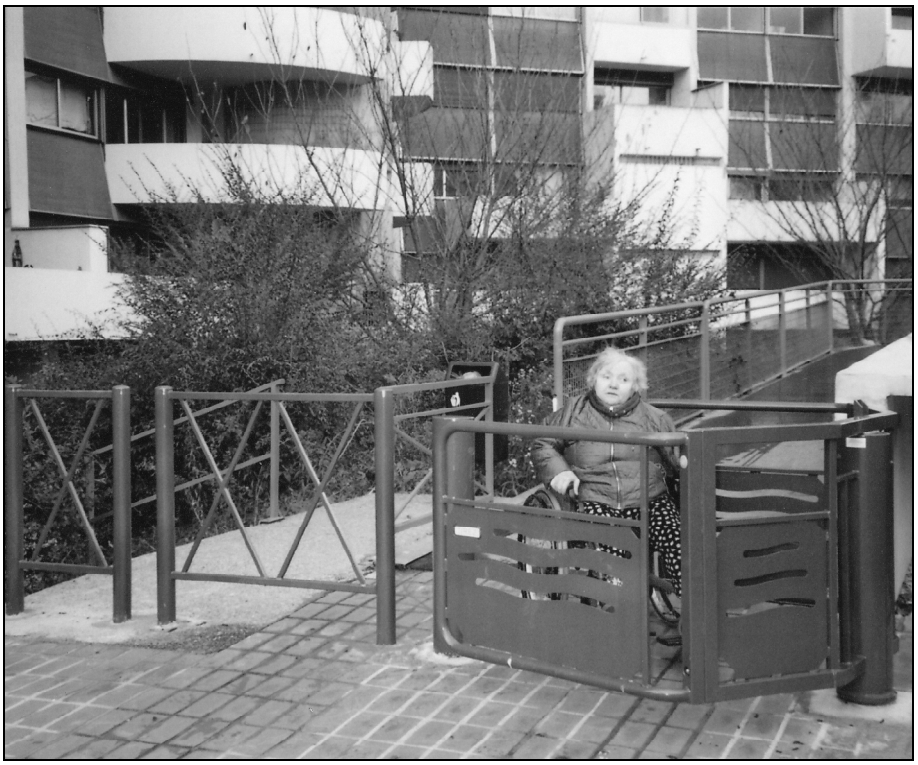
Dispensé de timbrage Grenoble CTC

PRESSE
DISTRIBUÉE PAR
LA POSTE

*La Lettre du C.D.T.H.E.D.*

*Comité pour le Droit au Travail des Handicapés et l'Égalité des Droits*
*4 Place des Jacobins, 38130 Échirolles – Tél : 04 76 84 62 95 - http://www.cdthed.fr*

# Accessibilité… Préservons nos acquis !



*Stop ! Le chemin est barré…*

**SOMMAIRE du numéro 69 (31 décembre 2008) :**


- Éditorial 2
- Ne chicanons pas ! 3
- Le projet de loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) : une menace majeure contre le système de soins en Ville et à l'Hôpital 8
- Allocation aux Adultes Handicapés : ce qui va changer en 2009 et après… 13
- MDPH de l'Isère : Ni simple, ni facile… 15
- Qu'est-ce que le CDTHED ? 16
- Bulletin-réponse : adhésion, abonnement 16


**Comité pour le Droit au Travail des Handicapés et l'Égalité des Droits**
CDTHED - 4 Place des Jacobins - 38130 Échirolles
Association déclarée au JO du 4/9/1985
Cotisation minimale : 13 € par an.

**La Lettre du CDTHED**
Directeur : Henri Galy. Rédactrice en chef : Lucile Frison.
4 Place des Jacobins - 38130 Échirolles - tél : 04 76 84 62 95
Abonnement un an, 4 numéros : 6 € (adhérents : 3 €).
**Prix du numéro : 2 €.**

**N° Commission Paritaire : 1009 G 85497**
ISSN : 1166-2840
Dépôt légal : 4ème trimestre 2008
**Numéro 69 - décembre 2008** (18ème année)
Imprimé par les soins du CDTHED

# Éditorial

Je me souviens de l'époque, il y a une trentaine d'années, où le moindre déplacement en fauteuil roulant à l'extérieur du domicile était un véritable parcours du combattant. Ainsi, pour sortir de l'appartement où je vivais, il fallait poser deux rampes en bois bricolées pour passer les deux marches du seuil de l'immeuble… Les trottoirs n'étaient guère praticables et n'avaient de « bateaux » que devant les entrées de garage : la plupart du temps, je roulais donc sur la route, y compris en centre-ville, souvent accompagné par une personne valide. Les rues piétonnes n'existaient pas ! Encore moins les « zones 30 »… Aucun moyen de transport public n'était accessible. Il existait uniquement des transports spécialisés privés, aux tarifs exorbitants. Seuls les trajets liés aux études et aux soins étaient pris en charge financièrement par les pouvoirs publics… Certains handicapés ne pouvaient pas accéder à l'emploi à cause de ce problème. Il est vrai que, de toute façon, la plupart des locaux de travail n'étaient pas adaptés !

Depuis cette époque, l'accessibilité s'est développée… Des lois, des réglementations, des normes et des budgets ont enfin permis à de nombreux handicapés d'accéder à une véritable vie sociale. On a construit des logements accessibles, dans le secteur public d'abord puis ensuite dans le secteur privé. La voirie a été aménagée. On a créé des pistes cyclables, etc. À Grenoble notamment, il y a eu le service de transport pour personnes à mobilité réduite créé dans le cadre du service public SEMITAG, puis le tramway, et maintenant les autobus surbaissés équipés de palettes, la rénovation des arrêts de bus…

Tout cela n'est pas tombé du ciel. Pour l'obtenir, il a fallu que les handicapés se battent eux aussi, avec le soutien de la population, pour faire pression sur les élus et les administrations. Le quartier de la Villeneuve de Grenoble, avec ses logements accessibles (les premiers dans la région), ses coursives et allées entièrement piétonnes, sans obstacle, est un symbole particulièrement emblématique de cette histoire.

Ces combats ont été couronnés de succès. Certes, il reste beaucoup à faire, mais une évidence saute aux yeux : on voit aujourd'hui davantage de handicapés mener une vie indépendante et circuler en fauteuil roulant en toute autonomie, ce qui n'était pas le cas autrefois.

Cette évolution s'est faite dans toutes les villes de France. Même Paris a commencé à devenir accessible, avec beaucoup de retard il est vrai.

On pourrait croire que cette progression est devenue automatique, et qu'il suffit maintenant d'attendre pour voir les problèmes restants se résoudre au fur et à mesure… C'est une illusion dangereuse ainsi que certains évènements récents le prouvent.

À la Villeneuve, la Municipalité a décidé une « expérimentation » en posant de nouvelles chicanes mobiles pour empêcher le passage des véhicules motorisés, mais en oubliant complètement la question de l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite. Résultat : ces chicanes ont entravé brutalement la circulation des habitants handicapés qui avaient l'habitude de cheminer facilement dans leur quartier depuis des décennies.

Ceci montre qu'il ne faut pas que les handicapés et leurs associations s'endorment sur leurs lauriers. Il en va de l'accessibilité comme du reste (santé, école, travail…) : rien n'est jamais définitivement acquis. Nous devons continuer à nous battre pour préserver les droits existants, c'est le meilleur moyen pour en obtenir de nouveaux.

Henri Galy

# Ne chicanons pas !

*Nouveau modèle « esthétique » de chicane en U oscillant…*

Une lectrice nous a alertés, d'abord au mois d'août, puis de nouveau fin novembre, sur l'installation d'une chicane mobile près de chez elle : *« La ville a fait installer une chicane Place des Géants, dans le chemin pour aller à Grand'Place qui est un passage très fréquenté par les fauteuils roulants... Lorsque je veux passer, je n'arrive pas à faire les manœuvres nécessaires. Hier, il y avait là deux ouvriers plus le responsable de l'antenne de mairie. J'avais les mains gelées. Les hommes me regardaient en disant : « Manœuvrez votre fauteuil » ! Ils n'avaient aucunement conscience que je ne pouvais sortir de cette chicane par manque de force. C'était tellement d'efforts pour moi que j'en aurais pleuré. J'espère que cette chicane va vite être enlevée, car c'est honteux de voir cela dans un quartier accessible et remet en cause le moindre déplacement. »*

Cette chicane n'est malheureusement pas la seule à avoir été installée à la Villeneuve, ce quartier de Grenoble bâti dans la foulée des JO de 68, dans un esprit de convivialité et d'accessibilité. Aujourd'hui, de nombreuses personnes handicapées y résident toujours et restent attachées à leur liberté de circulation.

## La chicane : une barrière sélective

Dans la famille des chicanes, on trouve des modèles de toutes sortes. Il y en a des fixes, les croix de Saint-André par exemple, et des mobiles comme les U oscillants. Le but affiché est identique : interdire l'accès aux voitures, quads, motos, scooters. Le piéton, lui, peut franchir la chicane, mais son cheminement est ralenti. Lorsque la chicane est fixe, il devra slalomer entre les obstacles de ce nouveau passage en zigzag. Si la chicane est mobile, il tirera à lui la barrière, s'engagera dans le tourniquet, puis en sortira en poussant le portillon. Le passant sportif ou facétieux s'amusera de ce nouveau terrain de jeu : escalade, balançoire, cheval d'arçons, chat perché, cochon pendu, etc. En revanche, la nounou poussant landau, la ménagère encombrée d'emplettes, le violoncelliste et son instrument, le cycliste sur sa bécane, le déménageur du dimanche, bref tout quidam gêné dans sa mobilité, pestera et, autant que possible, changera d'itinéraire.

Mais, puisqu'après tout, il s'agit d'évincer les véhicules dangereux, bruyants et polluants pour rendre l'espace aux promeneurs et aux enfants, la chicane apparaît souvent comme un moindre mal. En cas de nécessité absolue - le feu, une inondation, un glissement de terrain, une émeute, la guerre - une clé permet d'ouvrir en grand le passage, laissant la voie libre aux véhicules de secours et d'entretien.

La chicane joue donc un rôle de barrière sélective pour réduire les nuisances provoquées par les 2 (ou 4) roues motorisés. Oui, mais voilà, cette nasse chargée de stopper le gros calibre, piège aussi un petit véhicule bien inoffensif : le fauteuil roulant…

## Le fauteuil roulant : que dit le Code de la Route ?

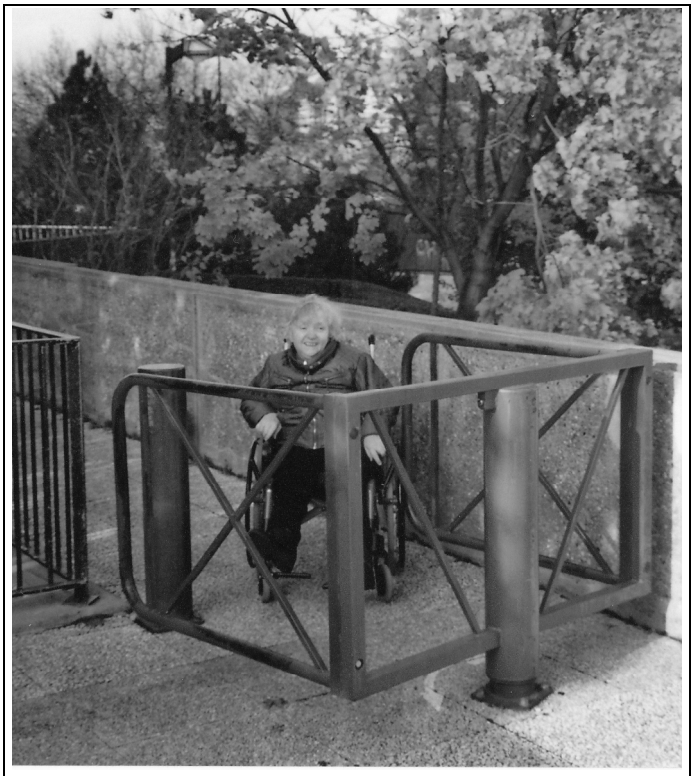
Du moment que sa vitesse n'excède pas les 6 ou 7 km/heure, l'utilisateur d'un fauteuil roulant, manuel ou électrique, est considéré comme un piéton. À ce titre, la loi le reconnaît donc comme le plus faible des usagers de la route et le soutient contre le plus fort, l'automobiliste, accusé d'amener l'objet dangereux, la voiture, dans l'espace public. Lorsque le trottoir ou l'accotement n'est pas « normalement » praticable, il peut en toute légalité circuler sur la chaussée et par extension sur les bandes cyclables

en principe réservées aux cyclistes. Il doit traverser la chaussée en empruntant un passage piéton, lorsqu'il y en a un à moins de 50 mètres et l'automobiliste est alors tenu de lui céder le passage.

Dans la pratique, l'utilisateur de fauteuil est bien plus vulnérable que le piéton valide. Certes, ils partagent les mêmes obligations légales, sous peine d'amende (dans les textes) ou plus simplement s'ils veulent rester en vie : ne pas se jeter inconsidérément devant les voitures, tenir compte de la visibilité ainsi que de la vitesse et de la distance des véhicules, se déplacer (sauf impossibilité flagrante) sur le trottoir, le bas côté, le passage piéton. En revanche, au chapitre des avantages, le piéton gagne haut la main. Il chemine plus longtemps à l'abri, en clair hors de la chaussée, car il peut prestement : se faufiler, contourner l'obstacle (poteau, poubelle, échafaudage, travaux, voiture mal garée, attroupement), éviter les trous, franchir les bosses et les dévers, descendre et remonter vite - vite de n'importe quel endroit du trottoir, ignorer les débris de verre, changer à volonté de côté, monter des marches, enjamber des murets, couper à travers les pelouses, etc. L'utilisateur de fauteuil roulant prend de plein fouet toutes les embûches et de plus, comme il avance assis, sa visibilité est réduite. Il lui arrive souvent de ne pas pouvoir du tout esquiver l'obstacle. Au mieux, il fait alors demi-tour et cherche un autre itinéraire en marge de la circulation routière. Au pire, il prend le risque de partager, avec l'automobiliste, le motard et le cycliste, le seul endroit plan carrossable : le milieu de la chaussée.

La personne en fauteuil roulant qui se déplacerait à plus de 6 ou 7 km/heure serait dans la situation d'un cycliste. Le cas est assez improbable en ville. Toutefois, le législateur y a pensé et lui impose alors, comme aux vélos, de circuler hors du trottoir, autrement dit sur la chaussée ou sur une voie réservée, en respectant les règles du Code de la Route. Pour la circulation de nuit, il paraît logique de prévoir un équipement de type bicyclette : feux avant et arrière, en plus des catadioptres montés d'origine. Là encore, dans la pratique, le fauteuil roulant est exposé à davantage de risques que le vélo. Il est moins maniable, moins réactif, moins rapide, plus encombrant. Surtout, il fait corps avec son conducteur. Impossible pour la personne handicapée, de descendre de sa bécane en cas de crevaison, d'ennui mécanique ou d'obstacle infranchissable, de planter là son engin ou encore de le porter à bout de bras pour continuer, à pied, son chemin.

Qu'il soit perçu comme un piéton ou comme un cycliste, le promeneur en fauteuil roulant prend très souvent de gros risques. Il rencontre dans chacun de ses déplacements un lot impressionnant de dangers et de tracasseries. Il est donc obligé de sélectionner un certain nombre d'itinéraires lui permettant, non pas d'aller au plus court, mais d'éviter les pièges (trottoir impraticable, bateau casse-gueule, intersection mortelle, dévers important…). À ces embûches dûment répertoriées par l'expérience, s'ajoutent les mauvaises surprises du jour. Il est donc primordial que la politique urbaine d'accessibilité soit cohérente.



*Ancien modèle de chicane mobile.*

## Chicane mobile : la pire des solutions

La chicane mobile dont nous a parlé notre lectrice est une de ces mauvaises surprises du jour. Cela a commencé, pour elle, comme une histoire ordinaire facile à imaginer. Elle sort de chez elle. L'ascenseur pour une fois n'est pas en panne. Elle apprécie l'événement comme elle apprécie ce quartier où elle pourrait circuler presque les yeux fermés depuis le temps qu'elle y habite. Certains chemins lui sont interdits : les collines, les escaliers, certaines coursives, les raccourcis à travers parc. Pas grave, il lui

reste les allées et les rampes en pente douce qui sillonnent l'espace de cette Villeneuve grande comme un village. Justement, elle suit le passage qui mène à Grand'Place. Stop ! Le chemin est barré. Attention, pas barré pour de faux, par accident ou par négligence, mais barré volontairement. Quelle personne, à mobilité réduite, venant buter sur ce type d'obstacle qui la contraint à fournir un effort physique supplémentaire, soit parce qu'elle va s'obstiner à le franchir, soit parce qu'elle va renoncer et rebrousser chemin, ne vit pas cette situation comme une injustice et une agression ? Quelle personne, tout à fait valide, venant elle aussi buter sur le même obstacle, ne se pose pas la question de son franchissement et de la gêne occasionnée ?

Pourtant, le passage a été barré. Par qui ? Pourquoi ? La Villeneuve, pour ceux qui ne connaissent pas, c'est un vaste parc paysager et tout autour une ceinture de béton, ensemble de hauts bâtiments, logements, crèches, écoles, bibliothèque, services, etc. Les voitures, les motos, les scooters circulent et stationnent côté rue. En revanche, côté parc, leur présence est strictement réglementée. L'endroit est en priorité réservé aux piétons et aux cyclistes. C'est un terrain de jeu idéal, un espace propice aux promenades et aux rencontres. Mais de plus en plus de 2 roues motorisés, et même des quads, viennent troubler l'ordre public. Les riverains, valides ou handicapés, sont excédés, d'autant plus qu'une personne s'est déjà fait renverser par l'une de ces motos. Interpellés sur ce problème de sécurité et de tranquillité, les services municipaux ont décidé la pose de chicanes. Pour l'élu délégué à l'Accessibilité à la Mairie de Grenoble, il s'agit *« d'une solution intermédiaire, prise dans l'urgence, en attendant d'en trouver une meilleure pour résoudre le problème de la circulation des motos dans les espaces publics. »*

Voici pourquoi, après une réunion d'information fin juillet qui a rassemblé… 6 participants, trois zones de test ont été lancées sur le quartier avec notamment la mise en place de notre fameuse chicane mobile. Or, ce système rotatif est le pire de tous. Des essais sur site l'ont confirmé. On ne franchit seul cet obstacle que lorsque l'on a suffisamment de mobilité et de force physique pour pouvoir exécuter une série de manœuvres simultanées : tirer à soi le tourniquet et reculer, puis avancer et débuter un quart de tour, engager le fauteuil dans l'habitacle sans le heurter ou se coincer les cales pieds et tout de suite rectifier sa trajectoire, s'extraire habilement du sas tout en poussant le tourniquet. Un fauteuil très compact est donc tout aussi nécessaire qu'un bon usage de ses bras et une certaine dextérité. Mais même dans ce cas de figure, le fait de réussir le passage non pas juste une fois de temps en temps, mais tous les jours, y compris quand il pleut, qu'il fait froid, qu'il fait nuit, qu'on est fatigué, etc., relève du miracle de Lourdes !

*« Pour l'amélioration de votre cadre de vie (...) en prenant en compte l'esthétique »… Un exemple de l'humour municipal ?*

Le résultat catastrophique de cette « expérimentation », annoncée pour durer de 3 à 6 mois, a été tout de suite démontré. Notre lectrice n'est pas la seule à en faire les frais. D'autres passants, utilisateurs de fauteuil manuel ou électrique, de béquilles ou de cannes, ou encore aveugles avec chien guide ou canne blanche, de ce fait vulnérables dans leurs déplacements et donc déjà victimes potentielles de la circulation des motos, se retrouvent, en prime, victimes de ce système de chicane complètement inadapté.

## Une régression de l'accessibilité

Pour le fournisseur et pour la municipalité, élus et services techniques, les barrières sélectives installées à la Villeneuve remplissent efficacement leur rôle. Ainsi, disent-ils, elles auraient réussi à bloquer une zone tout entière aux 2 roues motorisés. Par ailleurs, il y aurait gros à parier que les habitants du quartier se prononceraient à 75 % contre les motos et pour les chicanes, si on leur posait la question. Quant aux désagréments occasionnés, des améliorations sont proposées : pose d'amortisseurs ou de bordures en plastique pour ne pas abimer les fauteuils roulants ; réglages du système de tourniquet pour les personnes ne pouvant s'aider de leurs mains.

On peut s'interroger sur cette volonté de maintenir une solution mécanique aussi pénalisante, malgré deux réunions sur le terrain, des tests sur place, des courriers de protestation, et alors même que d'autres solutions, plus respectueuses des personnes handicapées, existent. La technique habituelle pour dissuader l'invasion des 2 roues motorisés consiste non pas à les empêcher à tout prix de passer, mais à casser leur vitesse. Les chicanes fixes traditionnelles, par exemple, remplissent cette fonction, sans pénaliser les fauteuils roulants, dès lors qu'un certain espacement est respecté. Elles ralentissent considérablement les scooters et mini motos et interdisent l'accès aux grosses cylindrées et aux quads.

Par ailleurs, c'est aussi le rôle de la police municipale de s'occuper de ces questions. Elle est habilitée à intervenir le cas échéant. Trop cher tout ça ? Peut-être, car l'équipement installé permet de faire l'impasse sur les solutions humaines de surveillance et de médiation. Toutefois, c'est un matériel lourd qui a aussi son coût. La pose de chaque U oscillant revient grosso modo à 3000 euros hors taxe, à ajouter au prix des autres éléments du dispositif. Compte tenu de la configuration des lieux, le risque de vandalisme est élevé. Cela suppose donc un budget d'entretien et de réparation pour ne pas se retrouver un jour ou l'autre avec des installations hors service, pour le coup totalement infranchissables.

Les chicanes mobiles seraient-elles devenues l'arme absolue contre l'invasion anarchique des motos et des scooters ? Peu probable… En revanche, elles constituent de vilains pieds de nez à tous les efforts de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics, une véritable régression. Elles ont été installées en dépit de la réglementation sur l'accessibilité, en court-circuitant les commissions communales et départementales d'accessibilité, et sans volonté de concertation. Les nouveaux tourniquets sont venus s'ajouter aux anciens déjà en place. Rien que dans le quartier où réside notre lectrice, on en trouve aujourd'hui partout : Allée de Constantine, Galerie des Baladins, Allée des Genêts et jusqu'au 150 Galerie de l'Arlequin… Ce ne sont pas les seules, d'autres chicanes ont déjà été installées, ponctuellement, en centre-ville et dans certaines communes avoisinantes. Sans être parano, on peut craindre une généralisation future de ces dispositifs.

## Une conclusion évidente

On ne peut pas accepter que les espaces publics, au nom d'un réflexe sécuritaire, soient peu à peu cadenassés, privant ainsi les personnes à mobilité réduite de leur liberté de circulation. La municipalité, parce qu'elle s'est engagée depuis longtemps dans une politique d'accessibilité, doit entendre que l'introduction de nouveau mobilier urbain modifie cette accessibilité dans son ensemble et doit être réfléchie au préalable avec ses administrés concernés, leurs associations, et dans le cadre des commissions d'accessibilité. Dans l'immédiat, il est temps de mettre fin à cette expérimentation des chicanes mobiles et de les enlever.

En complément, nous publions deux courriers de protestation : l'un du CDTHED, l'autre d'une personne en fauteuil roulant.

# Lettre ouverte à M. Michel Destot, Député-Maire de Grenoble

*« Monsieur le Député-Maire,*

*Nous avons été saisis par nos adhérents grenoblois de l'installation massive et brutale dans votre commune (notamment à la Villeneuve, au Muséum, etc.) d'horribles chicanes mobiles, destinées théoriquement à interdire l'accès aux deux roues motorisées. Plusieurs de vos administrés handicapés qui*

*ne peuvent se déplacer qu'en fauteuil roulant, électrique ou manuel, ne peuvent pas franchir ces barrières, et se voient désormais dans l'impossibilité de continuer à circuler librement, y compris dans un quartier (la Villeneuve de Grenoble) qui, jusqu'à présent, était réputé pour son accessibilité.*

*Nous sommes d'autant plus choqués que, lors de rencontres récentes avec M. Gemmani et avec vos services, nous avions clairement manifesté notre opposition à l'installation de ces chicanes, dont l'efficacité est loin d'être prouvée, et qu'il paraissait acquis que, conformément à la demande du CDTHED, l'ensemble des associations de personnes handicapées serait convoqué pour faire part de leurs observations, et ce préalablement aux travaux. Une réunion a certes été convoquée pour le vendredi 5 décembre, mais sans inviter toutes les associations, et après nous avoir mis devant le fait accompli : les chicanes ont déjà été posées partout ! Dans de telles conditions, cette réunion ne peut constituer qu'une parodie de concertation…*

*Sans méconnaître les nuisances subies par les habitants de ces quartiers, le CDTHED rappelle que d'autres solutions plus efficaces et plus respectueuses de l'autonomie des citoyens handicapés sont possibles, pour peu que l'on y mette les moyens, notamment en affectant plus de personnel municipal à la surveillance des espaces publics… Parmi toutes les solutions envisagées, c'est la pire qui a été choisie par vos services ! Nous sommes très loin du compromis que les responsables de ces aménagements disaient vouloir trouver.*

*Nous nous permettons de vous rappeler le Décret n° 2006-1658 du 21 décembre 2006 relatif aux prescriptions techniques pour l'accessibilité de la voirie et des espaces publics (version consolidée au 1er juillet 2007), qui stipule dans son article 1er :*

*« I. - Les aménagements destinés à assurer aux personnes handicapées, quel que soit leur handicap, et aux personnes à mobilité réduite l'accessibilité des voies publiques ou privées ouvertes à la circulation publique et des autres espaces publics doivent satisfaire aux caractéristiques techniques suivantes :*

*1° Cheminements*

*(…) Des cheminements praticables, sans obstacle pour la roue, la canne ou le pied, sont aménagés pour permettre l'usage et la traversée des espaces publics, y compris des voies ou espaces pavés. »*

*Nous nous permettons de vous rappeler également que la Ville de Grenoble a édité et diffusé des fiches techniques détaillant la réglementation en matière d'accessibilité. Parmi les obligations à respecter concernant les travaux sur les espaces publics, vous écrivez, à juste titre, que « dans le cadre des mesures propres à la Ville de Grenoble », il faut prévoir « une largeur de cheminement libre de tout obstacle de 1 m 60 »…*

*Monsieur le Député-Maire,*

*En installant ces chicanes mobiles, la Municipalité de Grenoble viole la réglementation qu'elle est censée faire appliquer. Elle renie en outre ses engagements pris vis-à-vis des handicapés.*

*En conséquence, nous exigeons l'enlèvement immédiat de toutes ces chicanes mobiles, préalablement à toute discussion. Sans préjuger d'éventuelles démarches judiciaires, nous vous informons que nous n'hésiterons pas à saisir l'opinion publique, si vos services persistent dans de telles méthodes.*

*Enfin, nous demandons que les travaux et aménagements de voirie figurent désormais à l'ordre du jour de la Commission Grenobloise d'Accessibilité, à laquelle participent les associations, dont la nôtre.*

*Dans l'attente, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Député-Maire, l'expression de nos salutations distinguées.*

*Pour le CDTHED : Henri Galy. »*

# Courrier envoyé à la Municipalité par une personne handicapée

*« Par ce courrier, je veux vous faire savoir que ce lundi 8 décembre à midi, je me rendais chez ma mère, Allée de la Pelouse (juste en bas des marches où est la chicane le plus près de la Place des Géants), lorsque j'ai vu un jeune avec un scooter. Il a fait quelques figures acrobatiques devant l'im-*

*meuble et lorsqu'il est reparti, il a mis son scooter dans la chicane pour aller dans la galerie, direction Grand'Place. Idem pour un vélo, ce mercredi 10 décembre à midi. J'avoue que je suis restée stupéfaite, et d'autant plus que j'ai revu ce temps de réunion du vendredi à 17h30 où Monsieur M. et les autres étaient vraiment persuadés que les deux roues ne passeraient pas. Et bien, d'après ce que j'en ai vu, je peux dire que c'est faux, mais peut-être suffit-il d'y croire ?*

*Avant de faire les essais avec nous en fauteuil roulant, il serait mieux de faire les essais avec les scooters qui sont très courts, pour vérifier ce que l'on croit.*

*Pour ma part, je vous rappelle les termes de mon intervention, à savoir, que je trouve inadmissible les réponses du style « on va habiller le bas de la chicane d'une bande de matière plastique pour que vous puissiez pousser avec votre fauteuil ». Je vous rappelle que sur un fauteuil se trouve une personne, moi en l'occurrence, que pousser avec le fauteuil va déplacer mes pieds ou mes jambes et donc m'occasionne douleurs, mauvaises positions et des bleus sur les pieds... Et ensuite ; qui va m'aider dans la rue à me remettre en bonne position ?*

*Les fauteuils roulants ne sont pas faits pour ça, ils ne sont pas des bulldozers et ils sont fragiles.*

*Accepteriez-vous de pousser votre portail avec votre voiture ? Sûrement que non, car elle serait cabossée. Alors moi, je suis comme vous, je ne veux pas être cabossée, ni mon fauteuil ni moi. Je n'accepte pas cela. Je vis même cela comme de la maltraitance.*

*Les chicanes sont un leurre, les jeunes ont des scooters très courts, et tout comme les vélos, ils passent et ils redémarrent de plus belle derrière.*

*Je n'en dirai pas plus. Je vous laisse à votre réflexion, suite à ma constatation, car finalement les empêchés ne sont pas les scooters, mais les gens comme moi. »*

*Les fauteuils roulants ne sont pas des bulldozers…*

# Le projet de loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) : une menace majeure contre le système de soins en Ville et à l'Hôpital

La quasi-totalité des organisations syndicales (salariés et libéraux) dénoncent ce projet de loi, mais la grande majorité des assurés sociaux, et tout particulièrement les handicapés, sont maintenus dans l'ignorance du contenu réel de cette « réforme » par les organisations censées les représenter.
Au travers de cet article, nous voulons contribuer à les informer.

L'objectif officiel de la réforme est de mettre en place, à l'horizon 2010, un « pilotage régional unifié et responsabilisé du système de santé permettant de gérer ensemble les politiques de santé, l'organisation des soins et la maîtrise des dépenses ». Ce projet de loi annonce une « réforme de la Santé » considéra-

ble, marquée par la création des ARS (Agences Régionales de Santé), par une plus grande « coopération public-privé » et par le lancement des « Communautés hospitalières de territoire ». Pour la médecine de ville, le texte revendique le « renforcement du rôle du médecin généraliste, la réorganisation de la permanence des soins, la coopération entre professionnels de santé et la simplification de la formation professionnelle ».

Le secteur médico-social est aussi concerné, puisque, entre autres, les ESAT (Établissements et Services d'Aide par le Travail) seraient placés sous tutelle des ARS. Ainsi, le projet de loi HPST concerne tous les médecins et soignants (libéraux, salariés) ainsi que tous les patients.

## Les ARS : instruments de destruction de la « médecine à la Française »

Envisagée depuis de nombreuses années, la création de ces agences est revenue sur le devant de la scène dans le cadre de la RGPP (Révision Générale des Politiques Publiques) et de la « modernisation des politiques de solidarité et de santé ». Le projet de loi crée des ARS chargées de la politique de santé publique, des soins ambulatoires et hospitaliers, des prises en charge et accompagnements dans les établissements et services médico-sociaux et des professions de santé. Dirigées par un directeur général, nommé par décret en Conseil des ministres, les ARS auraient un conseil de surveillance et seraient placées sous la tutelle des ministres de la Santé, des Personnes âgées et handicapées et de l´Assurance Maladie. Le pilotage national des ARS, ainsi que la coordination et l´évaluation, seraient assurés par un « Conseil stratégique de la santé » comprenant des représentants de l´État et des établissements publics, ainsi que des représentants des organismes nationaux d´Assurance Maladie. Le texte prévoit par ailleurs l´élaboration de « projets régionaux de santé ».

Les ARS devraient gérer un budget indépassable, un ORDAM (Objectif Régional des Dépenses de l'Assurance Maladie) qui concernerait les dépenses de TOUTES les activités de santé d'une région : hospitalières, ambulatoires, et médico-sociales. Le Directeur de l'ARS aurait tous les pouvoirs pour imposer l'enveloppe de l'ORDAM. Pour ce faire, il passerait des contrats d'objectifs et de moyens :

- Avec l'hôpital : des CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) qui seraient déclinés à tous les nouveaux niveaux institués, les communautés hospitalières de territoires, les établissements les constituant, les pôles et finalement les médecins hospitaliers (voir suite).

- Avec les médecins libéraux : des Contrats d'amélioration des pratiques professionnelles, avec un paiement des médecins « à la performance », c'est à dire dans un but strictement financier, comptable, d'application de SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaires) ambulatoires. En fait, il s'agit de généraliser l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels libéraux de santé, prévue dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2009. Ce système reprendrait notamment les modalités du CAPI, le fameux contrat individuel d'intéressement que la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance-Maladie) veut imposer aux médecins.

Ces budgets, définis et gérés au niveau des régions sous l'autorité du directeur de l'ARS, représentant plénipotentiaire de l'État, correspondraient aux activités de soins faites au niveau des « territoires », chaque territoire devant définir un projet régional de santé censé répondre « aux besoins de la population de leur territoire ».

En résumé, les ARS seraient des sortes d'ARH puissance 10 dont la capacité de nuisance serait quasiment illimitée (et pourtant, la capacité de nuisance des ARH est déjà effrayante !). Elles pourraient s'attaquer non seulement à l'hôpital, mais aussi à la médecine de ville, aux soins paramédicaux et même aux établissements médico-sociaux et aux ESAT. Pire encore, le budget de la Sécurité Sociale disparaîtrait au profit d'une étatisation et d'une privatisation galopante. Exit les droits des patients tels qu'ils existent et sont définis dans le Code de la Sécurité Sociale issu des conquêtes sociales de la Libération, à savoir : « Chacun cotisant selon ses moyens et étant soigné selon ses besoins ».

En effet, un panier de soins se substituerait aux droits des patients à être soignés. L'inégalité de l'accès aux soins serait organisée par la disparité de ces projets régionaux de santé et de leurs budgets. Toute la médecine serait organisée au plan régional

et non plus national. Ainsi, il y aurait des Numerus clausus selon les régions, une « démographie médicale » organisée selon les régions, avec un ECN (Examen Classant National) définissant l'accès aux spécialités selon les régions et « une liberté d'installation » selon les régions… Il résulterait de ces projets régionaux finalement encore plus de fermetures de lits et d'hôpitaux, une disparité géographique dans les possibilités d'accès aux soins des spécialistes et des médecins généralistes de ville.

Il serait illusoire toutefois de s'imaginer que les régions « riches » ou les « grands hôpitaux » pourraient s'en sortir : le projet de loi HPST est un projet perdant-perdant pour tout le monde, sauf probablement pour les groupes financiers qui lorgnent sur les équipements hospitaliers et la manne financière de la Sécurité Sociale. N'oublions pas que le plan de « restructuration hospitalière » prévoit 20 000 suppressions d'emplois ! Aux 1035 hôpitaux publics existant actuellement au niveau national se substitueraient 300 « territoires de santé ». Dans la Région Parisienne, on passerait de 38 hôpitaux de l'Assistance Publique à 13 « territoires de santé ».

## Hôpital : la coopération Public-Privé au détriment des malades

Au nom de la « modernisation des établissements de santé », le projet de loi redéfinit les missions de service public des hôpitaux, les instances et le mode de pilotage, ainsi que le statut des établissements publics de santé. Le conseil d´administration serait transformé en « conseil de surveillance » exerçant le contrôle de la gestion et du fonctionnement de l´établissement, et le directeur d´hôpital verrait ses pouvoirs renforcés, en devenant « le véritable patron de l´hôpital ». Destiné à « renforcer l´attractivité de l´hôpital », un nouveau statut contractuel est envisagé pour les praticiens hospitaliers, avec le « contrat rénové de droit public ».

Pour permettre l'application d'objectifs strictement comptables, d'économies, le statut juridique des établissements hospitaliers serait modifié. Les restructurations voulues par cette loi des établissements hospitaliers se feraient par la mise en place de GCS (Groupements de Coopération Sanitaires) dont la vocation serait de constituer des « réseaux de santé ». Ils pourraient sous l'autorité du directeur général de l'ARS regrouper des établissements de santé de droit public, de droit privé, médico-sociaux, des médecins libéraux, et d'autres organismes et professionnels de santé « concourant aux soins ».

Autre évolution majeure : les hôpitaux seraient appelés à « mettre en œuvre une stratégie commune et mutualiser certaines fonctions et activités [au sein des] communautés hospitalières de territoire ». Celles-ci devraient être créées par le directeur général de l´ARS. Le conseil de surveillance de ces communautés serait composé de représentants des collectivités territoriales, de représentants du personnel et de personnalités qualifiées membres des conseils de surveillance des établissements associés.

Ainsi, les soins aux patients, appelés missions de service public, seraient confiés indifféremment aux hôpitaux publics, aux cliniques et aux hôpitaux privés participant au service public sur la base de contrats d'objectifs et de moyens qui fixent des objectifs quantifiés d'activité de soins. En cas de non-respect, il est prévu une sanction financière pouvant atteindre 1 % des recettes de l'hôpital. Un « établissement de santé » peut être un centre hospitalier, une communauté hospitalière de territoire ou un groupement de coopération sanitaire. Une communauté hospitalière de territoire, regroupement de plusieurs hôpitaux publics et/ou cliniques privées, peut être imposée manu militari par le directeur de l'ARS !

La mutualisation des moyens est conçue en relation avec la rationalisation et la standardisation des soins. À une pathologie donnée correspondra une durée standard d'hospitalisation, la plus courte possible… Cela a déjà commencé avec la T2A (Tarification À l'Activité). Il est facile d'en imaginer les conséquences dramatiques : fermetures de lits, de services, allongement des listes d'attentes, « perte de chances » pour les plus malades, les plus pauvres… La mission de l'hôpital public, qui est de soigner tous les malades indépendamment de la gravité de leurs pathologies et de leur statut social, est ainsi remise en cause. Où seront soignés les malades les plus graves, les personnes âgées avec de nombreuses pathologies et dont le retour à domicile est aléatoire, les cancéreux en rechute dont les traitements sont extrêmement onéreux, les malades les plus démunis, les mal-logés, les isolés qui ne pourront pas se rétablir rapidement ? Que deviendront les engagements pris par le médecin envers son patient dans

le Serment d'Hippocrate ?

Les services hospitaliers qui, depuis des décennies ont constitué l'unité de base de la médecine hospitalière, ont déjà commencé à disparaître au sein des « pôles » gérés par un « chef de pôle » ayant toute autorité sur les médecins et le personnel. Ce médecin gestionnaire est tenu à une obligation de résultat en matière de respect du contrat d'objectifs et de moyens…

Le directeur-patron de l'hôpital recruterait les médecins sur la base d'un contrat individuel de gré à gré, de durée limitée et réévalué régulièrement. La rémunération du praticien suggérée par le gouvernement comporterait, comme pour les vendeurs de voitures [1], « une part fixe » et une « part variable en fonction du degré de réalisation des objectifs définis chaque année », avec une amplitude de variation individuelle allant jusqu´à 70 % de la part fixe. Il s'agit là d'une perte de l'indépendance professionnelle du praticien, de l'éclatement de son statut conduisant à sa précarisation. On imagine sans peine les conséquences concrètes de cette situation pour les malades…

## Médecine de ville ou filtrage ?

Le projet de loi favorise les transferts d´actes et les coopérations, encadrées par des « protocoles nationaux » élaborés par la HAS (Haute Autorité de santé). [2] Les professionnels ne pourraient intervenir « que dans les limites de leurs connaissances, expériences et compétences ». La constitution de maisons de santé (ou pôles de santé) est favorisée, sachant que lesdites maisons seraient tenues d´élaborer « un projet de santé ». Pour prétendre à des aides ou subventions, les réseaux de santé, centres de santé et maisons de santé devraient conclure un « contrat pluriannuel d´objectifs et de moyens » avec l´ARS.

Dans la suite des EGOS (États Généraux de l´Organisation de la Santé), qui se sont tenus de janvier à avril 2008, le texte propose une définition de « l´organisation des soins de premier recours ». Ainsi, le médecin généraliste aurait l'obligation de « contribuer à l´offre de soins ambulatoire sur un territoire (…), d´orienter ses patients selon leurs besoins dans le système de soins et le secteur médico-social, de s´assurer que la coordination des soins nécessaire à ses patients est effective, de veiller à l´application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des malades chroniques (…), d´assurer la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et la tenir à leur disposition, de contribuer aux actions de prévention et de dépistage sur le territoire et de participer à la permanence des soins (…) ».

Derrière la banalité du discours qui confine à une lapalissade (le médecin généraliste fait de la médecine générale…), se cache cette réalité : la médecine de ville serait placée sous tutelle par les ARS. Le directeur de chaque ARS deviendrait l'interlocuteur de chaque praticien qui dépendrait donc directement et personnellement de lui. Des protocoles de soins seraient négociés financièrement « de gré à gré » entre les médecins et les directeurs d'ARS dans le cadre des « contrats d'amélioration des pratiques professionnelles » mettant en avant les critères médico-économiques dans la formation et l'activité des praticiens.

Le principe du « médecin traitant » version Douste-Blazy (Cf. La Lettre du CDTHED n° 56) est conforté, transformant le médecin de premier recours, le plus souvent généraliste, en « acteur pivot » du système, en réalité véritable « gatekeeper » à la mode britannique distribuant des tickets d'accès, de façon ponctuelle, aux soins de second recours dispensés par des professionnels médecins ou non. Le médecin traitant en question serait placé

---

[1] Précisions de la Rédaction : nous n'avons rien contre les vendeurs de voitures : toute profession a sa propre noblesse et ses propres valeurs qu'il convient de respecter. Simplement, il nous semble que la médecine ne peut pas marcher sur les mêmes bases que la vente des voitures…

[2] À l'origine, en 2004, la mission de la HAS était en théorie uniquement scientifique et médicale. En réalité, et c'est apparu très vite avec le déremboursement des médicaments pour SMR (Service Médical Rendu) insuffisant, son rôle est de servir de caution pseudo-scientifique au rationnement des soins. La LFSS (Loi de Financement de la Sécurité Sociale) de 2008 a mis fin à cette hypocrisie en lui ajoutant officiellement la mission économique. Depuis, la HAS s'est attelée à préparer l'attaque contre la prise en charge à 100 % des grands malades et handicapés.

sous l'autorité des tout-puissants directeurs d'ARS. Chaque médecin passerait individuellement un « Contrat d'Amélioration des Pratiques Professionnelles » avec le directeur d'ARS dont il relève dans sa région sanitaire. Ces contrats feraient l'objet d'une rémunération à la performance du praticien en fonction du pourcentage des objectifs fixés qu'il atteindrait (toujours comme les vendeurs de voitures…). Ainsi, les médecins seraient contraints de privilégier le respect d'impératifs financiers pour soigner leurs malades.

Les engagements collectifs pris par les médecins dans le cadre de la Convention Médicale avec l'Assurance Maladie, seraient supplantés par des contrats individuels passés avec les ARS.

La Sécurité Sociale entité juridique, créée par le Pacte Social en 1945 pour garantir à tous les citoyens l'accès à la Santé, verrait sa disparition programmée puisqu'elle serait transformée en trésorier agent payeur du panier de soins au profit des directeurs des ARS qui deviendraient à sa place les interlocuteurs des médecins. Les malades doivent s'attendre à la perte totale de leur liberté de choix et de décision, à une dégradation majeure de l'accès et de la qualité de soins que cette loi HPST prétend protéger et améliorer.

## Les ESAT annexés par les ARS

La loi HPST donnerait compétence aux ARS sur les établissements de l'enfance handicapée et inadaptée, les établissements et services pour personnes handicapées et pour personnes âgées, les centres d'action médico-sociale précoce, ainsi que les centres de rééducation professionnelle et ceux de préorientation. Pratiquement tous les établissements bénéficiant, même très partiellement, d'un financement par l'Assurance Maladie seraient rattachés aux ARS : centres de ressources et assimilés, structures dites expérimentales, établissements et services accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (lits halte soins santé, appartements de coordination thérapeutique, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, etc.). Seule la partie du médico-social qui ne fait pas l'objet d'un financement par l'Assurance Maladie serait exclue, en principe, de la tutelle des ARS.

Ainsi, la toute-puissance des futures ARS semble ne devoir connaître aucune limite… Déjà, il est prévu de l'étendre aux ESAT (Établissements de Soins et d'Aide par le Travail – ex-CAT).

Même si le directeur général de l'UNAPEI, Thierry Nouvel, prétend que « la vocation médico-sociale des ESAT sera clairement affirmée », on peut se faire du souci. Tous les gouvernements successifs, depuis des décennies, se sont lamentés sur le coût excessif des ESAT et on ne compte plus les projets de réforme successifs, destinés à aligner les ESAT sur les Entreprises Adaptées (ex-Ateliers Protégés).

*- Comment ça ! Cette réforme ne supprime pas les franchises ???*

## Conclusion

Cette loi est contraire au principe de l'égalité des droits aux soins pour tous les patients. Elle organise la perte de l'indépendance professionnelle des médecins et des soignants (libéraux, salariés), en les soumettant non seulement à des contrats d'objectifs et de moyens de nature économique, mais aussi à un intéressement financier personnel. Cette loi organise aussi la déqualification des actes médicaux qui ne seraient plus réalisés par des médecins, mais qui seraient délégués à des professionnels de santé, infirmières, kinésithérapeutes, et autres. Au lieu

d'organiser le sauvetage de l'hôpital, la préservation de la santé des patients dans les territoires, il s'agit de détruite la Sécurité Sociale telle qu'elle a été créée en 1945, pour en récupérer l'argent et le réintégrer dans le secteur financier et spéculatif.

De partout s'élèvent des protestations contre le projet de loi HPST : les médecins hospitaliers et la plupart de leurs organisations syndicales se sont prononcés pour le retrait en partie ou en totalité de ce projet. La CSMF qui regroupe la majorité des médecins libéraux s'est déclarée « en résistance ». Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a exprimé ses plus vives critiques. Les présidents des Commissions Consultatives Médicales de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ont été unanimes, dans une lettre adressée à la ministre pour lui dire qu'ils ne pouvaient s'associer à ce qu'ils considèrent comme incompatible avec la survie de leurs hôpitaux et du droit d'accès aux soins des patients. Et dans les manifestations massives qui se déroulent un peu partout en France, le mot d'ordre de retrait du projet de loi HPST est largement repris par la population.

# Allocation aux Adultes Handicapés : ce qui va changer en 2009 et après…

La loi de Finances 2009, votée en 2008, prévoit plusieurs modifications.

## Conditions d'ouverture

La loi de finances 2009 modifie les conditions d'ouverture du droit à l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) pour les handicapés dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79 %. À compter du 1er janvier 2009, il n'est plus nécessaire pour eux de justifier de 12 mois d'inactivité professionnelle pour commencer à bénéficier de l'AAH. (NB : C'était déjà le cas pour les titulaires de la Carte d'Invalidité, dont le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80 %.)

Mais, à compter du 1er janvier 2009, toute demande d'attribution ou de renouvellement d'AAH entraînera automatiquement l'instruction d'une RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé), assortie, si cette dernière est délivrée, d'une orientation professionnelle en milieu ordinaire ou protégé.

## Calcul du montant de l'AAH

Jusqu'à présent, le calcul du montant de l'AAH était réexaminé le 1er juillet de l'année en cours en fonction des revenus de l'année précédente. Pour l'année 2008 (ressources 2007), ce calcul a été reporté au 1er janvier 2009. L'administration des impôts transmet directement la déclaration de ressources à la CAF. Par ailleurs, l'AAH devient indexée sur l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation (hors tabac). Ainsi, contrairement aux années précédentes, l'AAH maximum n'augmente pas le 1er janvier. Rappelons toutefois qu'elle a été augmentée de 5 % au 1er septembre 2008 et le sera à nouveau le 1er avril 2009 (voir tableau ci-après).

Attention : la plupart des allocataires qui ne touchent qu'une AAH partielle du fait qu'ils ont des revenus risquent d'être surpris… En effet, dans la plupart des cas, leurs revenus 2007 seront un peu plus élevés que ceux de 2006. Comme les plafonds d'attribution ne bougent pas, le montant de l'AAH qui leur sera versée par la CAF en janvier 2009 va légèrement baisser par rapport à décembre 2008. À noter toutefois que l'AAH ayant été réévaluée par le gouvernement en septembre 2008, ces allocataires bénéficieront globalement d'une augmentation de 5 % sur un an.

Il y a de plus un changement du mode de calcul des ressources servant de base au calcul de l'AAH. Suite à la réforme fiscale applicable sur les revenus de 2006, un coefficient correcteur de 80 %, autrement dit un abattement de 20 %, a été appliqué sur l'ensemble des revenus de 2006. Pour 2009 (revenu de référence 2007), le gouvernement a décidé de ne

réserver ce coefficient correcteur qu'aux revenus professionnels et aux pensions/retraites. Les autres revenus (revenus fonciers, revenus de capitaux : livrets, etc.) ne bénéficieront plus de ce coefficient, ce qui entraînera des baisses supplémentaires d'AAH pour quelques allocataires.

Remarque : Contrairement à l'annonce faite le 4 décembre dernier, par le Président de la République, du versement en avril prochain d'une « Prime de solidarité active » aux 3,8 millions de bénéficiaires de minima sociaux, les bénéficiaires de l'AAH ne la toucheront pas automatiquement. Il faudra en effet percevoir une allocation ou aide au logement. Selon la Caisse Nationale d'Allocations Familiales, 405 461 bénéficiaires de l'AAH sur un total de 781 972 sont concernés.

## Évolution future de l'AAH

Le gouvernement a communiqué l'échéancier de revalorisation de l'AAH 2007-2012 conformément aux engagements du Président de la République qui avait promis 25 % d'augmentation sur 5 ans :

| | Montant AAH | Revalorisation | | Progression depuis 2007 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | en euros | en euros | en % | en euros | en % |
| 31/12/2007 | 621,27€ | | | | |
| 01/01/2008 | 628,10€ | 6,83€ | 1,1% | 6,83€ | 1,1% |
| 01/09/2008 | 652,60€ | 24,50€ | 3,9% | 31,33€ | 5,0% |
| 01/04/2009 | 666,96€ | 14,36€ | 2,2% | 45,69€ | 7,4% |
| 01/09/2009 | 681,63€ | 14,67€ | 2,2% | 60,36€ | 9,7% |
| 01/04/2010 | 696,63€ | 15,00€ | 2,2% | 75,36€ | 12,1% |
| 01/09/2010 | 711,95€ | 15,32€ | 2,2% | 90,68€ | 14,6% |
| 01/04/2011 | 727,61€ | 15,66€ | 2,2% | 106,34€ | 17,1% |
| 01/09/2011 | 743,62€ | 16,01€ | 2,2% | 122,35€ | 19,7% |
| 01/04/2012 | 759,98€ | 16,36€ | 2,2% | 138,71€ | 22,3% |
| 01/09/2012 | 776,59€ | 16,61€ | 2,2% | 155,32€ | 25,0% |

*(Source : Ministère de la Santé et de la Solidarité)*

Sans parler du fait que cette pseudo-revalorisation ne prend pas en compte l'inflation – et on sait que ce sont les produits de première nécessité qui augmentent le plus, ce qui pénalise les bas revenus – le gouvernement programme ainsi le maintien des handicapés en dessous du seuil actuel de pauvreté (800 € aujourd'hui) !

## Cumul AAH-Salaire

Depuis le 1er juillet 2005, les revenus professionnels de l'année de référence en milieu ordinaire (hors ESAT) bénéficient d'un abattement de 10, 20, 30 ou 40 %. Depuis le 1er janvier 2007, lorsque les revenus proviennent d'un ESAT, il y a un abattement de 3,5 %, 4 %, 4,5 % ou 5 %.

Le gouvernement affirme vouloir unifier les abattements sur les revenus en milieu ordinaire par l'application d'un abattement de 40 % sur les revenus d'activité (80 % en deça de 0,4 SMIC). Cette modification devrait s'appliquer le 1er octobre 2009. À cette date, le calcul de l'AAH deviendrait trimestriel, comme c'est déjà le cas pour le RMI. Les ressources seraient déclarées chaque trimestre afin que l'allocation s'ajuste plus rapidement à l'évolution de la situation du bénéficiaire ; l'allocation pourrait être cumulée de façon intégrale à un salaire pendant les six premiers mois suivant l'accès à l'emploi ; après cette période, les personnes handicapées pourraient cumuler de façon pérenne leur salaire et une AAH partielle, calculée en fonction d'un abattement unique sur les revenus d'activité (80 % en deçà de 0,4 SMIC et 40 % au-delà).

## Et le Minimum Vieillesse, et les pensions ?

Pour la première fois, les montants de l'ASPA et de l'AAH sont dissociés : l'ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées) reste bloquée à 633,12 € depuis le 1er septembre 2008. Ajoutons que l'ASPA, contrairement à l'AAH, est récupérable. Ainsi, la situation des bénéficiaires de l'ASPA est pire que celle des bénéficiaires de l'AAH, ce qui ne constitue pas une consolation pour ces derniers…

Plus que jamais, notre revendication d'alignement de l'AAH, de l'ASPA et des minimums de pensions sur le SMIC reste d'actualité !

# MDPH de l'Isère : Ni simple, ni facile…

Les MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées) ont été créées par la loi Montchamp du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », dans le but officiel de « mettre l'intéressé au cœur du dispositif » en concentrant toutes les démarches dans un « guichet unique ». À l'époque, le CDTHED avait dénoncé cette loi et notamment le fait que les handicapés et leurs familles se trouveraient de fait placés sous la tutelle des conseils généraux, du fait du remplacement des COTOREP et CDES par les MDPH constituées en GIP (Groupement d'Intérêt Public).

Où en sommes-nous aujourd'hui ? Dans le Département de l'Isère, la MDPH affirme vouloir « faciliter nos démarches pour simplifier notre vie ! » Dans les faits, de graves dysfonctionnements sont constatés par les intéressés.

Les conséquences concrètes pour les handicapés et les familles peuvent être désastreuses dans certains cas : impossibilité d'engager des dépenses pour les aides techniques indispensables (aménagement du logement, du véhicule, etc.) ; suspension pure et simple des prestations ; difficulté pour poursuivre une activité professionnelle, voire cessation d'activité, faute de pouvoir employer des aides humaines, etc. À plusieurs reprises, la Présidente de la MDPH a été alertée sur ces problèmes…

En juin 2008, l'Office Départemental des Personnes Handicapées de l'Isère a publié un recueil de témoignages, qui a été remis à la Présidente de la MDPH. [On peut télécharger ce document sur le site de l'ODPHI : aller à l'adresse http://www.odphi.fr/, cliquer ensuite sur « statuts/AG » dans la rubrique « Présentation » à gauche, puis sur le lien « Recueil de témoignages » en bas de la page.]

Depuis, les associations ont constaté que les choses ne s'amélioraient pas. Elles ont discuté de cette question, et tout particulièrement de la situation des familles qui ont effectué une demande de PCH (Prestation de Compensation du Handicap) pour leurs enfants handicapés. Certes, les positions quant à la loi Montchamp de 2005 sont très variables… Pour sa part, le CDTHED continue à s'opposer à cette loi et en demande son abrogation. D'autres pensent qu'il faut exiger son application. Certains qu'elle devrait être amendée. Mais tous sont d'accord pour demander, sous des formes qui restent à préciser, au Président du Conseil Général, M. André Vallini, les moyens nécessaires pour faire respecter les droits des usagers de la MDPH :

- Rétablissement de délais d'instruction raisonnables des dossiers, avec une évaluation des besoins sur le terrain, en respectant les projets des personnes concernées (enfants, adultes) et des familles.
- Mise en place des mesures nécessaires pour éviter la perte des dossiers et les erreurs dans les notifications de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).
- Formation systématique des professionnels à tous les types de handicap et à une réelle connaissance du secteur sanitaire et du secteur médico-social.
- Mise en place d'un système permettant de joindre facilement des interlocuteurs qualifiés, capables de répondre aux questions des intéressés sur leurs dossiers.
- Arrêt des réductions arbitraires des compléments d'AEEH.
- Rappel systématique aux allocataires concernés du droit d'option entre la PCH et les compléments d'AEEH pour les enfants, et entre la PCH et l'Allocation Compensatrice (Tierce Personne ou Frais Professionnels) pour les adultes.
- Respect du délai de 15 jours maximum lié à la procédure d'urgence.
- Respect du droit des intéressés à assister, s'ils le souhaitent, à la réunion de la CDAPH qui discute de leurs demandes, en étant accompagnés de la personne de leur choix – au besoin en augmentant la fréquence des réunions de la CDAPH.

Nous verrons quelles démarches seront effectivement entreprises par les associations, et nous en rendrons compte à nos lecteurs. Dans l'immédiat, nous invitons tous ceux qui ont des problèmes avec la MDPH à nous contacter.

# Qu'est-ce que le CDTHED ?

Fondé le 11 mai 1985, le Comité pour le Droit au Travail des Handicapés et l'Égalité des Droits (CDTHED) a pour but la défense des intérêts matériels et moraux des personnes handicapées. Notre association est ouverte aussi bien aux personnes handicapées (travailleurs ou non-travailleurs), âgées ou malades, qu'à leurs parents et amis ainsi qu'aux professionnels de l'Action Sociale et de la Santé. Elle est également ouverte aux syndicalistes, aux militants associatifs, et d'une manière plus générale à tous ceux qui veulent soutenir l'action des handicapés, quelles que soient leurs opinions philosophiques, politiques ou religieuses.

Association non gestionnaire de services, le CDTHED a pour principales ressources les cotisations de ses adhérents, ce qui garantit son indépendance vis-à-vis des institutions et des groupes de pression. Élus et mandatés directement par l'Assemblée Générale, ses responsables n'ont de compte à rendre qu'aux adhérents. L'Assemblée Générale est souveraine, elle est convoquée au moins une fois par an. La « Lettre du CDTHED » informe régulièrement les adhérents de l'activité de l'Association.

Le Comité établit la liste des revendications exprimées collectivement par les personnes handicapées elles-mêmes : droit à l'instruction, droit à des soins de qualité correctement remboursés, droit à un véritable emploi avec un véritable statut, droit à des ressources décentes (y compris pour ceux qui ne travaillent pas), droit à l'autonomie et aux loisirs, au logement et aux transports, etc. Il s'efforce de faire connaître ces revendications, et de les défendre le plus efficacement possible auprès des autorités, en se plaçant exclusivement du point de vue des intérêts des handicapés.

Cette indépendance matérielle et morale permet au CDTHED d'interpeller vigoureusement les pouvoirs publics et les élus en organisant des délégations et réunions publiques. Qu'ils soient ou non d'accord avec nos revendications, tous reconnaissent notre représentativité.

Le Comité s'efforce aussi de travailler en relation avec les autres associations et organisations, dans la mesure où cela permet de faire avancer les revendications des personnes handicapées.

Sans se substituer aux organismes sociaux ni aux intéressés, le CDTHED assure aussi le conseil et l'information en ce qui concerne les dossiers individuels, au mieux des intérêts de ses mandants. Nous aidons nos adhérents à défendre leur dossier devant les diverses commissions qui examinent leurs demandes.

---------- **BULLETIN-RÉPONSE : adhésion, abonnement** ----------

MADAME, MONSIEUR : ....….....…….....……

ADRESSE POSTALE PRÉCISE : ……...…...……

.....….....….....……

.....….....….....…….

Téléphone : ..... Courriel : .....…….....……....

➡ **J'adhère au CDTHED en versant ma cotisation :**

Cotisation minimale (sans l'abonnement à « La Lettre du CDTHED ») : □ 13 €

Cotisation + Abonnement à « La Lettre du CDTHED » : □ 16 €

Cotisation + Abonnement + Soutien : □ 20 € □ 30 € □ 40 € ou plus Date, Signature : .....…….....

➡ **Je m'abonne à la Lettre du CDTHED** (nous contacter pour l'édition sur cassettes ou sur CD-ROM) **:**

Abonnement simple 1 an (4 numéros) : □ 6 € Soutien : □ 10 € ou plus

Bulletin à retourner, avec le règlement par chèque à l'ordre du CDTHED :
CDTHED - 4 Place des Jacobins - 38130 Échirolles - Tél : 04 76 84 62 95