hospitalisations de jour qui, par définition, n'offrent pas de solution avec hébergement. Ce dispositif public laisse ainsi **à la dérive d'innombrables malades pourtant reconnus comme tels**, sans compter ceux qui passent sous les radars (en **situation de non-recours** selon la terminologie en vogue).

³ MAS : maison d'accueil spécialisée (encadrement renforcé notamment médical) ; FAM : foyer d'accueil médicalisé (encadrement un peu plus léger). Il y aurait moins de 7000 places réservées au handicap psychique dans ces établissements (en croisant des sources DRESS, CNSA et IRDES)

Promouvoir des solutions innovantes

Une réponse évidente consiste à proposer une **accélération vigoureuse de la création d'établissement médico-sociaux** de type MAS et FAM, avec une spécialisation ans le handicap psychique (la plupart sont multi-handicap). Selon la CNSA, en 2016, le répertoire national FINESS dénombrait 688 MAS, soit environ 22 500 lits et 844 FAM soit plus de 29.000 lits. Une centaine de nouveaux établissements se créaient chaque année jusqu'en 2011, 1/3 de MAS et 2/3 de FAM, mais le chiffre des créations (toutes catégories de handicaps confondues) ralentit voire stagne depuis 2012⁸.

Toutefois cette solution ne saurait suffire :

- Elle **repose très largement sur des financements publics** (ce qui explique d'ailleurs la relative rareté des projets)
- Ces établissements n'ont **pas vocation à un hébergement complètement pérenne** même si actuellement le *turn-over* résulte très majoritairement du décès des patients.
- Le patient-résident est amené à changer d'établissement selon l'évolution de son statut et de sa pathologie (par exemple passer de FAM en MAS ou inversement), subissant des **ruptures préjudiciables à son rétablissement**.

Il importe donc de proposer de nouvelles solutions, telles une **nouvelle génération d'établissement résidentiel** échappant aux restrictions de moyens et aux contraintes du secteur médico-social tout en **répondant aux besoins** de ce public : un **toit pérenne**, des **soins dans la continuité**, pas uniquement pharmacologiques, un **accompagnement vers le rétablissement** et la **ré-inclusion** dans la vie « ordinaire », **sans pression de délais** imposés et donc **sans rupture**.

Le développement de ce type de solutions nouvelles devrait aussi en **ouvrir le financement à des montages incluant le secteur privé**, ainsi que cela existe déjà pour d'autres publics fragilisés (par exemple par l'âge ou par des maladies neurodégénératives telles qu'Alzheimer).

PROPOSITIONS

Le Conseil National Handicap soutient ce type de **projet d'intérêt majeur tant sur le plan humanitaire que sociétal**, qui vient **compléter** utilement les **mesures en faveur du redressement de la psychiatrie française** élaborées lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie (septembre 2021). Il souhaite naturellement obtenir des **candidats à l'élection présidentielle** une **prise de position** sur :

- Le **constat** de l'abandon de dizaine de milliers de handicapés psychiques hors des dispositifs publics ;
- La nécessité de **développer des solutions, classiques autant que nouvelles de places adaptées au handicap psychique** ;
- D'une manière générale, **donner une suite aux mesures** élaborées lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, qui dépassent largement le terme proche de la mandature en cours.

¹ On en trouvera l'analyse historique, détaillée et chiffrée, avec ses sources, dans le document intitulé « Dossier d'information : 100.000 PSYCHOTIQUES FRANÇAIS À L'ABANDON », un rapport de 2019 élaboré par le *Collectif 100.000 handicapés psychiatriques à l'abandon* avec le soutien du CNH, qui a été remis à M. le Président de la République, à M. le Premier ministre, à Mme la ministre de la Santé, à Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, à M. le délégué ministériel à la santé mentale et à M. le Défenseur des Droits. La synthèse de ce dossier est consultable en ligne : <https://15000citoyens-sans-visage.smartrezo.com/article-l-etat-deletere-de-la-psychiatrie-francaise-jette-par-milliers-les-handicapes-psychiques-a-la-rue-ou-en-prison.html?id=23646>. Il est possible de télécharger le dossier complet à partir de cette même page. Sur ce thème voir encore tout récemment l'essai du Dr Daniel Zagury : *Comment on massacre la psychiatrie française* (L'Observatoire 2021). On lira également sur ce point le rapport de la Cour des Comptes *LES PARCOURS DANS L'ORGANISATION DES SOINS DE PSYCHIATRIE* Février 2021, ^{xième} constat des dysfonctionnements de la psychiatrie française. Ce rapport souligne la persistance, malgré les réformes législatives (lois de 1975, de 2005 puis de 2016) de l'inefficacité du système actuel. Il en attribue les causes à un fonctionnement cloisonné en silos entre les moyens sanitaires et les moyens médico-sociaux, à une couverture territoriale hétérogène et à une absence de graduation des prises en charge selon la sévérité des cas, avec pour conséquence des parcours de soins sans continuité ni

cohérence. Analyse résumée dans l'article : <https://150000citoyens-sans-visage.smartrezo.com/article-les-parcours-dans-l-organisation-des-soins-de-psychiatrie-rapport-de-la-cour-des-comptes-publie-le-16-fevrier-2021.html?id=25183>

² Citons en particulier la « feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie » de la précédente ministre de la santé, Mme Agnès Buzyn (juin 2018), la nomination d'un délégué ministériel en charge de la mettre en œuvre, et les récentes Assises de la santé mentale et de la psychiatrie (septembre 2021).

³ Pour reprendre le terme de Mme Agnès Buzyn (Le Monde, 26/01/2018)

⁴ En bref, mouvement qui, après-guerre, a promu le désenfermement des malades psychiatriques et leur suivi autant que possible dans la cité. Ce principe, soutenu par l'OMS, est répandu dans le monde. Ce mouvement fut aussi un des pivots de la Psychothérapie Institutionnelle.

⁵ Des (environ) 300.000 lits en hôpitaux psychiatriques avant-guerre, 125.000 avaient été fermés en 2003 (9^e rapport du HCLPD) il reste environ 50.000 aujourd'hui, dont 25 à 30 % inexploités faute de personnel soignant.

⁶ Par exemple, selon l'IRDES 13.000 lits en structures alternatives ont été créés entre 1990 et 2011 pour 65.000 suppressions en hospitalisation sur la même durée.

⁷ Les hospitalisations prolongées subsistent cependant bien que désapprouvées par la HAS. Selon le Pr Boulenger (Pr émérite CHU Montpellier), la plupart des services ont au moins 15 à 20% de patients hospitalisés depuis plus d'un an faute de structures d'aval.

⁸ Selon des chiffres un peu anciens maintenant (CNSA chiffres clés de l'autonomie 2016), il se créait de l'ordre de 6 à 7 MAS et 20 à 25 FAM par an il y a 5 ans, soit respectivement environ 1000 et 1700 lits, tous handicaps confondus. En projetant les chiffres précédents (voir note 1), environ 12 % seraient réservés au handicap psychique.