



ASSOCIATION SOLID'AIR



## L'ÉGALITÉ DES DROITS ET DES CHANCES, LA PARTICIPATION ET LA CITOYENNETÉ DES ENFANTS HANDICAPES

EDITION FEVRIER 2007

L'association SOLID' AIR est un réseau d'entraide, d'information et de communication au profit des militaires et civils de l'Armée de l'air qui sont parents d'enfants handicapés.

Pour contacter l'association :

Association SOLID' AIR

CFPSAA 00.566, BA 102, BP 04

21998 DIJON ARMEES

PNIA 8111025220 (Cne Bernard LION, Président)

Mail Intradef : [lbernard.lion@air.defense.gouv.fr](mailto:lbernard.lion@air.defense.gouv.fr)

Mail Internet : [bernlion@wanadoo.fr](mailto:bernlion@wanadoo.fr)

Site internet : <http://www.solidair-asso.net>

## SOMMAIRE

<b>Introduction.</b>	Page 5
<b>1<sup>ère</sup> Partie : DEFINITION DU HANDICAP</b>	
<b>Classification des handicaps.</b>	Page 6
<ul style="list-style-type: none"><li>• La déficience.</li><li>• L'incapacité.</li><li>• Le désavantage.</li><li>• Le guide barème (décret 93-1216).</li></ul>	
<b>Types de handicaps</b>	Page 7
<ul style="list-style-type: none"><li>• Handicaps moteurs.</li><li>• Handicaps sensoriels.</li><li>• Handicaps mentaux.</li><li>• Le handicap psychique.</li><li>• Les handicaps associés.</li></ul>	
<b>Le Conseil national consultatif des personnes handicapées</b>	Page 9
<b>2<sup>ème</sup> partie : ACCUEIL ET SOINS DU JEUNE ENFANT HANDICAPE</b>	
<b>Le rôle de la Protection maternelle et infantile</b>	Page 10
<b>Le choix de la structure d'accueil</b>	Page 10
<ul style="list-style-type: none"><li>• Les puponnières.</li><li>• Les crèches et haltes-garderies.</li><li>• Les annexes XXIV.</li><li>• Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).</li><li>• Le service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD).</li><li>• Le centre médico-psycho-pédagogique (CMPP).</li><li>• L'institut médico-éducatif (IME).</li></ul>	
<b>3<sup>ème</sup> partie : LA SCOLARISATION DE L'ENFANT HANDICAPE</b>	
<b>Obligation scolaire et éducative.</b>	Page 16
<ul style="list-style-type: none"><li>• Le projet personnalisé de scolarisation.</li><li>• L'équipe de suivi de la scolarisation.</li><li>• L'aménagement des épreuves.</li></ul>	
<b>L'intégration scolaire</b>	Page 17
<ul style="list-style-type: none"><li>• Les personnes et les organismes à contacter.</li><li>• Les diverses formules envisageables.</li><li>• L'intégration scolaire totale ou partielle.</li><li>• L'intégration scolaire avec ou sans soutien.</li><li>• Les établissements spécialisés.</li><li>• Les autres formes d'enseignement possibles.</li></ul>	
<b>4<sup>ème</sup> partie : LES AIDES FINANCIERES</b>	
<b>L'allocation d'éducation d'enfant handicapé.</b>	Page 24
<ul style="list-style-type: none"><li>• Les conditions d'attribution.</li><li>• Le montant de l'AEEH et des compléments.</li><li>• La majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé.</li><li>• Contrôle de l'effectivité de l'aide d'une tierce personne.</li><li>• Le cas particulier de l'enfant placé.</li></ul>	

- Les recours.
- Les règles de cumul.

**La prise en charge des frais.** Page 28

- Les frais de transport des élèves handicapés.
- Es frais d'hébergement des élèves handicapés.

**5<sup>ème</sup> partie : LA MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES.**

**Dépôt des demandes.** Page 30

**Le plan personnalisé de compensation du handicap.** Page 30

**La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).** Page 30

- Compétences.
- Composition.
- Procédure.
- Contentieux.

**6<sup>ème</sup> partie : PROLONGATION – AMANDEMENT CRETON.**

**Procédure.** Page 33

**Prise en charge.** Page 33

**Contribution AAH.** Page 33

## INTRODUCTION

Idéalement, on pourrait penser que les personnes handicapées, qui doivent être considérées comme des citoyens à part entière, n'avaient pas besoin de textes législatifs et réglementaires pour obtenir le droit au soins, à l'éducation, à la liberté du choix de vie. Si l'on revient cependant quelques décennies en arrière, on trouve des personnes recluses dans leur cellule familiale ou des institutions spécialisées, vivant dans une solitude et une souffrance que personne ne voulait voir.

C'est essentiellement grâce à des parents, à des familles, et à des personnes handicapées elles-mêmes, parfois des médecins et des professionnels de la santé, qui ont su trouver les appuis politiques nécessaires, qui ont décidé de médiatiser les conditions de vies des enfants et adultes handicapés, que l'opinion publique puis le pouvoir ont progressivement pris en considération les légitimes revendications de ces citoyens cruellement touchés par le destin. C'est en 1975 que, pour la première fois, la personne handicapée cesse d'être « assistée » pour devenir quelqu'un ayant droit à la solidarité nationale.

Parmi ces lois fondamentales en matière de handicap, les textes principaux suivants doivent être cités :

- la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 dite d'orientation en faveur des personnes handicapées qui a substitué à la notion d'assistance qui prévalait jusqu'alors, celle de « solidarité nationale » ;
- la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, portant notamment définitions des institutions sociales et médico-sociales ;
- la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987, en faveur de l'emploi, qui institue, pour tout employeur de droit privé ou public, employant plus de 20 salariés, une obligation d'embauche dans la limite de 6 % de l'effectif total, au profit des travailleurs handicapés, des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % ;
- la loi n° 90-602 du 12 juillet 1990, relative à la protection des personnes contre les discriminations, incluant la notion de protection en raison de l'état de santé ou des handicaps ;
- la loi n° 91-663 du 13 juillet 1991, destinée à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public ;
- la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 qui reconnaît, aux personnes handicapées, le droit d'accéder aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens et fixe la liste non exhaustive de ces droits ;
- la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui réaffirme certains droits des personnes handicapées en vue de les rendre effectifs et en affirme de nouveaux. Elle pose un droit de compensation spécifique des conséquences du handicap, quelles que soient l'origine et la nature de la déficience.

Outre ces grands textes de base, de multiples textes législatifs et réglementaires traitent également, pour partie, de dispositifs juridiques applicables aux personnes handicapées (Loi de finances, loi de la Sécurité sociale, etc.).

La loi du 11 février 2005 est en quelque sorte une synthèse de ces trente années d'évolution et une étape décisive dans la reconnaissance de ces enfants et adultes « différents ». Mais elle montre également le chemin qu'il reste à parcourir pour qu'elle atteigne un niveau d'application pleinement efficace.

Le présent fascicule tente d'établir, de la manière la plus exhaustive possible, l'ensemble des droits et des devoirs de l'enfant handicapé ou atteint d'une maladie gravement invalidante et de sa famille.

## DÉFINITION DU HANDICAP.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit le handicap comme toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

### CLASSIFICATION DES HANDICAPS.

La classification distingue trois niveaux entrant en jeu dans le domaine du handicap : la déficience, l'incapacité et le désavantage.

#### La déficience.

La déficience correspond à la perte de substance ou l'altération d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique, soit à la naissance (congénitale), soit plus tard (acquise). Ces pertes de substance ou altérations peuvent être provisoires ou définitives. Elles comprennent l'existence ou l'apparition d'anomalies (anomalies génétiques), d'insuffisances et de pertes concernant un membre, un organe, un tissu ou toute autre structure de l'organisme, y compris la fonction mentale. C'est le domaine des médecins, qui effectuent le diagnostic, proposent le traitement et mettent en place une politique de prévention.

Neuf catégories de déficiences sont relevées : les déficiences intellectuelles et du psychisme, les déficiences du langage et de la parole, les déficiences auditives, les déficiences de l'appareil oculaire, les déficiences des autres organes (fonctions cardio-respiratoire, urinaire, etc.), les déficiences du squelette et de l'appareil de soutien, les déficiences esthétiques, les déficiences de fonctions générales, sensibles et autres (fragilité osseuse, diabète, défaut de développement, etc.).

#### L'incapacité.

L'incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience partielle ou totale) de la capacité à accomplir une activité de façon « normale » ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain. Elle relève du domaine des médecins mais aussi des rééducateurs, orthophonistes, kinésithérapeutes.

Les troubles peuvent être temporaires ou permanents, progressifs ou régressifs, réversibles ou irréversibles. Ils peuvent être aussi une réaction psychologique de l'individu en réponse à une déficience d'un autre ordre.

L'incapacité comporte 9 catégories : celles concernant le comportement (conscience de soi, orientation dans le temps et l'espace, etc.), la communication (compréhension du langage, écoute, vision, etc.), les soins corporels, la locomotion, l'utilisation du corps dans certaines tâches, la maladresse, les incapacités révélées par certaines situations (résistance physique au climat, au bruit, aux contraintes de travail, etc.), celles qui concernent des aptitudes particulières (résoudre des problèmes, planifier le travail, etc.) et enfin les autres restrictions d'activités. C'est l'aspect fonctionnel du handicap.

#### Le désavantage.

Le désavantage résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement des rôles considérés comme normaux selon l'âge, le sexe, la situation sociale et culturelle. C'est encore le domaine du médecin mais aussi du psychologue, du sociologue ou des travailleurs sociaux, de tous ceux qui, en fait, d'une façon ou d'une autre, aident à réduire le handicap. C'est là l'aspect situationnel du handicap qui se caractérise par une inadéquation entre les possibilités de la personne et ce qui est attendu d'elle.

Déficience, incapacité, désavantage, tels sont les trois types de classification de base du handicap. C'est le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles, qui est utilisé.

## **Le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.**

Le guide barème a été établi en s'appuyant sur les concepts de l'organisation mondiale de la santé (OMS) : atteinte des organes et des fonctions (déficience), limitation des capacités dans les gestes et les actes élémentaires de la vie quotidienne (incapacité), limite ou interdiction dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal (désavantage social).

Le décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, relatif au guide barème et son annexe, a permis d'unifier les pratiques des commissions spécialisées en matière d'appréciation du taux d'incapacité. Il a été remplacé par le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles.

En pratique, le médecin fait un diagnostic médical, prend connaissance du traitement éventuel et de ses conséquences sur la vie quotidienne, repère les déficiences et évalue les incapacités qui doivent être suffisamment permanentes pour justifier d'un classement pour une durée minimale d'un an.

Une attention spéciale est portée aux enfants. En effet, lorsque l'enfant est très jeune, le diagnostic est parfois incertain. De même, l'adolescence est une période qui peut être marquée par une modification de degré des troubles dont il faut tenir compte.

En cas d'aggravation (ou d'amélioration), le taux d'incapacité est revu. La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) doit examiner toutes les demandes, sans tenir compte des ressources des demandeurs. Toutes les décisions, en particulier les décisions de rejet, doivent être motivées.

## **TYPES DE HANDICAPS.**

Quatre types de handicaps sont généralement distingués : les handicaps moteurs, les handicaps sensoriels, les handicaps mentaux et les handicaps psychiques. Si plusieurs handicaps sont associés, on parle alors de multi handicap ou de handicaps associés.

### **Handicaps moteurs.**

Ce terme recouvre différentes formes de déficiences allant de l'anomalie génétique aux conséquences d'une maladie ou d'un traumatisme. Cette atteinte de la capacité du corps à se mouvoir peut provenir d'une lésion du système nerveux (malformation de la moelle épinière), des muscles (myopathies) ou du squelette (amputation).

Parmi les déficiences motrices les plus citées :

- l'hémiplégie est une paralysie plus ou moins importante d'une moitié du corps, consécutive à un traumatisme ou un accident vasculaire cérébral. Elle s'accompagne souvent d'une difficulté de la parole.
- la paraplégie est une paralysie des membres inférieurs, consécutive à une lésion de la moelle épinière.
- la tétraplégie est la paralysie des quatre membres due à une lésion de la moelle épinière. L'autonomie des tétraplégiques est très réduite et nécessite l'utilisation du fauteuil roulant et l'assistance d'une tierce personne. Des troubles sphinctériens, intestinaux et génito-sexuels peuvent se manifester.
- l'infirmité motrice cérébrale est la conséquence d'une lésion cérébrale survenue pendant le développement du système nerveux central, avant, pendant ou peu après la naissance.

Le handicap moteur peut prendre plusieurs aspects allant d'une anomalie du mouvement des membres supérieurs jusqu'à l'incapacité de marcher. Il existe souvent des troubles associés.

La sclérose en plaques est une maladie du système nerveux qui, par démyélinisation des nerfs (la myéline est une substance qui isole les nerfs), atteint l'adulte jeune, le plus souvent entre 20 et 40 ans. Les symptômes les plus fréquents sont des troubles de la marche et de l'équilibre, une mauvaise coordination des gestes, des paralysies, des troubles visuels, une perte de contrôle urinaire. D'autres effets comme la fatigue persistante ou les troubles de l'humeur peuvent représenter une gêne considérable. La cause de la sclérose en plaques n'est pas encore connue.

L'épilepsie trouve son origine dans une anomalie de fonctionnement des cellules cérébrales dont l'activité est soudainement déformée. Des crises généralisées ou partielles, en général brèves et soudaines, adviennent à un rythme différent selon les individus, annuel pour certains, plusieurs fois par jour pour d'autres. Le traitement est surtout médicamenteux, empêchant l'apparition des crises.

Le spina-bifida est une malformation de la moelle épinière et de la colonne vertébrale qui entraîne, dès la naissance, une paralysie plus ou moins importante. Il se manifeste également par une incontinence urinaire et sphinctérienne. Des séquelles mentales plus ou moins importantes peuvent s'ajouter.

Les maladies neuromusculaires sont liées à une anomalie de la fibre musculaire (myopathie), de la jonction de celle-ci avec le nerf moteur (myasthénie), du nerf moteur (maladie de Charcot-Marie-Tooth). Elles se traduisent par un affaiblissement musculaire progressif entraînant, selon l'organe atteint, difficultés de motricité, paralysie, scoliose et insuffisance respiratoire.

### **Handicaps sensoriels.**

#### La déficience auditive.

Elle dépend de plusieurs facteurs : le caractère unilatéral ou bilatéral de la surdité, l'âge de survenue, l'existence de handicaps associés et, bien sûr, le type de surdité.

Les surdités de transmission sont liées à une atteinte de l'oreille externe (pavillon et conduit auditif) ou de l'oreille moyenne (dysfonctionnement du tympan ou des osselets). Ce sont des surdités d'importance légère ou moyenne. Les surdités de perception, pour leur part, sont dues à des lésions de l'oreille interne ou du nerf auditif. Le degré de l'atteinte est variable, conséquence de maladies survenues pendant la grossesse, de maladies infectieuses, d'origine médicamenteuse, traumatique ou héréditaire.

On distingue les déficiences auditives légères (entre 20 et 40 décibels (dB) de perte), moyennes (entre 40 et 70 dB de perte), sévères (entre 70 et 90 dB de perte) et profondes (au-delà de 90 dB de perte).

Pour pallier le manque de communication, la rééducation orthophonique, l'appareillage, les langages oral et gestuel sont essentiellement utilisés.

#### La déficience visuelle.

Une personne est amblyope quand l'acuité visuelle du meilleur œil, après correction, est comprise entre  $3/10^{\text{ème}}$  et  $1/20^{\text{ème}}$ . Une acuité visuelle inférieure à  $1/20^{\text{ème}}$  correspond à la cécité. Une personne dont la vision est comprise entre  $1/20^{\text{ème}}$  et  $1/10^{\text{ème}}$  a droit à une mention « canne blanche ».

La cécité peut avoir une origine congénitale ou accidentelle. Certaines maladies (tumeur du nerf optique, cancers, diabète sévère, etc.) peuvent aussi être à l'origine de la déficience visuelle.

### **Handicaps mentaux.**

Le développement de l'intelligence d'un enfant peut être perturbé par de nombreux facteurs. Parmi les causes les plus fréquentes, on relève celles d'origine génétique ou biologique (agressions prénatales ou périnatales). Une mutation du gène ou une aberration chromosomique sont responsables d'une part importante de la déficience intellectuelle chez l'enfant, qui peut être également atteint d'une affection contractée pendant la grossesse par un virus (rubéole), un parasite (toxoplasmose) ou un toxique (alcool).

Les déficiences mentales sont couramment hiérarchisées en fonction de leur gravité par des tests qui déterminent des quotients intellectuels.

L'Organisation mondiale de la santé a proposé la classification suivante :

- retard mental léger : QI 70 à 50 ;
- retard mental moyen : QI 49 à 35 ;
- retard mental grave : QI 34 à 20 ;
- retard mental profond : QI moins de 20.

La déficience des fonctions intellectuelles est un développement insuffisant des capacités mentales entraînant l'impossibilité d'un apprentissage normal et de réactions appropriées aux circonstances de la vie quotidienne. La personne handicapée mentale a des difficultés à fixer son attention, à apprécier l'importance des informations à sa disposition. Parmi les handicaps mentaux, on peut citer la trisomie 21, le syndrome de l'X fragile ou encore l'autisme.

### **Le handicap psychique.**

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 reconnaît pour la première fois le handicap psychique, en tant que tel, notamment dans la définition du handicap.

Le handicap psychique touche souvent les jeunes adultes. Il n'entraîne pas de déficience intellectuelle. Il s'agit souvent d'une maladie pour laquelle l'état de la personne peut être stabilisé par la prise de médicaments. Il nécessite un accompagnement de la personne handicapée. Il touche environ 2 % de la population en France.

### **Les handicaps associés.**

Il existe trois types de multi handicap :

- les pluri handicapés, associant deux handicaps : surdité et cécité, handicap moteur et sensoriel, déficience mentale et sensorielle ;
- les polyhandicapés, atteints de handicaps graves à expressions multiples avec une restriction extrême de l'autonomie, entraînant une grande dépendance pour tous les actes de la vie courante. Ils associent généralement une déficience mentale sévère à des troubles moteurs graves accompagnés souvent de troubles respiratoires, nerveux (l'épilepsie est fréquente) ou sensoriels ;
- les sur handicapés, enfants dont la déficience physique ou psychique est aggravée progressivement par des troubles d'apprentissage ou des troubles relationnels.

La notion de multi handicap recouvre des réalités très différentes, ce qui nécessite une prise en charge médicale, éducative et psychologique lourde par une équipe pluridisciplinaire dans des structures spécialisées.

## **LA REPRÉSENTATION DES PERSONNES HANDICAPÉES : LE CONSEIL NATIONAL CONSULTATIF DES PERSONNES HANDICAPÉES.**

Instance de représentation des personnes handicapées, le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) assure la participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques les concernant. Il peut être consulté par les ministres compétents sur tout projet intéressant les personnes handicapées et peut se saisir de toute question relative à la politique les concernant. Le CNCPH est également chargé d'évaluer la situation matérielle, financière et morale des personnes handicapées et de présenter des propositions pour assurer, par une programmation pluriannuelle continue, la prise en charge de ces personnes. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 a renforcé son rôle. Ainsi, les actions et programmes de recherche de la politique de prévention, de réduction et de compensation des handicaps peuvent être proposés par le CNCPH.

Des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées (CDCPH) sont institués dans chaque département avec des missions similaires au CNCPH au plan local. Ils donnent un avis et formulent des propositions sur les orientations de la politique du handicap dans tous les domaines de la vie sociale et sur les mesures à mettre en œuvre au plan local pour assurer la coordination des interventions de tous les partenaires, notamment en matière de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle, d'accessibilité, de logement, de transport, d'accès aux aides humaines ou techniques et d'accès au sport, aux loisirs, au tourisme et à la culture.

## ACCUEIL ET SOINS DU JEUNE ENFANT HANDICAPÉ.

La prévention et le dépistage des handicaps, les soins et l'éducation constituent une obligation nationale, énoncée par l'article L. 112-1 du Code de l'éducation. Ainsi, le service public de l'Éducation nationale doit assurer une formation scolaire, professionnelle et supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant. L'État et les collectivités locales, les familles et les associations concourent à la réalisation de cette obligation pour l'enfant handicapé.

À chaque âge de la vie de cet enfant, il va falloir trouver la meilleure formule d'intégration possible, la structure d'accueil qui correspond à ses besoins.

L'obligation éducative doit se faire dans le cadre de l'école. A défaut, l'enfant handicapé doit bénéficier d'une éducation spécialisée, assurée par un établissement spécialisé ou avec le concours d'un service d'éducation et de soins spécialisés à domicile.

Enfin, les dépenses supplémentaires occasionnées par le handicap de l'enfant peuvent, sous certaines conditions, être en partie couvertes par l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). La prestation de compensation est attribuée aux enfants handicapés pour les frais relatifs à l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts de transport.

### **LE RÔLE DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI).**

L'accueil de la petite enfance se fait dans différentes structures (crèche, halte-garderie, etc.) sous la responsabilité de la Protection maternelle et infantile dépendant de la mairie du lieu de résidence des parents.

Parmi les missions de la PMI figurent la prévention et le dépistage précoces des affections invalidantes, la protection physique et mentale des enfants et de leurs familles ainsi que le contrôle des assistantes maternelles ou des établissements. C'est vers elle et le bureau d'action sociale de la mairie qu'il conviendra d'orienter une famille confrontée à la naissance d'un enfant handicapé.

### **LE CHOIX DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL.**

Le choix de la structure d'accueil est opéré le plus souvent par les municipalités confrontées à la demande des parents. Le financement est à la charge des caisses d'allocations familiales (CAF), des collectivités locales et des familles.

Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogique (CMPP) assurent le dépistage et le suivi des enfants, de moins de 6 ans pour les CAMSP et jusqu'à la fin de l'obligation scolaire pour les CMPP, dans la perspective d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu de vie.

L'obligation scolaire s'impose à tous les enfants à partir de 6 ans. Mais l'article L. 112-1 du Code de l'éducation, modifié par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, précise que la formation de l'enfant est entreprise avant l'âge de la scolarité obligatoire, si la famille en fait la demande.

L'enfant peut être scolarisé, soit dans une classe ordinaire de l'établissement scolaire du secteur dont relève son domicile, en intégration individuelle avec, si nécessaire, des adaptations ou un soutien particulier, soit admis après accord de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), dans une classe d'intégration scolaire (CLIS), en intégration collective avec d'éventuelles interventions spécialisées en soins, rééducation ou aide d'une tierce personne.

Si la scolarité en établissement ordinaire s'avère impossible, l'enfant sera orienté vers un établissement spécialisé, qui devra l'aider chaque fois que possible à s'intégrer partiellement en milieu scolaire ordinaire. Toutefois, l'enfant devra être inscrit dans un établissement de référence, proche de chez lui. Cet établissement devra passer une convention avec celui qui l'accueille. Ces établissements peuvent être publics ou privés et associent soins et scolarité. L'intégration des enfants est soutenue par les services d'éducation et de soins à domicile.

L'accord de la CDAPH est alors indispensable pour l'admission en établissement spécialisé, sinon aucune prise en charge ne pourra être effectuée.

## **Les pouponnières.**

Elles ont pour objet la garde, nuit et jour, des enfants de moins de 3 ans qui ne peuvent rester dans leur famille ni bénéficier d'un placement familial surveillé. Les pouponnières à caractère social reçoivent des enfants sans soins médicaux particuliers. Les pouponnières à caractère sanitaire reçoivent des enfants qui ont besoin de soins que leur famille ne peut leur dispenser, et notamment :

- les enfants atteints d'une malformation ou d'une affection qui nécessite un traitement spécial, un régime diététique ou une cure thermale ou climatique ;
- les enfants atteints d'encéphalopathie ;
- les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale (IMC).

Les pouponnières à caractère social et à caractère sanitaire peuvent être rassemblées dans un même établissement.

Des chambres individuelles et collectives, des salles de jeux et de repas composent les locaux d'hébergement. Les enfants nouvellement arrivés, de moins de 6 mois, disposent d'une ou plusieurs chambres individuelles et, pour les plus âgés, d'une ou plusieurs chambres collectives. Un jardin est prévu pour les sorties des enfants ainsi qu'une aire de jeux. Les visites familiales sont autorisées mais à des horaires fixés par le règlement intérieur de l'établissement.

L'admission se fait sur présentation à la direction de l'établissement d'un dossier comprenant l'état civil de l'enfant, son carnet de santé, l'observation médicale justifiant le séjour, les résultats des traitements et examens, les traitements en cours, un rapport du service social sur la famille et après examen par le médecin de la pouponnière. L'âge de sortie est fixé à 3 ans révolus, sauf indication du médecin, qui peut prolonger de 10 mois maximum la présence de l'enfant.

La direction, assurée par un médecin ou une puéricultrice, fait la liaison avec le service social des secteurs où résident les familles des enfants. Le personnel comprend puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture, éducateurs de jeunes enfants ainsi qu'un psychologue. En fonction des catégories d'enfants reçus, des médecins spécialistes et des rééducateurs peuvent intervenir.

## **Les crèches et haltes-garderies.**

La distinction réside dans la formule d'accueil, permanent (crèche) ou temporaire (halte-garderie).

Plusieurs catégories de crèches coexistent :

- la crèche collective, dont la mission est la garde des enfants dans des locaux destinés à cet usage,
- la crèche familiale, dont le lieu de garde est le domicile d'assistantes maternelles agréées,
- et, plus récente, la crèche parentale, organisée par une association de parents.

### La crèche collective.

La crèche collective accueille l'enfant de moins de 3 ans durant le travail des parents, dans la limite des places disponibles et après avis favorable du médecin de la crèche, examen de l'enfant et présentation du carnet de santé. Le personnel est composé de puéricultrices et d'éducateurs de jeunes enfants. Un médecin assure la surveillance médicale. Elle est gérée par la municipalité ; le centre communal d'action sociale (CCAS), le conseil général du département et la caisse d'allocations familiales participent au financement.

Les horaires d'accueil sont en général de 7 h à 19 h avec quelques variations. L'établissement est fermé les samedi, dimanche et jours fériés. ‘

### La crèche familiale.

La crèche familiale emploie des assistantes maternelles agréées et implique la participation des parents à la gestion. Les horaires peuvent être aménagés selon les contraintes des parents.

Le contrôle du fonctionnement de ces crèches s'effectue par des visites au moins hebdomadaires au domicile de l'assistante maternelle, pendant lesquelles sont examinés les conditions de vie et d'hygiène des enfants, leur alimentation et leur développement général.

### La crèche parentale.

La crèche parentale est organisée et gérée par les parents eux-mêmes (sous forme d'association), qui s'investissent dans l'accueil des enfants de moins de 3 ans, avec l'aide d'un professionnel qualifié (personnel paramédical, éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé).

Les parents s'engagent à participer personnellement à la surveillance des enfants selon des modalités précisées par les statuts de l'association ou par le règlement intérieur. L'agrément de la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS) précise le nombre d'enfants admissibles. Le responsable qualifié doit assurer, avec un autre adulte, une présence continue dans un local conforme à la sécurité et adapté aux différents moments de la vie des enfants.

L'inscription en crèche se fait généralement pendant la grossesse, inscription confirmée à la naissance de l'enfant par les parents. Les parents et l'enfant sont reçus par le directeur de la crèche et ce premier contact est déterminant dans la mesure où la place de l'enfant handicapé au sein de la collectivité dépend des capacités des accueillants.

### La halte-garderie.

La halte-garderie est un établissement permanent qui reçoit de façon discontinue des enfants de moins de 6 ans. Gérée par la Caisse d'allocations familiales, la municipalité ou une association, ses horaires peuvent varier selon la demande des parents.

La halte-garderie exclut la garde continue mais permet la garde à jour fixe de l'enfant, si cette garde n'est pas quotidienne. Les enfants handicapés doivent y être accueillis dès lorsque leur handicap n'entraîne pas pour les personnels des sujétions telles qu'ils ne puissent pas assurer la surveillance des autres enfants.

Certaines haltes-garderies conçoivent dès leur création un projet d'accueil d'enfants handicapés, démarche différente de la structure ordinaire s'ouvrant aux enfants handicapés.

Les enfants sont régulièrement suivis par une équipe spécialisée associant éducatrice spécialisée, éducateur de jeunes enfants et psychanalyste. La halte-garderie propose en plus des temps de jeux libres, des ateliers variés où les enfants participent selon leur âge et leurs possibilités. Un barème de participation familiale est fixé en fonction de la durée de l'accueil, des revenus des parents et du nombre d'enfants.

Des jardins d'enfants et haltes-garderies, spécialisées pour recevoir des enfants handicapés, existent également. La liste peut être obtenue au bureau d'aide sociale des mairies. Ils relèvent de la tutelle de la DDASS et entrent dans le champ des annexes XXIV. Ils ont pour but de garder et d'éduquer les jeunes enfants handicapés de 2 à 6 ans qui ne peuvent être admis ni en crèche ni en maternelle.

### **Les annexes XXIV.**

Ces textes administratifs régissent les conditions d'agrément des établissements pour jeunes handicapés. Les nouvelles annexes XXIV précisent les conditions d'autorisation, de fonctionnement et celles permettant de dispenser des soins aux assurés sociaux. Il y a cinq annexes correspondant aux établissements et services pour les enfants et les adolescents :

- Annexe XXIV : déficients intellectuels et inadaptés troubles du comportement.
- Annexe XXIV bis déficients moteurs.
- Annexe XXIV ter polyhandicapés.
- Annexe XXIV quater : déficients auditifs graves.
- Annexe XXIV quinquies : déficients visuels graves ou aveugles.

L'inscription peut être soutenue par un service spécialisé (CAMSP, SSES, etc.) qui fera alors le travail d'information du personnel, répondra à ses questions et élaborera, en collaboration avec lui, un projet pour l'enfant.

Une période d'adaptation est proposée. L'enfant, accompagné d'un parent, passe plusieurs moments de la journée à la crèche pour faire connaissance et apprécier ses potentialités.

Lorsqu'une difficulté de développement ne se révèle qu'après plusieurs mois de vie à la crèche, l'intervention d'un service spécialisé aide à assumer cette situation et à réévaluer les conditions d'accueil.

L'accueil temporaire collectif est assuré essentiellement par les haltes-garderies et les jardins d'enfants.

### **Les centres d'action médico-sociale précoce.**

Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ont pour mission le dépistage et le traitement précoce des enfants de moins de 6 ans atteints d'un handicap moteur, sensoriel ou mental.

La prise en charge de l'enfant dans et avec sa famille par une action à la fois médico-sociale et psychosociale est globale, c'est-à-dire que l'ensemble des conséquences physiques, psychiques, sociales et familiales du handicap est pris en compte. La coordination d'intervenants d'autres structures assure la continuité de l'intervention dans le temps et dans les différents milieux de vie.

Financés à 80 % par l'assurance maladie et à 20 % par le département, la grande majorité des CAMSP est polyvalente (certains sont spécialisés).

Les enfants venant au CAMSP proviennent des services de néonatalogie, de la PMI, des médecins libéraux, des parents et parfois de l'école maternelle. Lorsque la famille arrive, le directeur reçoit la demande d'admission et présente l'équipe du CAMSP et le travail qu'elle effectue. Il propose un bilan complémentaire avec un rééducateur qui servira à élaborer avec la famille, partenaire à part entière, un projet de soins. L'admission ne fait pas l'objet d'une décision de la CDAPH.

L'objectif est de permettre à l'enfant de vivre dans son milieu tout en recevant, en complément de l'éducation familiale, l'éducation spécialisée dont il a besoin. Les interventions se font tant à l'intérieur du CAMSP qu'au domicile de l'enfant ou en tout autre lieu fréquenté par l'enfant (crèche, etc.).

L'accompagnement des parents est primordial, car le travail du CAMSP s'appuie grandement sur eux. Les parents peuvent être présents aux séances de rééducation, où l'on favorise les compétences de l'enfant, où l'on parle des problèmes quotidiens et donne des conseils éducatifs. Ils ont aussi la possibilité de travailler avec le psychologue. Selon les besoins, peuvent intervenir une éducatrice spécialisée, l'orthophoniste, une institutrice spécialisée s'associant ou relayant l'intervenant principal, kinésithérapeute ou psychomotricien.

Les séances se déroulent individuellement ou en petits groupes. Les activités proposées sont multiples : jeux d'eau, sable, peinture, jeux moteurs, modelage, apprentissage des gestes quotidiens comme l'habillage, jeux éducatifs se rapprochant peu à peu des activités scolaires.

Lorsque les parents travaillent, certains enfants vont en crèche, où le CAMSP apporte une aide aux personnes s'occupant de l'enfant, ou à l'école, où le centre spécialisé initie la rencontre des enseignants avec les parents et permet de cerner les intérêts de l'intégration scolaire.

Tout au long de la prise en charge, d'autres personnels du centre interviennent :

- L'équipe psychologique, pour une évaluation de l'enfant et une psychothérapie parents - enfant ;
- les médecins, pour faire le point sur le développement de l'enfant et le déroulement de la rééducation, et discuter avec les parents des modifications éventuelles ;
- l'assistante sociale, au travers des demandes des parents, de l'information de leurs droits, pour préparer l'orientation de l'enfant à la fin de la prise en charge et trouver la structure la mieux adaptée aux besoins de l'enfant.

### **Le service d'éducation spécialisée et de soins à domicile.**

Le service d'éducation spécialisée et de soins à domicile, (SESSAD), complémentaire du CAMSP, est autorisé, au titre des annexes XXIV, à intervenir ponctuellement auprès d'enfants de moins de 6 ans avec un suivi possible au-delà s'ils justifient d'un soutien en milieu scolaire.

Il doit favoriser le maintien de l'enfant dans son milieu de vie (famille, crèche, école, etc.) tout en répondant à l'intégralité des besoins de ce dernier, soit en services directs, soit en passant une convention avec des intervenants extérieurs.

Le SESSAD a pour principales missions la prise en charge précoce de l'enfant, de son développement psychomoteur, La préparation des moyens médicaux, paramédicaux et psychosociaux adaptés, le soutien à l'intégration scolaire, et le conseil et l'aide à la famille.

L'intervention du SESSAD nécessite une autorisation préalable de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Il peut intervenir au domicile et dans les différents lieux de vie de l'enfant ou dans ses propres locaux pour des prises en charge individuelles ou en groupe. L'intervention ne se fait que sur demande des parents, préalablement informés du mode de fonctionnement du service.

La CDAPH délivre les autorisations de prise en charge des enfants et émet des propositions d'orientation à leur sortie.

### **Le centre médico-psycho-pédagogique.**

Le plus souvent, ce sont les médecins, les enseignants et le psychologue scolaire, les services sociaux et les équipes d'éducation spécialisée qui alertent les parents sur la nécessité de consulter un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP).

Le CMPP a pour mission de diagnostiquer et traiter les troubles de l'adaptation familiale, sociale ou scolaire, pendant une période couvrant largement l'âge de l'obligation scolaire, et s'adresse aux enfants présentant :

- des difficultés scolaires spécifiques (mauvais apprentissage de la lecture, de l'écriture, de l'orthographe ou du calcul), ;
- un retard global ;
- des problèmes relationnels et d'intégration scolaire ;
- des troubles du langage (retards de langage, bégaiement) ;
- des troubles psychomoteurs (mauvaise latéralisation, mouvements désordonnés, etc.) ;
- des troubles du comportement (agressivité, isolement, etc.).

Le CMPP peut intervenir soit dans les lieux de vie de l'enfant, soit au centre lui-même ou dans des annexes décentralisées, en concertation avec d'autres secteurs comme les secteurs de psychiatrie infanto juvénile, la PMI, les établissements spécialisés ou le milieu scolaire.

Au cours du premier entretien, les parents sont reçus, en fonctions des symptômes de l'enfant, par un médecin psychiatre, un psychologue, une assistante sociale ou un rééducateur. Il s'agit d'apprendre à connaître l'enfant, depuis sa naissance jusqu'à son adaptation à l'école, ses antécédents médicaux, les circonstances du développement psychomoteur et aussi son comportement habituel dans le groupe familial, ses relations avec ses frères et soeurs, afin de comprendre sa situation.

Cette prise de contact est suivie, selon les cas, d'examens complémentaires et de bilans. Le bilan psychologique apprécie les aptitudes intellectuelles et cerne la personnalité de l'enfant, le bilan psychomoteur permet de voir comment il utilise son corps, l'examen orthophonique sert à vérifier le langage oral et l'examen médical apprécie son état général.

L'assistante sociale intervient au niveau de la vie quotidienne de la famille. C'est parfois elle qui, la première fois, a reçu la famille ; elle est à l'écoute des problèmes de celle-ci et c'est elle qui contacte les services sociaux et médico-sociaux extérieurs.

Ce n'est qu'à l'issue de ces examens que sera déterminée la prise en charge proposée aux parents. Suivant les cas, elle peut se faire en petit groupe ou individuellement, à raison d'une ou plusieurs séances hebdomadaires. La prise en charge peut impliquer différentes rééducations, aussi bien pour le corps de l'enfant (psychomotricité, kinésithérapie, éducation gestuelle, etc.) que pour son langage (orthophonie, pédagogie du langage, etc.) ou plus largement pour ses acquisitions scolaires.

La plupart des centres proposent aussi une psychothérapie s'adressant à l'enfant seul ou accompagné de ses parents mais toujours avec leur consentement.

Ces actions de rééducation sont couvertes financièrement par les caisses d'assurance maladie qui n'exercent qu'un contrôle administratif pour vérifier la qualité « d'ayant droit » et un contrôle médical du médecin conseil de la caisse, justifiant la thérapie réalisée au CMPP.

### **L'institut médico-éducatif.**

D'autres structures d'accueil sont à la disposition des enfants et de leur famille pour assurer l'éducation et les soins, en particulier les instituts médico-éducatifs (IME).

Les instituts médico-éducatifs constitués des instituts médico-pédagogiques (IMP) et des instituts médico-professionnels (IM PRO) s'adressent aux jeunes âgés de 3 à 20 ans, atteints d'une déficience intellectuelle, liée à des troubles neuropsychiques. L'accord de la CDAPH est un préalable à l'admission dans ces établissements, où les frais de séjour sont totalement pris en charge par la Sécurité sociale ou l'aide sociale.

Les instituts d'éducation motrice (IEM) s'adressent aux enfants présentant une déficience motrice incompatible avec la fréquentation d'un milieu scolaire ordinaire. D'autres structures prennent en charge les jeunes présentant un handicap grave à expression multiple : établissements pour enfants polyhandicapés ou atteints de déficience sensorielle ; institut d'éducation spécialisée pour déficients auditifs (IESDA) ; et institut d'éducation spécialisée pour déficients visuels (IESDV).



## LA SCOLARISATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ.

La scolarisation de l'enfant handicapé revêt une importance majeure, car elle doit assurer à l'enfant à la fois sa socialisation et l'acquisition de connaissances indispensables à une vie professionnelle future. Le problème se pose donc des diverses formules envisageables afin d'aider au choix du mode de scolarisation le mieux approprié à une situation toujours particulière. Des aides financières sont octroyées en compensation du surcroît de charge éducative ou de frais de scolarisation qu'occasionne toujours un enfant handicapé.

Un service téléphonique « Handiscol » (0 810 55 55 01) est à l'écoute des familles d'enfants handicapés pour les aider à résoudre leurs problèmes de scolarisation. Ce service est également accessible aux professeurs, intervenants sociaux, etc. Par ailleurs, les parents d'enfants ou d'adolescents handicapés peuvent se procurer (auprès des inspections académiques, des centres de PMI, des DDASS, des MDPH), le Guide « Handiscol » qui contient toutes les informations relatives à leurs droits et à la réalisation de leurs démarches. Ce Guide est également disponible sur le service Internet de l'Éducation nationale à l'adresse suivante :

<http://www.education.gouv.fr/handiscol/famille.htm>

### **OBLIGATION SCOLAIRE ET ÉDUCATIVE.**

L'obligation scolaire s'impose à tous les enfants, y compris aux enfants handicapés. L'article L. 112-1 du Code de l'éducation le rappelle : le service public de l'Éducation nationale assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant.

La loi no 2005-102 du 11 février 2005 rappelle, à l'article L. 114-2 du Code de l'action sociale et des familles, que l'enfant a droit au maintien dans un cadre ordinaire de scolarité. Ainsi, tout enfant ou adolescent présentant un handicap ou un trouble de santé est inscrit à l'école, au collège ou lycée d'enseignement général ou professionnel, ou dans un établissement d'éducation spécialisée, le plus proche de son domicile. Cet établissement constitue son établissement de référence (Décret no 2005-1752 du 30 décembre 2005).

Lorsqu'une scolarisation en milieu ordinaire ne peut se faire dans l'établissement désigné par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, en raison des conditions d'accessibilité, les surcoûts liés au transport sont à la charge de la collectivité territoriale compétente pour l'accessibilité des locaux.

Si, en raison de ses besoins, l'enfant doit être inscrit dans une autre école ou dans un autre établissement, cette inscription n'exclut pas son retour dans l'établissement de référence. Sa scolarité peut alors s'effectuer :

- soit dans l'unité d'enseignement créé au sein d'un établissement médico-social ;
- soit à temps partagé dans cette unité d'enseignement et dans son établissement scolaire de référence;
- soit à temps partagé dans cette unité d'enseignement et dans une des écoles ou l'un des établissements scolaires avec lesquels l'établissement d'accueil met en oeuvre une coopération. Dans ce cas, l'élève peut être inscrit dans cette école ou dans cet établissement scolaire.

### **Le projet personnalisé de scolarisation.**

L'enfant handicapé bénéficie d'un projet personnalisé de scolarisation qui définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales (Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005). Il a également droit à une évaluation de ses compétences, de ses besoins et des mesures mises en oeuvre dans le cadre de son parcours, selon une périodicité adaptée à ses besoins. Elle est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire qui aide la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) à prendre sa décision. Lors de cette évaluation, les parents ou le représentant légal de l'enfant sont obligatoirement invités à s'exprimer.

Pour conduire cette évaluation, l'équipe pluridisciplinaire s'appuie sur les observations relatives aux besoins et aux compétences de l'enfant ou de l'adolescent, réalisées en situation scolaire par l'équipe de suivi de scolarisation. Elle prend en compte les aménagements apportés à l'environnement scolaire, ainsi que les mesures déjà mises en oeuvre pour assurer son éducation. Le projet personnalisé de scolarisation est transmis à l'élève majeur ou à ses parents. La CDAPH se prononce sur l'orientation de l'élève au vu du projet personnalisé de scolarisation et des observations formulées par l'élève majeur ou ses parents lorsqu'il est mineur.

### **L'équipe de suivi de la scolarisation.**

L'équipe de suivi de la scolarisation assure le suivi des décisions de la CDAPH et du projet personnalisé de scolarisation. Elle comprend nécessairement l'élève, ou ses parents, ainsi que le référent de l'élève. Elle fonde son action sur les expertises du psychologue scolaire ou du conseiller d'orientation psychologique, du médecin de l'Éducation nationale ou du médecin du service de Protection maternelle et infantile, et éventuellement de l'assistant de service social ou de l'infirmier scolaire qui interviennent dans l'établissement scolaire. Les membres de l'équipe de suivi de scolarisation sont tenus au secret professionnel.

Elle doit procéder, au moins une fois par an, à l'évaluation du projet personnalisé de scolarisation. Cette évaluation peut être organisée à la demande de l'élève, de ses parents, de l'équipe éducative de l'établissement scolaire ou à la demande du directeur de rétablissement de santé ou de l'établissement médico-social, si des régulations s'avèrent indispensables en cours d'année scolaire. Elle propose les aménagements nécessaires pour garantir la continuité du parcours de formation et informe la CDAPH de toute difficulté de nature à mettre en cause la poursuite de la mise en œuvre du projet. Elle peut proposer à la CDAPH toute révision d'orientation, avec raccord de l'élève ou de ses parents.

Un enseignant référent est chargé d'assurer, pour chaque élève handicapé du département, la permanence des relations avec l'élève ou ses parents s'il est mineur. Il doit également réunir l'équipe de suivi de scolarisation. Il favorise la continuité et la cohérence de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation.

### **L'aménagement des épreuves.**

Des aménagements des conditions de passation des épreuves orales, écrites, pratiques ou de contrôle des examens ou concours de l'enseignement scolaire et supérieur sont prévus par le décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005. Sont concernés tous les examens ou concours de l'enseignement scolaire ou de l'enseignement supérieur organisés par le ministre de l'Éducation nationale ou le ministre chargé de l'Enseignement supérieur ou par des établissements sous tutelle de ces ministères. La forme de l'épreuve ou le mode d'évaluation des épreuves importe peu. De même sont concernés tous les diplômes, quels que soient leur mode d'acquisition.

Cinq types d'aménagements sont possibles. Ils peuvent porter sur :

- les conditions proprement dites de déroulement : conditions matérielles, aides techniques, aides humaines ;
- une majoration du temps imparti, au plus un tiers temps supplémentaire. Toutefois, cette limite peut être dépassée sur demande motivée du médecin et compte tenu de la situation de l'élève ;
- la conservation pendant 5 ans des notes ainsi que le bénéfice d'acquis dans le cadre des acquis de l'expérience ;
- l'étalement sur plusieurs sessions du passage des épreuves, des adaptations d'épreuves ou des dispenses d'épreuves.

Par ailleurs, les locaux doivent être accessibles ou faire l'objet d'aménagements en ce sens. Le président de jury de l'examen ou du concours est informé des aménagements.

Le candidat doit solliciter, pour bénéficier de ces aménagements, un médecin désigné par la CDAPH. Ce médecin propose des aménagements dans son avis. L'autorité administrative décide des aménagements accordés et notifie sa décision au candidat.

Enfin, lorsque l'élève ou l'étudiant accueilli dans des établissements hospitaliers pour des séjours de longue durée ou recevant des soins en liaison avec ces établissements ne peut se rendre dans les centres d'examens ou de concours, des centres spéciaux d'examen ou de concours peuvent être ouverts.

### **L'INTÉGRATION SCOLAIRE.**

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pose le principe de l'inscription de tout enfant handicapé dans l'établissement scolaire le plus proche de son domicile. Ce principe se décline ainsi :

- tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé doit être inscrit dans l'école ou dans l'établissement scolaire le plus proche de son domicile, qui constitue son « établissement de référence » ;

- dans le cadre de son projet personnalisé de scolarisation, si ses besoins nécessitent qu'il reçoive sa formation au sein de dispositifs adaptés, il peut être inscrit dans une autre école ou un autre établissement, sur proposition de son établissement de référence et avec raccord de ses parents. Cette inscription n'exclut pas son retour à l'établissement de référence ;
- les enfants et les adolescents accueillis dans des établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux enfants handicapés peuvent être inscrits dans une école ou dans un établissement scolaire autre que leur établissement de référence, proche de l'établissement où ils sont accueillis.

### **Les personnes et organismes à contacter.**

La CDES a disparu Le 1<sup>er</sup> janvier 2006 au profit de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). La CDAPH est instituée au sein de chaque Maison départementale des personnes handicapées.

#### La Maison départementale des personnes handicapées.

La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est compétente pour centraliser toutes les demandes des personnes handicapées, y compris les questions de scolarisation des enfants handicapés. Pour toute demande relative à l'orientation, l'accès à la formation et les aides accordées à un enfant ou un adolescent, la MDPH exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille (CASF, art. L. 146-3). De plus, elle met en place et organise le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire de la CDAPH, chargée de procéder à l'évaluation des besoins des personnes handicapées.

#### Les directeurs d'écoles et chefs d'établissements.

Ils vérifient, après avoir réuni l'équipe pédagogique, si les conditions relatives à une intégration scolaire sont remplies ou non.

#### Les inspecteurs spécialisés de l'Éducation nationale.

Ils sont chargés de l'adaptation et de l'intégration scolaire (IEN-AIS) et ont un rôle de coordination et de conseil pour tous les problèmes concernant les enfants handicapés.

#### L'enseignant référent.

L'enseignant référent est, au sein de l'Éducation nationale, « l'acteur central des actions conduites en direction des élèves handicapés » (Arrêté du 17 août 2006 relatif aux enseignants référents et à leurs secteurs d'intervention). Il est désigné par l'inspecteur d'académie et est placé sous son autorité. Il est affecté dans une des écoles publiques ou un des établissements publics locaux d'enseignement de son secteur d'intervention. Il est l'interlocuteur privilégié des parents de chaque élève handicapé fréquentant dans son secteur d'intervention un établissement scolaire ou une unité d'enseignement.

Ses missions consistent à assurer l'accueil et l'information des familles, à veiller à la continuité et à la cohérence de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation, à assurer un lien permanent avec l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation et à intervenir dans tous les types d'établissements, quel que soit le mode de scolarisation effectif de l'élève handicapé, même lorsque l'enfant est scolarisé à domicile ou inscrit au CNED.

Lors de l'inscription, le directeur de l'école transmet aux parents les coordonnées de l'enseignant référent. Lorsque l'élève est appelé à changer d'école ou d'établissement, ou lorsqu'il est inscrit dans un établissement scolaire mais fréquente un autre établissement qui n'est pas dans le même secteur d'intervention, l'enseignant référent organise la prise de contact des parents avec l'enseignant référent du secteur concerné.

### **Les diverses formules envisageables.**

L'intégration scolaire, en fonction du handicap de l'enfant et de l'orientation décidée par la CDAPH, peut être à la fois :

- individuelle (classes ordinaires) ou collective (classes spéciales) ;
- totale ou partielle (en partie dans une classe ordinaire, en partie dans un établissement spécialisé) ;

- sans soutien ou avec soutien. Il peut s'agir d'un soutien de l'Education nationale, ou d'un soutien spécialisé (Affaires sociales et Santé), notamment d'un soutien du personnel médical et paramédical (service d'éducation spécialisée et de soins à domicile).

Pour assurer la continuité du parcours de formation des élèves présentant un handicap, une unité d'enseignement peut être créée au sein des établissements et services médico-sociaux ou des établissements de santé accueillant des enfants ou des adolescents qui ne peuvent effectuer leur scolarité à temps plein dans une école ou un établissement scolaire. Elle met en œuvre tout dispositif d'enseignement concourant à la réalisation du projet personnalisé de scolarisation en accord avec le parcours de formation de l'élève (Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005).

#### L'intégration individuelle en classe ordinaire.

Le projet personnalisé de scolarisation précise, pour chaque élève, les objectifs visés et les moyens mis en œuvre. Si l'équipe éducative d'un établissement scolaire souhaite qu'un projet personnalisé de scolarisation soit élaboré pour un élève, le directeur de l'école ou d'établissement en informe l'élève majeur, ou ses parents s'il est mineur, pour qu'ils en fassent la demande. Il leur propose de s'informer sur les aides qui peuvent leur être apportées auprès de l'enseignant référent affecté sur le secteur (Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005).

Si aucune suite n'est donnée dans un délai de 4 mois, l'inspecteur d'académie informe la MDPH de la situation de l'élève. Elle prend toutes mesures utiles pour engager un dialogue avec l'élève ou ses parents.

Lorsque les aménagements prévus ne nécessitent pas de projet personnalisé de scolarisation, un projet d'accueil individualisé est élaboré avec le concours du médecin de l'Education nationale ou du médecin du service de protection infantile, à la demande de la famille, ou en accord et avec la participation de celle-ci, par le directeur d'école ou le chef d'établissement. Si nécessaire, le projet d'accueil individualisé peut être révisé. Hormis les aménagements prévus dans le cadre du projet individualisé, la scolarité se déroule dans les conditions ordinaires.

Si des personnels de soins ou d'aide extérieurs à l'Education nationale doivent intervenir à l'école auprès de l'enfant, le projet personnalisé doit mentionner ces interventions. Si Les personnes concernées n'ont pas reçu l'agrément de l'inspecteur académique, une convention précisant leur action est indispensable. Mais le délai nécessaire à la signature de la convention ne doit pas différer l'intégration scolaire.

#### L'intégration collective (classes spéciales).

IL s'agit de l'intégration collective (en petit nombre) d'élèves handicapés dans un établissement scolaire ordinaire où ils bénéficient des moyens susceptibles d'assurer de façon permanente le soutien médical, paramédical, social et éducatif nécessaire.

On peut distinguer 3 types de structures :

- les classes d'intégration scolaire ;
- les unités pédagogiques d'intégration ;
- Les sections d'enseignement général et professionnel adopté (SEGPA).

#### Les classes d'intégration scolaire (CLIS).

Les CLIS accueillent de façon différenciée, dans certaines écoles élémentaires ou même maternelles, des élèves handicapés. L'effectif de ces classes est limité à 12 élèves. L'admission en CLIS est subordonnée à la décision de la CDAPH lorsqu'il y a attribution de moyens de soutien spécialisés financés par l'assurance maladie.

Différentes CLIS spécifiques existent :

- « CLIS 1 » pour enfants atteints d'un handicap mental ;
- « CLIS 2 » pour enfants atteints d'un handicap auditif ;
- « CLIS 3 » pour enfants atteints d'un handicap visuel ;
- « CLIS 4 » pour enfants atteints d'un handicap moteur.

Le bon fonctionnement des CLIS suppose un soutien spécialisé médical et paramédical. A cet effet, une convention peut être passée avec un service d'éducation et de soins à domicile (SESSAD).

### Les unités pédagogiques d'intégration (UPI).

Les UPI accueillent, en collège et en lycée d'enseignement général et professionnel, des élèves présentant différentes formes de handicap mental, sensoriel ou moteur. Ce dispositif, souple et évolutif, se fonde sur l'alternance de regroupements pédagogiques spécifiques d'élèves handicapés et de périodes dans des classes ordinaires.

Une UPI peut accueillir des élèves :

- sortant des CLIS de l'école primaire ;
- qui, après un séjour dans un IME ou une structure de soins, sont en mesure de poursuivre leur scolarité dans un établissement scolaire ;
- qui, après avoir bénéficié d'une intégration individuelle, ont besoin de modalités d'accueil plus collectives.

L'accueil se fait sur la base d'un projet personnalisé de scolarisation, élaboré à partir des besoins et des potentialités de l'enfant.

### Les sections d'enseignement général et professionnel adopté (SEGPA).

Les SEGPA accueillent des jeunes handicapés (surtout « déficients intellectuels ») de 12 à 16 ans. Chaque SEGPA a un effectif théorique de 96 élèves. Elles fonctionnent au sein d'un collège ordinaire et doivent être intégrées au maximum à la vie de ce collège, sans cloisonnement.

Les SEGPA ont pour objectif d'assurer aux jeunes une fonction et une qualification leur permettant une insertion professionnelle de niveau V (CAP).

### **L'intégration scolaire totale ou partielle.**

L'enfant handicapé est scolarisé dans l'école, le collège ou le lycée de sa commune, de son quartier, de son secteur. Si sa situation de l'enfant le demande, cette intégration peut se faire :

- à mi-temps : l'élève passera la moitié de son temps de scolarité en classe ordinaire et l'autre moitié dans une classe ou un établissement spécialisé ;
- à temps partiel : la formule à temps partiel pourra être une étape vers une intégration à temps plein, de même que l'intégration collective en classe spécialisée pourra conduire à une intégration en classe ordinaire. Elle peut n'intervenir que pour une partie seulement des activités de rétablissement scolaire.

### **L'intégration scolaire avec ou sans soutien.**

L'intégration scolaire est dite sans soutien lorsque l'enfant handicapé est élève dans une classe ordinaire sans faire l'objet d'actions de soutien extérieur. Cette intégration se fait avec les seuls moyens de l'Éducation nationale, en enseignement général et professionnel.

Toutefois, d'importants soutiens spécialisés, scolaires, éducatifs, médicaux, sont offerts en vue d'accueillir des enfants ou adolescents handicapés. Ainsi, l'intégration à l'école des enfants et adolescents handicapés passe par celle des soutiens spécialisés qui leur sont nécessaires.

### Les soutiens de l'Éducation nationale.

Des instituteurs spécialisés, itinérants ou non, peuvent être mis à la disposition du directeur de l'école qui accueille des enfants handicapés. Les réseaux d'aides spécialisées pour la réussite scolaire comprennent des psychologues scolaires, des rééducateurs et des enseignants qui facilitent l'insertion des élèves handicapés.

Les aides spécialisées sont adaptées à chaque cas. Des actions spécialisées à dominante « pédagogiques » ou à dominante « rééducatives » peuvent être organisées.

Des auxiliaires de vie scolaire peuvent apporter une aide et un accompagnement individuel ou collectif aux élèves présentant une forte restriction d'autonomie.

L'inspecteur départemental de L'Éducation nationale est responsable de l'ensemble des réseaux implantés dans sa circonscription.

### Le service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD).

Ce service prend en charge les enfants déficients intellectuels et handicapés moteurs. Il peut être rattaché à un établissement spécialisé ou être autonome. Ses interventions s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou adolescent (domicile, crèche, école, collège, lycée) et dans les locaux du service.

Son action peut se résumer en deux points :

- la prise en charge précoce des enfants, de la naissance à 6 ans ;
- le soutien à l'intégration scolaire ; dans ce cas, une convention est passée avec l'inspecteur d'académie ou le chef d'établissement.

Ces services reçoivent une dénomination spécifique suivant qu'ils s'adressent aux déficients intellectuels, auditifs ou visuels :

- le service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire spécialisée (SSEFIS) pour la prise en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience auditive grave nécessitant le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de communication, l'acquisition des connaissances scolaires, la formation professionnelle et l'accès à l'autonomie sociale ;
- le service d'accompagnement familial en éducation précoce (SAFEF) qui accueille les enfants de moins de 3 ans. Ce service assure le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic et de l'adaptation prothétique, l'éveil et le développement de la communication de l'enfant ;
- Le service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS) s'adresse aux enfants et adolescents déficients visuels et leur apporte l'ensemble des moyens de compensation du handicap, de développement de la vision fonctionnelle, d'apprentissage des techniques palliatives et les soutiens pédagogiques adaptés avec mise à disposition des matériels et équipements spécialisés ;
- Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) assurent le dépistage, les cures ambulatoires et l'aide aux familles des enfants de moins de 6 ans, atteints de déficiences motrice, sensorielle ou mentale, en vue d'une adaptation sociale et éducative. Ils exercent des actions préventives spécialisées. La prise en charge relève à 80 % de l'assurance maladie et à 20 % du conseil général.

### Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Ces centres assurent le diagnostic et le traitement ambulatoire ou à domicile des enfants jusqu'à 18 ans, dont l'inadaptation est liée à des troubles neurophysiologiques ou à des troubles du comportement. Ils interviennent en liaison avec l'établissement scolaire.

### **Les établissements spécialisés.**

Lorsque l'état de santé ou le handicap d'un enfant ou d'un adolescent l'empêche de suivre en totalité ou en partie sa scolarité en classe ordinaire, il peut être admis dans des établissements spécialisés. L'orientation en est décidée par la CDAPH.

Les nouvelles annexes XXIV confient aux établissements et services spécialisés une mission d'intégration scolaire, nécessitant généralement une aide adaptée à l'élève et un soutien à l'enseignant. Chaque fois que possible, les enfants et adolescents handicapés doivent être pris en charge à temps partiel ou à temps plein dans un établissement scolaire ordinaire. Ainsi, une collaboration avec les établissements scolaires est possible au moyen d'une convention.

### Les établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA).

Les établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) sont conçus pour des élèves qui ne peuvent être accueillis en externat. La plupart des EREA reçoivent des jeunes « déficients intellectuels ». IL existe quelques EREA pour handicapés sensoriels et moteurs : dans ce cas, ils disposent d'un centre de soins placé sous le contrôle de la DDASS.

Le personnel comprend un directeur, un éducateur principal, des instituteurs ou professeurs d'écoles pour l'enseignement général, un chef de travaux et des professeurs d'enseignement technique pour l'enseignement professionnel.

Les EREA ont pour objectif de donner une formation et une qualification permettant une insertion professionnelle de niveau V (CAP) : ils peuvent ainsi être considérés comme des lycées professionnels adaptés. L'admission en EREA se fait sur décision de la CDAPH.

#### Les instituts médico-éducatifs.

Les instituts médico-éducatifs se définissent comme un lieu de vie, d'accompagnement du résident, avec pour but de développer un degré d'autonomie maximal en rapport avec la sévérité du handicap. Pour ce faire, les prises en charge éducative et médicale sont contiguës. Ils comprennent les instituts médico-pédagogiques et les instituts médico-professionnels.

#### Les instituts médico-pédagogiques.

Ils reçoivent des jeunes de 6 à 14 ans. Cette fonction médico-pédagogique vise à fournir aux enfants un enseignement général et pratique, à développer leur habileté manuelle par une formation gestuelle appropriée et à assurer un préapprentissage par la reconnaissance des matériaux, l'utilisation des outils, etc. Le dosage entre activités scolaires et éducatives est fait de telle sorte que les enfants puissent acquérir un maximum de connaissances, tout particulièrement dans les matières fondamentales que sont le français et le calcul. Par ailleurs, éducateur et institutrice veillent à donner une culture de base à travers l'exploitation des médias afin que chacun ait les moyens de comprendre le monde qui l'entoure.

#### Les instituts médico-professionnels.

Ils apportent aux jeunes handicapés de 14 à 20 ans un complément de connaissances générales et une formation professionnelle adaptée à leur handicap, permettant, le plus souvent, l'entrée en établissement ou service d'aide par le travail.

Après un bilan effectué avec les intervenants qui ont eu en charge l'adolescent, celui-ci est orienté, soit dans un atelier de type pré professionnel, soit dans un atelier de prestations de services. Ce dernier offre aux jeunes ayant des difficultés trop importantes pour avoir une chance d'être insérés dans le monde ordinaire du travail un large éventail d'activités leur permettant d'acquérir un maximum d'autonomie dans leur vie quotidienne, grâce à la réalisation de travaux simples.

#### L'Institut national des jeunes sourds.

L'Institut national des jeunes sourds (INJS) de Paris est un établissement public national dépendant du ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; il accueille de jeunes sourds de 3 à 21 ans pour un enseignement spécialisé général, technique et professionnel.

L'enseignement est dispensé soit en intégration dans des écoles de la Ville de Paris ou dans des collèges et lycées de l'Éducation nationale, soit à l'institut pour le lycée professionnel, les classes bilingues du collège et les classes pré professionnelles.

Tous les modes de communication sont utilisés : français oral et écrit, soutien LPC (Langage parlé complété), LSF (Langue des signes française).

#### L'Institut national des jeunes aveugles.

L'Institut national des jeunes aveugles (INJA) est un établissement public national d'enseignement et d'éducation spécialisés qui a une action de soutien à l'intégration en milieu ordinaire et d'aide aux familles d'enfants déficients visuels. Il accueille en externat, ou en internat de semaine, des enfants amblyopes profonds et aveugles, du cours moyen à la terminale.

Il dispense un enseignement général (secondaire 1<sup>er</sup> cycle, secondaire 2<sup>ème</sup> cycle, bacs) ainsi qu'un enseignement professionnel.

Cet établissement dispose d'un service de rééducations techniques palliatives ainsi que d'un service de compensation technique du handicap comprenant un département transcription des manuels scolaires et de littérature générale, un département informatique, un centre de documentation et d'information.

### **Les autres formes d'enseignement possibles.**

#### Le Centre national d'enseignement à distance (CNED).

Si l'enfant doit rester à son domicile, renseignement par correspondance assuré par le CNED peut être envisagé (inscription sur <http://www.cned.fr>). La demande d'inscription doit être accompagnée d'un certificat médical.

#### École à domicile.

Certaines associations, sous contrat avec l'Education nationale, organisent renseignement à domicile, du primaire à la terminale, pour les enfants handicapés physiques et immobilisés au moins un trimestre.

## LES AIDES FINANCIÈRES.

### L'ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ (AEEH).

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est une prestation familiale, versée par les organismes débiteurs des allocations familiales aux familles qui assument la charge d'un enfant handicapé. L'allocation de l'enfant handicapé de base peut se cumuler avec un complément. Il existe 6 compléments AEEH, destinés à compenser le surcroît de charges éducatives occasionné par le handicap de l'enfant. C'est La CDAPH qui prend la décision concernant l'attribution de cette allocation.

#### Les conditions d'attribution.

Comme pour toute prestation familiale, l'allocataire doit résider en France et avoir à sa charge au moins un enfant remplissant les conditions requises pour ouvrir droit à l'allocation de l'enfant handicapé. Les étrangers doivent, en outre, justifier de la régularité de leur séjour en France.

L'enfant doit :

- résider en France ;
- présenter un taux d'incapacité permanente supérieur à 80 % ou compris entre 50 et 80 % s'il fréquente un établissement d'éducation spécialisée ou si son état exige le recours à un service d'éducation spécialisée ou de soins à domicile dans le cadre des mesures préconisées par la CDAPH ;
- être âgé de moins de 20 ans. Toutefois, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé peut être supprimée dès l'âge de 16 ans lorsque le jeune handicapé perçoit des revenus professionnels supérieurs à 55 % du SMIC brut (soit 689,85 euros au 1<sup>er</sup> juillet 2006).

L'examen des droits d'attribution relève de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Une demande doit être adressée à cette commission par l'intermédiaire de l'organisme liquidateur des prestations familiales (CAF ou caisse de MSA). Elle doit être accompagnée :

- d'un certificat médical détaillé qui précise la nature du handicap, le type de soins et les mesures d'éducation nécessaires à l'enfant. Il peut mentionner ravis du médecin sur l'aide nécessaire pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie lorsqu'elle doit être apportée par une tierce personne ;
- d'une déclaration du demandeur qui atteste, d'une part, que l'enfant est ou non admis dans un établissement d'éducation spécialisée, en précisant, s'il est placé en internat ; d'autre part, que l'enfant bénéficie ou non de soins médicaux ou rééducatifs, soit dans un établissement d'hospitalisation, soit à domicile (CSS, art. R. 541-3).

Un formulaire de demande peut être retiré auprès de la CAF ou de la caisse de MSA. Après instruction du dossier et si la commission estime que l'état de l'enfant justifie l'attribution de l'allocation, celle-ci sera attribuée à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois de dépôt de la demande pour une durée de 5 ans maximum avec renouvellement possible.

L'équipe pluridisciplinaire de la CDAPH évalue les conséquences du handicap pour apprécier les incapacités dans la vie familiale, scolaire ou professionnelle. L'allocation est due jusqu'au mois précédant le 20<sup>ème</sup> anniversaire ou jusqu'au dernier jour du mois du 2<sup>ème</sup> anniversaire lorsque le droit à l'allocation d'adulte handicapé (AAH) lui succède immédiatement. Le silence gardé pendant plus de 4 mois à compter du dépôt de la demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé vaut décision de rejet.

Dans le cas où l'allocation est supprimée, elle cesse d'être due à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil au cours duquel intervient la notification de la décision.

#### Le montant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et des compléments.

Les montants indiqués sont valables au 1<sup>er</sup> janvier 2006. Ils sont généralement révisés tous les six mois (juillet et janvier).

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est égale à 32 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF), soit 117,72 euros par mois.

A L'allocation de base, peut s'ajouter un complément d'allocation accordé pour l'enfant dont :

- la nature ou la gravité du handicap exige des dépenses particulièrement coûteuses ;
- ou nécessite le recours fréquent à raide d'une tierce personne ;
- ou entraîne la réduction d'activité professionnelle ou sa cessation ou sa renonciation par l'un des parents.

IL existe 6 compléments différents.

#### Le complément de 1<sup>ère</sup> catégorie.

La CDAPH classe dans la première catégorie l'enfant dont le handicap entraîne par sa nature ou sa gravité des dépenses égales ou supérieures à 56 % de la BMAF, soit 206 euros. Le montant du complément de 1<sup>ère</sup> catégorie est égal à 88,29 euros.

#### Le complément de 2<sup>ème</sup> catégorie.

La CDAPH classe dans la deuxième catégorie l'enfant dont le handicap entraîne par sa nature ou sa gravité des dépenses égales ou supérieures à 97 % de la BMAF, soit 356,83 euros ou lorsque le handicap de l'enfant contraint l'un des parents à réduire son activité professionnelle de 20 % ou exige le recours à une tierce personne rémunérée pendant une durée équivalente à 8 heures par semaine. Le montant du complément de 2<sup>ème</sup> catégorie est égal à 239,12 euros.

#### Le complément de 3e catégorie.

La CDAPH classe dans la troisième catégorie l'enfant dont le handicap :

- contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 50 % par rapport à une activité à temps plein ou l'oblige à recourir à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à 20 heures par semaine ;
- contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 20 % par rapport à une activité à temps plein ou l'oblige à recourir à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à 8 heures par semaine et entraîne d'autres dépenses égales ou supérieures à 59 % de la BMAF, soit 217,04 euros;
- entraîne par sa nature ou sa gravité des dépenses égales ou supérieures à 124 % de La BMAF, soit 456,15 euros.

Le montant du complément de 3<sup>ème</sup> catégorie est égal à 338,44 euros.

#### Le complément de 4<sup>ème</sup> catégorie.

La CDAPH classe dans la quatrième catégorie l'enfant dont le handicap :

- contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou exige le recours à une tierce personne rémunérée à temps plein ;
- contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 50 % par rapport à un temps plein ou à recourir à un tierce personne rémunérée pendant au moins 20 heures par semaine et entraîne des dépenses égales ou supérieure à 82,57 % de la BMAF, soit 303,75 euros ;
- contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 20 % par rapport à un temps plein ou à recourir à un tierce personne rémunérée pendant au moins 20 heures par semaine et entraîne des dépenses égales ou supérieure à 109,57 % de la BMAF, soit 403,07 euros ;
- entraîne par sa nature ou sa gravité, des dépenses égales ou supérieures à 174,57 % de la BMAF, soit 642,19 euros.

Le montant du complément de 4<sup>ème</sup> catégorie est égal à 524,47 euros.

#### Le complément de 5<sup>ème</sup> catégorie.

La CDAPH classe dans la cinquième catégorie l'enfant dont le handicap contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou exige le recours à une tierce personne rémunérée à temps plein et entraîne des dépenses égales ou supérieures à 71,64 % de la BMAF, soit 263,54 euros.  
Le montant du complément de 5<sup>ème</sup> catégorie est égal à 670,30 euros.

#### Le complément de 6<sup>ème</sup> catégorie.

La CDAPH classe dans la sixième catégorie l'enfant dont le handicap contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou exige le recours à une tierce personne rémunérée à temps plein et dont l'état impose des contraintes permanentes de surveillance et de soins à la charge de la famille.

En cas de prise en charge de l'enfant en externat ou en semi internat par un établissement d'éducation spécialisée, la permanence des contraintes de surveillance et de soins à la charge de la famille doit tenir compte des sujétions qui pèsent sur la famille en dehors des heures passées par l'enfant en établissement. Les contraintes ne sont pas considérées comme permanentes lorsque l'enfant est pris en charge en externat ou en semi internat par un établissement d'éducation spécialisée plus de 2 jours par semaine. Toutefois, le complément de sixième catégorie peut également, être accordé aux jeunes en internat de semaine qui demandent une prise en charge et une surveillance de tous les instants 24 heures sur 24 pendant les fins de semaine et les vacances. Ces situations peuvent représenter 150 à 200 jours par an à la charge de la famille.

Le montant du complément de la 6<sup>ème</sup> catégorie est égal à 982,15 euros.

#### **La majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé.**

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a créé une majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé. Son régime est précisé par Le décret n° 2005-1761 du 29 décembre 2005. La majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé est attribuée à toute personne isolée bénéficiant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, dès lors que la CDAPH a accordé un complément en raison de l'état de l'enfant la contraignant à renoncer, cesser ou exercer une activité professionnelle à temps partiel ou exigeant le recours à une tierce personne rémunérée.

La demande de la majoration de parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé se fait à la MDPH, elle doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives utiles.

#### Majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé au 1<sup>er</sup> janvier 2006.

<b>Complément</b>	<b>Montant</b>
Complément de 2 <sup>ème</sup> catégorie	47,82 euros
Complément de 3 <sup>ème</sup> catégorie	66,22 euros
Complément de 4 <sup>ème</sup> catégorie	209,69 euros
Complément de 5 <sup>ème</sup> catégorie	268,55 euros
Complément de 6 <sup>ème</sup> catégorie	393,62 euros

#### **Le contrôle de l'effectivité de l'aide d'une tierce personne.**

La caisse d'allocations familiales peut contrôler l'effectivité du recours à une tierce personne (CSS, art. R. 541-4). En l'absence d'effectivité de cette aide, la CAF peut saisir la CDAPH qui réexamine le droit au complément d'allocation, à partir du moment où l'organisme a constaté que les conditions de recours à une tierce personne n'étaient plus remplies. La commission doit statuer dans un délai de 2 mois (CSS, art. R. 541-4).

#### **Le cas particulier de l'enfant placé.**

Lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé n'est due que pendant les périodes de congé ou de suspension de la prise en charge. Dans ce cas, la CDAPH peut moduler l'aide accordée pour prendre en compte les frais exceptionnels engagés par les parents pendant les périodes de congé ou de suspension de la prise en charge. La CDAPH attribue l'allocation de base et un complément sur certaines périodes de retour au foyer. La fréquentation de l'enfant en semi internat d'un établissement spécialisé ou d'un

hôpital de jour avec placement en famille d'accueil est assimilée à l'internat lorsque le placement fait l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale.

Lorsque le jeune est accueilli en internat, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments sont attribués pour les périodes de retour au foyer, au prorata des périodes passées en famille, au titre des contraintes réellement constatées.

L'hospitalisation est assimilée à un placement en internat dans un établissement d'éducation spécialisée à compter du 1<sup>er</sup> jour du troisième mois civil suivant le début de l'hospitalisation de l'enfant. Si les contraintes liées à l'hospitalisation de l'enfant obligent les parents à cesser ou réduire leur activité professionnelle ou à recourir à une tierce personne rémunérée, ou entraînent des dépenses dans des conditions identiques à celles requises pour l'attribution d'un complément, le versement de l'allocation peut être maintenu sur décision de la CDAPH.

La prestation de compensation peut être versée aux familles bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé pour les frais relatifs à l'aménagement du logement, du véhicule et aux surcoûts résultant des transports. C'est la CDAPH qui prend la décision d'attribution. Dans un délai de 3 ans à compter de la promulgation de La loi n° 2005-102 du 11 février 2005, l'enfant handicapé devrait pouvoir bénéficier de la prestation de compensation pour l'intégralité des frais de compensation.

### **Les recours.**

Si la demande d'allocation n'aboutit pas, il existe deux voies de recours contentieux : le contentieux général et le contentieux technique.

#### Le contentieux général, contre un refus de l'organisme débiteur relatif aux conditions administratives d'ouverture des droits à l'allocation.

L'intéressé doit d'abord former un recours gracieux auprès de la commission de recours amiable de la CAF ou de la caisse de MSA dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la décision. L'intéressé dispose d'un délai de 2 mois pour saisir le tribunal des affaires de Sécurité sociale, à compter de la date de notification de la décision ou de l'expiration du délai d'un mois accordé à la commission de recours amiable pour répondre à la réclamation. Il est possible de faire appel de la décision devant la cour d'appel. Enfin, un pourvoi peut être formé devant la Cour de cassation.

#### Le contentieux technique, contre un refus de la CDAPH relatif à l'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou l'un de ses compléments, l'appréciation du taux d'incapacité ou l'orientation vers un établissement de l'éducation spécialisée.

Il est possible de former un recours gracieux, dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision, auprès du président de la CDAPH. La réclamation amiable ne suspend pas le délai de recours pour saisir le tribunal. Il faut donc, parallèlement au recours gracieux, former un recours contentieux auprès du tribunal du contentieux de l'incapacité. Il doit être saisi dans les 2 mois à compter de la notification de la décision de la CDAPH. Le délai est d'un mois à compter de la décision du président de la CDAPH, en cas de recours amiable (CSS, art. R. 143-7). L'intéressé peut faire appel du jugement rendu auprès de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail. Dans les 2 mois de la décision rendue par cette Cour, l'intéressé peut former un pourvoi en cassation.

Une procédure de médiation est prévue au sein des Maisons départementales des personnes handicapées. Une personne référente reçoit et oriente les réclamations individuelles des personnes handicapées vers les services et autorités compétentes.

### **Les règles de cumul.**

Les six compléments de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé sont cumulables avec toutes les prestations familiales. Par contre, ils ne sont pas cumulables avec l'allocation journalière de présence parentale.

## **LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS.**

### **Les frais de transport des élèves handicapés.**

La collectivité territoriale prend en charge les frais de transport des élèves qui, en raison de la gravité de leur handicap, ne peuvent utiliser les moyens de transport en commun pour se rendre de leur domicile à l'établissement d'enseignement.

Afin de bénéficier de cette prise en charge, l'élève doit être dans l'impossibilité d'utiliser les transports en commun (la gravité du handicap doit être établie par la CDAPH) et présenter une incapacité permanente :

- égale ou supérieure à 80 % sans conditions supplémentaires ;
- égale ou supérieure à 50 % s'il fréquente un établissement scolaire de l'éducation spécialisée.

Il s'agit des élèves fréquentant un établissement d'enseignement général, agricole ou professionnel, public ou privé placé sous contrat et des étudiants handicapés scolarisés dans des établissements d'enseignement supérieur relevant de la tutelle du ministère de l'Agriculture ou du ministère de l'Education nationale.

Il appartient au département où l'élève a son domicile de rembourser les frais de transport. Toutefois, dans Les départements de la région Ile-de-France, la prise en charge des frais de transport incombe au Syndicat des transports d'Ile-de-France. Si l'élève se déplace au moyen d'un véhicule exploité par un tiers, le remboursement s'opère sur la base des dépenses réelles supportées par la famille à partir des pièces justificatives. Les frais sont alors remboursés soit directement aux familles ou aux intéressés s'ils sont majeurs, soit à l'organisme qui aura consenti à en faire l'avance.

En revanche, si l'élève se rend à l'établissement scolaire au moyen de sa propre voiture, de celle de sa famille ou d'un tiers n'ayant pas la qualité de transporteur professionnel, le remboursement des frais s'opère sur la base d'un tarif fixé par le conseil général.

La prise en charge est assurée, dans la limite :

- d'un aller et retour par jour de scolarité pour les élèves externes et demi-pensionnaires ;
- d'un aller et retour par semaine pour les élèves internes.

L'article 13 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires prévoit que l'ensemble des frais de transport des enfants handicapés accueillis dans les établissements d'éducation sont inclus dans les dépenses d'exploitation de ces établissements. Cette disposition concerne tous les frais de transports tant individuel que collectif et quel que soit le mode de transport utilisé par l'enfant accueilli dans rétablissement en externat, semi internat ou internat, et vise les catégories d'établissements suivants :

- les instituts médico-éducatifs ;
- les maisons de réadaptation fonctionnelle ;
- les établissements pour enfants inadaptés ;
- les établissements recevant des enfants ou adolescents atteints d'infirmités motrices ;
- les établissements recevant des enfants ou adolescents atteints de déficiences sensorielles.

Le coût des frais de transport est supporté par la Sécurité sociale ou par l'aide sociale, à la condition que les modalités d'exécution du transport collectif aient été préalablement approuvées par le préfet.

L'établissement paie directement les transporteurs ou les parents s'ils transportent eux-mêmes leur enfant dans Leur propre véhicule.

S'il n'est pas possible de trouver une école d'accueil proche du domicile, il convient de saisir la CDAPH afin de vérifier les conditions d'obtention des remboursements de frais de transport :

- indemnités kilométriques pour les parents qui transportent eux-mêmes leur enfant ;
- prise en charge des frais de taxi, véhicule sanitaire léger (VSL), ambulance ou transporteur spécialisé.

## **Les frais d'hébergement des élèves handicapés.**

### Les élèves en services et établissements d'éducation spécialisée.

Les frais d'hébergement et de traitement dans les établissements d'éducation spécialisée et professionnelle ainsi que les frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception des dépenses incombant à l'Etat, sont intégralement prises en charge par les régimes d'assurance maladie, dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations.

En institut médico-pédagogique, médico-professionnel ou médico-éducatif, les frais de séjour sont pris en charge par la Sécurité sociale ou l'aide sociale et les frais d'enseignement par l'Education nationale.

Par ailleurs, lorsque l'élève fréquente un établissement en semi internat et ne peut rejoindre sa famille chaque soir en raison de l'éloignement, les frais de placement dans une famille d'accueil peuvent être pris en charge par l'aide sociale sans qu'il soit tenu compte des ressources des parents.

### Le cas particulier du maintien du jeune adulte handicapé dans un établissement ou service d'éducation spécialisée.

Il s'agit du jeune handicapé qui ne peut être immédiatement admis dans un établissement pour adultes et qui, dans l'attente d'une solution adaptée, se voit prolonger son séjour par décision de la CDAPH, en formation plénière, dans l'établissement au-delà de l'âge limite pour lequel ce dernier est agréé (généralement 20 ans). Cette décision s'impose alors à l'organisme ou à la collectivité compétente pour prendre en charge les frais d'hébergement et de soins dans l'établissement pour adultes désigné par la CDAPH.

Par conséquent, les frais de séjour liés au maintien seront à la charge soit de l'assurance maladie, si l'orientation a été faite vers une maison d'accueil spécialisée ou un établissement ou service d'aide par le travail, soit du département où le jeune a conservé son domicile de secours (résidence habituelle de 3 mois), si l'orientation a été faite vers un foyer occupationnel, foyer de vie et foyer à double tarification.

À défaut d'une prise en charge, les frais sont couverts au titre de l'aide sociale, sans qu'il soit tenu compte des ressources de la famille.

Conformément au droit commun, à l'âge de 18 ans, l'élève sera considéré comme majeur, mais c'est à partir de 20 ans qu'il sera orienté dans des établissements accueillant des adultes handicapés. Il fera également l'objet d'une orientation professionnelle en fonction de son handicap.

## **LE PIVOT DE L'ACCÈS AUX DROITS : LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH).**

Guichet unique créé par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) doit répondre à toutes les demandes des personnes handicapées. Ses missions sont les suivantes :

- accueil, information, accompagnement et conseil des personnes handicapées et de leur famille ;
- sensibilisation de tous les citoyens au handicap ;
- mise en place et organisation du fonctionnement de l'équipe pluri disciplinaire, de la CDAPH, et de la procédure de conciliation ;
- désignation de la personne référente ;
- aide à la formulation du projet de vie ;
- aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions de la CDAPH ;
- accompagnement de la personne handicapée et médiation ;
- accompagnement lors de l'annonce du handicap.

La MDPH apporte aux personnes handicapées et à leur famille l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH, notamment dans leurs démarches auprès des établissements, services et organismes qui accueillent des personnes handicapées (CASF, art. R. 146-31). La MDPH peut travailler en coordination avec des Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ou des organismes assurant des services d'accompagnement des personnes handicapées avec lesquelles elle passe des conventions (CASF, art. L. 146-3).

### **Dépôt des demandes.**

Pour bénéficier des droits ou prestations qui lui sont ouverts, la personne handicapée ou son représentant légal dépose une demande auprès de la Maison départementale des personnes handicapées du lieu de résidence de la personne handicapée (Décret n° 2005-1587 du 19 décembre 2005).

La demande est accompagnée d'un certificat médical de moins de 3 mois et des éléments d'un projet de vie (CASF, art. R. 146-26). Elle est établie sur un formulaire de demande et accompagnée des pièces justificatives à l'appui de la demande.

Une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle, examine la demande. L'équipe pluridisciplinaire effectue l'évaluation des besoins de compensation du handicap, quels que soient la nature de la demande et le type du ou des handicaps.

### **Le plan personnalisé de compensation du handicap.**

L'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée en tenant compte de ses souhaits, formalisés dans son projet de vie. La MDPH apporte son aide, à la demande de la personne handicapée ou de son représentant légal, pour la confection de ce projet de vie (CASF, art. R. 146-28).

Le plan personnalisé de compensation comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou prestations destinées à apporter, à la personne handicapée, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap (CASF, art. R. 146-29).

Le plan personnalisé de compensation peut comporter un volet consacré à l'emploi et à la formation professionnelle ou le projet personnalisé de scolarisation. Le plan de compensation est transmis à la personne handicapée ou à son représentant légal, qui dispose d'un délai de 15 jours pour faire connaître ses observations. La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est informée de ces observations.

## **LA COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES HANDICAPÉES (CDAPH).**

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a créé la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui remplace les COTOREP et les CDES. Une CDAPH est mise en place dans chaque Maison départementale des personnes handicapées.

### **Les compétences de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.**

La CDAPH est compétente (CASF, art. L. 241-6) :

- pour se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer l'insertion scolaire, professionnelle et scolaire ;
- pour désigner les établissements ou les services correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et l'accueil de l'adulte handicapé ;
- pour apprécier si l'état ou le taux d'incapacité de la personne handicapée justifie l'attribution de la prestation de compensation, de l'AAH, de l'allocation d'éducation pour enfant handicapé et son complément, de la majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé ou de la carte d'invalidité ;
- pour statuer sur l'accompagnement des personnes handicapées, âgées de plus de 60 ans, hébergées dans une structure pour adulte handicapé.

### **La composition de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.**

La CDAPH est composée de 23 membres (Décret n° 2005-1590 du 19 décembre 2005). Elle est composée notamment de représentants du département, de représentants de l'Etat, de représentants des organismes d'assurance maladie, de prestations familiales des organisations syndicales et de personnes représentants les associations de personnes handicapées et leurs familles (CASF, art. L. 241-5).

Une équipe pluridisciplinaire est mise en place au sein de chaque Commission afin de procéder à l'évaluation des besoins de la personne handicapée.

### **La procédure devant la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.**

La CDAPH siège en formation plénière et peut être organisée en sections locales ou spécialisées (CASF, art. L. 241-5).

#### Saisine et décision.

La saisine de la CDAPH se fait par le biais d'une demande et doit être adressée à la Maison départementale des personnes handicapées du lieu de résidence de la personne handicapée (Décret n° 2005-724 et n° 2005-725 du 29 juin 2005). Cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives utiles.

La CDAPH prend ses décisions en se basant sur l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire. Les souhaits de la personne handicapée indiqués dans son projet de vie et le plan de compensation. Ses décisions sont prises à la majorité simple. En cas de partage des voix, le président a voie prépondérante (Décret n° 2005-1589 du 19 décembre 2005).

Il existe une procédure simplifiée. La CDAPH peut décider de constituer une ou plusieurs formations comprenant au moins 3 de ses membres ayant voix délibérative (avec au moins un représentant du conseil général et un de l'Etat), à laquelle elle délèguera son pouvoir de décision. Sont concernés :

- le renouvellement d'un droit ou d'une prestation en l'absence d'évolution significative ;
- la reconnaissance des conditions d'affiliation vieillesse gratuite quand la tierce personne assume, au foyer familial, la charge d'une personne adulte handicapée ;
- l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention « priorité pour personnes handicapées » ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

Ne peuvent en faire l'objet, outre les recours gracieux, les demandes de réexamen d'une précédente décision qui n'aurait pas pu être mis en oeuvre. La personne handicapée qui s'oppose à cette procédure simplifiée doit le mentionner expressément au moment du dépôt de la demande.

Lorsque la CDAPH se prononce sur l'orientation de la personne et désigne un établissement ou un service adapté, elle est tenue de proposer un choix entre plusieurs solutions (CASF, art. L. 241-6). A titre exceptionnel, elle peut désigner un seul établissement.

Les décisions de la Commission doivent être motivées. Elles s'imposent à tout établissement ou service dans la limite de la spécialité pour laquelle il a été autorisé. Elles s'imposent également aux organismes responsables de la prise en charge des mesures de compensation. Ces organismes, sous réserve que les conditions d'attribution soient remplies, ne peuvent refuser la prise en charge des coûts dès qu'une prise en charge a été décidée par la CDAPH (CASF, art. L. 241-8).

Leur durée varie entre 1 et 5 ans, sauf dispositions contraires. Le silence gardé pendant plus de 6 mois à partir du dépôt de la demande vaut décision de rejet.

#### Révision.

Les décisions de la CDAPH peuvent faire l'objet d'une révision lorsque l'évolution de l'état de santé ou la situation de la personne handicapée le justifie (CASF, art. L. 241-6). Cette révision peut se faire sur demande de l'établissement ou service concerné, de la personne handicapée ou de son représentant légal auprès de la Commission.

Le bénéficiaire doit informer la CDAPH et le président du conseil général de toute modification de sa situation de nature à affecter ses droits. Il doit garder les justificatifs de toutes ses dépenses pendant 2 ans.

#### **Le contentieux.**

##### La conciliation.

L'article L. 146-10 du Code de l'action sociale et des familles met en place une procédure de conciliation devant la CDAPH. Cette procédure précontentieuse n'est pas obligatoire. En cas de désaccord avec une décision de la CDAPH, la personne handicapée peut demander au directeur de la Maison départementale des personnes handicapées la désignation d'une personne qualifiée (CASF, art. R. 146-34).

La personne qualifiée peut avoir accès au dossier de la personne handicapée, à l'exclusion des documents médicaux. Elle est tenue au secret professionnel. Elle a 2 mois pour réaliser sa mission de conciliation, durée pendant laquelle le délai de contentieux est suspendu (CASF, art. R. 146-35).

Elle termine sa mission par la remise d'un rapport, notifié à la personne handicapée et à la MDPH. La suspension des délais de recours prend fin également. Ses constatations ainsi que les déclarations qu'elle a recueillies ne peuvent être produites ni invoquées, sans l'accord des parties, quelle que soit la procédure (Décret n° 2005-1587 du 19 décembre 2005).

##### Les recours contentieux.

Les décisions de la CDAPH peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal du contentieux et de l'incapacité en premier ressort, et plus généralement devant les juridictions du contentieux technique de la Sécurité sociale (CASF, art. L. 241-9). Les décisions relatives à l'orientation professionnelle et à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif.



## PROLONGATION - AMENDEMENT "CRETON"

Si un jeune handicapé de plus de 20 ans ne peut être immédiatement admis dans l'établissement pour adultes désigné par la CDAPH son séjour en établissement d'éducation adaptée peut être prolongé sur décision de la commission, dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée. Si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur à 20 ans, c'est au-delà de cet âge limite que la prolongation peut être accordée.

Ne sont pas concernés par cette mesure les jeunes poursuivant des études secondaires, techniques ou universitaires, dans des établissements ou services d'éducation adaptée dont la prise en charge par l'assurance maladie, sur décision de la commission, peut être maintenue jusqu'à 25 ans.

### PROCEDURE.

#### Recherche d'établissement.

Une période de trois mois à compter de la notification de la décision d'orientation est mise à profit pour rechercher un établissement.

#### Décision de la Commission.

Au terme de cette période, si par manque de place, la décision de la Commission ne peut être suivie d'effet, cette dernière en informe la personne handicapée (ou son représentant légal), en lui indiquant qu'elle peut demander son maintien en établissement d'éducation adaptée.

### PRISE EN CHARGE.

Si un jeune adulte est orienté vers un établissement relevant de la compétence du département, le tarif journalier de l'établissement pour mineurs dans lequel il est maintenu sera pris en charge par l'aide sociale du département dans lequel il a son domicile de secours.

Si le jeune adulte est orienté vers un foyer d'accueil médicalisé ou un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, le prix de journée de l'établissement pour mineurs à la charge de l'aide sociale du département est diminué du forfait journalier plafond afférent aux soins qui a été fixé pour l'exercice précédent par arrêté ministériel. Ce forfait est facturé aux organismes d'assurance maladie. Dans les autres situations, ce tarif journalier est pris en charge par les organismes d'assurance maladie.

### CONTRIBUTION - AAH.

A compter du premier jour du mois qui suit la date d'effet de la décision de maintien notifiée par la commission, la contribution de la personne handicapée aux frais de séjour ne peut être fixée à un niveau supérieur à celui qui aurait été atteint, si elle avait été effectivement placée dans l'établissement désigné par la commission. De même, les prestations en espèces ne peuvent être réduites que dans la proportion où elles l'auraient été dans ce cas.

Durant son maintien en établissement d'éducation adaptée en régime d'internat, le jeune perçoit l'AAH qui lui aurait été versée dans l'établissement pour adultes désigné, à compter du jour où la décision de maintien a été notifiée à l'organisme débiteur de l'AAH.

Tant que cette notification n'est pas intervenue, l'AAH est réduite à partir du premier jour du mois suivant une période de soixante jours révolus passés dans l'établissement (sauf pour les périodes de congés ou de suspension de prise en charge). Le jeune conserve 30% du montant mensuel de l'allocation.

Il n'y a pas de réduction d'AAH si le jeune est astreint au paiement du forfait journalier, s'il a au moins un enfant ou un ascendant à sa charge ou si son conjoint, concubin ou partenaire "pacsé" ne travaille pas pour un motif reconnu valable. Si le jeune handicapé fréquente une IME en tant qu'externe ou semi interne, l'AAH n'est pas réduite.

