



## Report on the social inclusion and social protection of disabled people in European countries

**Country:** France

**Author(s):** Myriam Winance (INSERM), Jean-François Ravaud (INSERM)

### Background:

The [Academic Network of European Disability experts](#) (ANED) was established by the European Commission in 2008 to provide scientific support and advice for its disability policy Unit. In particular, the activities of the Network will support the future development of the EU Disability Action Plan and practical implementation of the United Nations Convention on the Rights of Disabled People.

This country report has been prepared as input for the *Thematic report on the implementation of EU Social Inclusion and Social Protection Strategies in European countries with reference to equality for disabled people*.

The purpose of the report ([Terms of Reference](#)) is to review national implementation of the open method of coordination in Social inclusion and social protection, and in particular the National Strategic Reports of member states from a disability equality perspective, and to provide the Commission with useful evidence in supporting disability policy mainstreaming.



## **PART ONE: SOCIAL INCLUSION PLANS (GENERAL)**

**1.1 Please describe how and where disabled people are included in your country's published plans for social inclusion and protection?**

**1.2 In reality, what major actions has your country taken and what are the positive or negative effects on disabled people? (policy or practical examples)**

**1.3 What is the most recent research about disabled people's equality and social inclusion in your country?**

Référence générale. Peut être utile car en anglais:

[http://www.adecri.org/images/stories/the\\_french\\_social\\_protection\\_system.pdf](http://www.adecri.org/images/stories/the_french_social_protection_system.pdf)

A mettre comme référence générale à la fin.



## PART TWO: INCOMES, PENSIONS AND BENEFITS

### 2.1 Research publications (key points)

In France, there are not many scientific researches on this thematic (poverty, income or pensions/benefits for disabled people). And it is difficult to get some general information on the level of income of disabled people. The most important difficulty is the diversity of situations between disabled people. Depending on the cause of the disability and depending on the fact that they have worked or not, disabled people get different benefits / income / pensions. Then to the basic benefits, other financial aids are added depending on the incapacity level, the family situation... Finally, the calculation of the amount of the benefit often depends on the income of those living with the disabled person. It is then difficult to get idea on the relation between disability and poverty in France.

However, recently, following the implementing of the new disability law (in 2005), a large debate has taken place between the government and the associations of disabled person, about this question of income. This debate has implied many actors. It is not possible to describe this debate here. We will only mention some key points:

- The 2005 law in itself was considered as having avoided the question of income.
- The CNCPH (Comité National Consultatif des Personnes handicapées – National advisory committee of disabled person) decided to work on this thematic in 2006 and has produced a report in april 2007.  
(<http://reflexe-handicap.org/docs/CNCPHcommission3Rapportressources.pdf>)

This report brings to the fore that disabled people willing to work have difficulties acceding to training and job. It insists on the low level of income of all disabled people and on the necessity to distinguish income and financial means for compensating disability additional cost. It raises the question of discrimination between the different pensions or benefits. It makes some propositions for providing decent income to disabled person:

- Observing the different incomes, it proposes to create a unique life income equal to the amount of the guaranteed minimum wage.
- Observing that the amount to be let to disabled person living in institution is very low, it proposes to increase it by 30% of the guaranteed minimum wage.
- Observing that disabled people who work have sometimes less income than when they don't, it proposes to allow a better concurrent drawing of wage and pension/benefit.

In March 2008, disabled persons argued that their income was under poverty level. And they have built a collective movement around this claim. 93 associations (of disabled persons or patient) have gathered into one movement. (see their web site : [http://www.nipauvrenisoumis.org/a\\_pacte\\_inter\\_associatif/](http://www.nipauvrenisoumis.org/a_pacte_inter_associatif/)).

At this moment, the debate has focused on the question about the relations between work and disability. The government has decided to transform the system of benefit allocation, mainly the Allowance for handicapped adults (Allocation Adulte Handicapé – AAH). Now, the criteria of eligibility are mainly the incapacity level (see hereunder); in the future, the government wants to define criteria of eligibility on the basis of “employability” and “non-employability”. (See for example, the discourse’s president during the National Conference on disability: [http://www.elysee.fr/documents/index.php?mode=cview&press\\_id=1486&cat\\_id=7&lang=fr](http://www.elysee.fr/documents/index.php?mode=cview&press_id=1486&cat_id=7&lang=fr))

Apart from the above mentioned general information, there exists few data concerning some categories of disabled persons. For example, there have been some enquiries on the people getting the Allowance for handicapped adults, as they are part of the people getting social benefit from the non-contributory scheme (social minima).



Hereunder, you will find some references and a French summary. We would like to emphasize the lack of scientific research on disability, income and poverty.

- (2004) « La situation des personnes handicapées. Un enjeu de société », ADSP – Actualité et dossier en santé publique, n°49  
<http://www.hcsp.fr/hcspi/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=91&menu=111282>
- « Minima sociaux : mieux concilier équité et reprise d'activité », (2005), Rapport d'information n° 334 (2004-2005) de Mme Valérie LÉTARD, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 11 mai 2005 devant le Sénat.  
 Téléchargeable à l'adresse : <http://www.senat.fr/rap/r04-334/r04-3341.pdf>

Résumé : Un rapport d'information consacré aux minima sociaux, fait au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat par Mme Valérie Létard, a été présenté le 18 mai 2005. Ce rapport, intitulé « Minima sociaux : concilier équité et reprise d'activité », souligne la grande complexité du système actuel, la diversité des conditions donnant droit à l'un des 9 minima recensés (RMI, Allocation d'insertion, Allocation spécifique de solidarité, Allocation parent isolé, Allocation adulte handicapé, Allocation supplémentaire d'invalidité, Allocation supplémentaire vieillesse, Allocation équivalent retraite, Allocation veuvage) ainsi que l'opacité des règles déterminant leurs montants respectifs.

Le rapport propose un toilettage complet du système visant l'harmonisation des différentes conditions d'attribution, la disparition des effets de seuil susceptibles de provoquer une perte brutale de ressources en cas de reprise d'activité (avec notamment la perte d'avantages connexes : aide au logement, couverture maladie, aides locales, ...) et mettant en place des dispositifs d'accompagnement du retour à l'emploi.

Le rapport suggère qu'un groupe de travail soit constitué pour améliorer la connaissance de ces sujets et permettre l'élaboration d'une proposition de loi. (Source : <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/minima-sociaux-propositions-du-senat.html>)

- (2008), Le Rapport de l'Observatoire Nationale de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale, 2007-2008, La Documentation Française.  
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000261/0000.pdf>
- Conseil supérieur de l'emploi, des revenus et des coûts (1997), « Minima sociaux : entre protection et insertion », La documentation française, Paris, 221 pages.
- Rapport téléchargeable à l'adresse :  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000309/index.shtml>

Résumé : Plus de 3,3 millions de personnes sont bénéficiaires des différents minima sociaux et le montant des allocations versées dépasse 80 milliards de F. Ce rapport s'appuie sur les travaux des principales administrations ou institutions concernées (INSEE, ministère de l'Emploi et de la solidarité, CNAF, UNEDIC) et d'équipes de chercheurs. Le document présente les caractéristiques des différents minima, des bénéficiaires et de leurs ressources. En se fondant sur des exemples étrangers, il met en évidence les spécificités du système français. Mais surtout, il analyse la complexité des dispositifs, relève certaines incohérences entre ces différents minima et d'autres politiques sociales et étudie leurs relations avec la situation de l'emploi et le chômage.

- Belleville Anne (2004), Insertion sociale et conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux, DREES, Etudes et Résultats, n°300.  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er300.pdf>

Fin 2001, un peu plus de 6 % de la population vivant en métropole percevait l'un des quatre minima sociaux que sont : le Revenu minimum d'insertion (RMI), l'Allocation de parent isolé (API), l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) ou l'Allocation de solidarité spécifique (ASS). Pour mieux connaître les conditions de vie de ces allocataires et la perception qu'ils ont de leur situation, une enquête a été réalisée au premier trimestre 2003 auprès de 5 000 personnes bénéficiaires du RMI, de l'ASS, de l'AAH et de l'API en décembre 2001. La comparaison des situations des différentes catégories de bénéficiaires montre des différences importantes. Tout d'abord, les bénéficiaires de l'AAH ont le plus souvent des caractéristiques spécifiques : souvent inactifs avec de graves problèmes de santé, ils se distinguent des autres allocataires qui cherchent tous, plus ou moins rapidement, à retourner sur le marché du travail. Ainsi, la moitié des bénéficiaires de l'ASS, de l'API et du RMI recherchent un emploi au moment de l'enquête et un quart environ occupent un emploi. Parmi les bénéficiaires (hors AAH) interrogés, plus de 80 % ont leur propre logement, avec une forte prédominance de l'habitat social. Leur logement dispose généralement de l'équipement sanitaire de base, c'est plutôt de l'exiguïté et de la vétusté dont se plaignent les bénéficiaires. L'insatisfaction atteint des niveaux différents suivant le minimum social perçu, les allocataires de l'API étant les plus nombreux à la formuler. L'état de santé des bénéficiaires de minima sociaux est, quant à lui, à âge et sexe comparables, beaucoup moins bon que celui de la population générale, résultat ressortant de toutes les études confrontant état de santé et difficultés sociales. En dehors des bénéficiaires de l'AAH, ce sont les bénéficiaires du RMI qui sont les plus nombreux à souffrir d'au moins une affection et à se déclarer en mauvaise santé. Même s'ils sont souvent en contact avec des amis ou de la famille, nombre des bénéficiaires de minima sociaux ressentent malgré tout un sentiment d'isolement et de mise à l'écart : près d'un bénéficiaire du RMI sur quatre se déclare dans cette situation, contre un sur sept environ pour les trois autres minima sociaux.

- BROUARD Cécile, DUTHEIL Nathalie, GILBERT Pascale, MICHAUDONA Héléne, VANOVERMEIR Solveig, TISSERAND Pierrette, VASLIN Catherine, MAUDINET Marc, PIQUET Annick, SANCHEZ Jesus (2004), « Le handicap en chiffres », Mire, Dress, CTNERHI.  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/handicap/handicap.pdf>
- CHANUT Jean-Marie, MICHAUDON Héléne (2004), L'AAH, un minimum social destiné aux adultes handicapés, Etudes et Résultats n° 344. DREES.  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er344.pdf>

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est un minimum social destiné aux adultes handicapés âgés de 20 ans ou plus. Son obtention requiert d'abord l'accord des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) en fonction de critères médicaux (taux d'incapacité) et de la possibilité de se procurer un emploi. Son versement est ensuite soumis à conditions de ressources. Au 31 décembre 2003, l'AAH concernait près de 770 000 allocataires, soit une croissance de 2,8 % par an en moyenne depuis 15 ans. L'AAH concerne un peu plus d'hommes que de femmes, mais ces dernières sont en moyenne plus âgées. Si les trois quarts des allocataires sont des personnes isolées, sans enfants et fréquemment sans diplôme, le tiers d'entre elles est cependant logé grâce à leur famille ou leurs amis. Les déficiences psychiques ou intellectuelles sont une cause importante d'attribution de l'AAH, et sont notablement plus fréquentes chez ses allocataires que chez ceux ayant un handicap reconnu par la Sécurité sociale pour cause de maladie ou d'accident. La croissance du nombre d'allocataires de l'AAH depuis une quinzaine d'années a surtout été alimentée par les accords prononcés chaque année par les Cotorep au titre d'un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % : ceux-ci ont progressé de 5,4 % en moyenne par an entre 1995 et 2003. L'impact des décisions passées des Cotorep prononcées pour des durées moyennes de 3,5 à 5 ans, devrait ainsi, à législation inchangée, continuer à alimenter la tendance à la hausse du nombre d'allocataires. En revanche, celui du vieillissement de la population serait plus modéré.



Le nombre de bénéficiaires de l'AAH pour 1 000 habitants varie fortement d'un département à l'autre.

Ces écarts semblent à la fois dus aux disparités géographiques en matière de prévalence du handicap et à celles touchant la situation économique des départements ou l'intensité du chômage. Le rôle du taux de chômage est, en particulier, significatif pour les taux d'incapacité de 50 à 79 %, assortis d'une impossibilité reconnue à se procurer un emploi.

- Demoly Elvire (2008), Les demandeurs de l'AAH. Une population souvent éloignée du marché du travail, Etudes et Résultats n° 640.  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er640.pdf>

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est un minimum social destiné à apporter une aide financière aux personnes handicapées disposant de revenus modestes. Entre juillet 2005 et juin 2006, 330 000 personnes ont obtenu une réponse à leur demande d'AAH en France métropolitaine, et sept sur dix ont obtenu un accord. Les personnes qui demandent l'AAH sont âgées de 45 ans en moyenne et présentent majoritairement une déficience principale motrice ou du psychisme. Plus du quart d'entre elles sont handicapées depuis l'enfance. Elles sont dans ce cas plus souvent déficientes intellectuelles. Seul un demandeur de l'AAH sur dix travaille en milieu ordinaire, généralement comme ouvrier ou employé. Lorsque le handicap est précoce, l'activité en établissement spécialisé (ESAT, ex-CAT) est plus fréquente qu'en milieu ordinaire et la scolarité a souvent été perturbée. Les demandeurs de l'AAH ont rarement eu une activité professionnelle en continu. Ceux qui ne travaillent plus ont dans la moitié des cas perdu leur emploi pour raisons de santé. Les trois quarts des demandeurs sont hors du marché du travail.

- DUTREIL (Christian), TROUVE (Claire), (1996), « Rapport concernant les aides financières spécifiques versées aux personnes handicapées et leurs effets sur l'insertion en milieu ordinaire de travail » (Report about the specific financial help to the disabled persons and their effects on the competitive employment), Inspection générale des affaires sociales, IGAS, Paris, FRA.

L'objectif principal de ce rapport est d'analyser l'ensemble des prestations qui, à un titre ou à un autre, sont versées aux personnes handicapées susceptibles d'exercer un travail en milieu ordinaire, puis d'essayer de comprendre si ces mécanismes de ressources ont un impact, et lequel, sur l'incitation à prendre ou à reprendre, un emploi en milieu ordinaire. Après avoir dressé le catalogue des aides financières (nombreuses, fondées sur des logiques différentes, avec des modes de calcul, des systèmes de cumul et des plafonds de ressources variables), les auteurs ont analysé des situations qui apparaissaient les plus courantes et ont tenté de dégager des tendances générales, sachant bien que l'élément financier n'est pas le seul à entrer dans la décision de travailler ou pas, d'une personne handicapée. Source : [http://www.ctnerhi.com.fr/ctnerhi/pagint/centre\\_doc/base\\_donnees/saphir.htm](http://www.ctnerhi.com.fr/ctnerhi/pagint/centre_doc/base_donnees/saphir.htm)

- GUEDJ (Nicole), CRENEAU-JABAUD (Béatrice), (2006), "Ressources et handicap : guide des droits des personnes handicapées" (Financial resources and disability : guidebook on the rights of people with disabilities), Paris, Editions Claude Fitoussi, 370 pages.

Résumé : La Chambre des Notaires de Paris a soutenu l'édition de l'ouvrage intitulé "Ressources et handicap", guide pratique des droits des personnes handicapées rédigé par Béatrice CRENEAU-JABAUD, notaire, Président Honoraire de la Chambre des Notaires de Paris et Nicole GUEDJ, avocat ancien Ministre. Cet ouvrage traite : - des droits des personnes handicapées, en termes de revenu, de patrimoine ou de statut juridique, en rapport avec la solidarité nationale ; - de la solidarité familiale, en complément de la solidarité nationale : optimisation fiscale, régime matrimonial, constitution d'un patrimoine, assurance-vie, sécurisation des revenus... ;



- des litiges : reconnaissance du handicap, aide sociale, assurances, réparation des dommages subis, droit à la dignité et à l'autonomie... Il permet de savoir quelles sont les aides versées par l'Etat, les nouvelles dispositions de la loi sur le handicap de février 2005. Il est exclusivement disponible aux éditions Claude Fitoussi, 74 Boulevard de Reuilly 75012 Paris, Tél : 01 43 07 57 79, Fax : 01 43 42 17 09).

Source : [http://www.ctnerhi.com/fr/ctnerhi/pagint/centre\\_doc/base\\_donnees/saphir.htm](http://www.ctnerhi.com/fr/ctnerhi/pagint/centre_doc/base_donnees/saphir.htm)).

- IGF (Inspection Générale des Finances), IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) CLAVREUL (Gilles), BASTERI (Anne-Michelle), AUVIGNE (François), PICARD (Sylvain), MAIGNE (Gautier) (2006), « Rapport - sur l'allocation aux adultes handicapés : mission d'audit de modernisation ». (Report on disabled adults people allowance.), Paris, IGF – IGAS. Téléchargeable à l'adresse : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=341048>

This document has been written after 2005, that is after the new disability policy has been settled.

Résumé(s) La mission avait pour objectif de dresser l'état des lieux de la gestion de l'AAH par les COTOREP, d'établir un diagnostic et des recommandations sur la gestion de l'allocation dans le cadre du nouveau schéma institutionnel.

Les constats sont inquiétants : une faible qualité de service, compte tenu des délais de traitement et des conditions peu rigoureuses d'analyse des dossiers, qui aboutissent à de nombreuses erreurs d'appréciation (faible collégialité, rareté des visites médicales, etc.), un pilotage restreint qui se traduit par des procédures très hétérogènes et l'absence de stratégie d'insertion professionnelle des allocataires.

La nouvelle gestion devrait améliorer la qualité de service mais comporte des risques (porosité RMI-AAH, croissance des disparités entre départements, découplage entre attribution de l'allocation et politiques d'insertion professionnelle).

Selon les recommandations : l'Etat devrait définir une stratégie sur l'AAH en améliorant les procédures (objectifs de qualité de service dans les conventions MDPH-CNSA, politique contentieuse, renforcement des contrôles), en définissant une démarche d'insertion professionnelle de tous les allocataires en fonction de leur proximité à l'emploi.

Cela nécessite de renforcer le pilotage en précisant le rôle de chaque acteur (maîtrise d'ouvrage de la DGAS, responsabilisation de la DGEFP, création d'un comité stratégique, maîtrise d'oeuvre de la CNSA prévue par avenant à la COG) en s'appuyant sur un système d'information plus performant, intégrant un volet médical, en donnant voix prépondérante aux représentants de l'Etat au sein des CDAPH, pour les décisions relatives à l'AAH.

Les améliorations devraient réduire les disparités départementales, assurer la meilleure connaissance des publics et de leurs trajectoires, renforcer l'insertion professionnelle et les sorties de l'AAH vers l'emploi.

- Muriel Nicolas, Marie-José Robert, (2007-2008), Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, in « Les Travaux de l'Observatoire », cahier 2, pp 145-157. [http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Nicolas\\_2.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Nicolas_2.pdf)
- Roussel, P., Velche, D. (1997). « Caractéristiques des titulaires d'allocation aux adultes handicapés au titre de l'article 35-2 de la loi de 1975 : étude de 716 questionnaires ». CTNERHI, décembre 1997, 165 p.
- Roussel, P., Velche, D. (2000). « Une population hétérogène : les bénéficiaires de l'AAH ayant un taux d'incapacité inférieur à 80% ». *Handicap – Revue de sciences humaines et sociales*, 87, 35-53.





- VELCHE (Dominique) (2000), « L'emploi des personnes handicapées : accompagner la transition vers un nouveau modèle ? » (Employment of persons with disabilities : accompanying the transition toward a new model ?), *Handicap, revue de sciences humaines et sociales*, 88, pp. 43-69.

Résumé: Les mutations économiques et l'évolution des représentations du handicap remettent aujourd'hui en question les mesures spécifiques de compensation. Celles-ci trouvent leurs limites et n'ont pas toujours favorisé l'insertion. Le principe de non-discrimination coïncide avec une forte remise en cause des régimes de protection des personnes handicapées : ceux-ci seraient économiquement et socialement contre-productifs. Pour éviter une régression sociale dans ce domaine, il faut rappeler que le système critiqué a d'abord été une réponse aux désavantages sociaux subis en conséquence d'incapacités ou, souvent, d'attitudes de rejet. Si le principe d'égalité des chances porte en lui le danger d'un renforcement des inégalités de départ, celui d'égalisation des chances ouvre des perspectives intéressantes. Il reste que l'intégration des plus "employables" risque de renvoyer les autres vers le champ de la dépendance.

Source : [http://www.ctnerhi.com.fr/ctnerhi/pagint/centre\\_doc/base\\_donnees/saphir.htm](http://www.ctnerhi.com.fr/ctnerhi/pagint/centre_doc/base_donnees/saphir.htm)

- Velche, D (2004), Emploi et/ou allocations : les tendances actuelles dans l'Union européenne, ADSP – Actualité et dossier en santé publique, n°49, pp55-57.  
<http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-49/ad495557.pdf>

## 2.2 Type and level of benefits (key points and examples)

### The pension and benefit for disabled people.

In France, there exist different pensions and benefits for disabled people depending mostly on the origin of the disability (its cause and context of apparition). Depending on the cause, the person will get either a benefit from Social Security (logic of insurance) either a benefit from national solidarity. The main difference is the following: getting a benefit from Social Security supposes that the person have worked and contributed to the social security. If the person has not worked and then has not contributed to Social Insurance, he/she will get a benefit from National Solidarity.

#### 1. Benefits from Social Insurance. Contributory scheme.

##### 1.1. Military invalidity benefit:

They are financed by the State. They are paid to people having become disabled during war or military service. The amount of the pension depends on the incapacity level and the salary grading of military and civil employees of the State.

<http://www.droit.org/code/index-CPENSIML.html>

[http://www.defense.gouv.fr/sqa/votre\\_espace/monde\\_combattant/pensions\\_et\\_retraites/pension\\_militaire\\_d\\_invalidite/pensions\\_militaires\\_d\\_invalidite](http://www.defense.gouv.fr/sqa/votre_espace/monde_combattant/pensions_et_retraites/pension_militaire_d_invalidite/pensions_militaires_d_invalidite)

##### 1.2. Employment injuries and occupational diseases benefit (rente d'accident du travail)

People disabled following an injury that occurred as a result of or in connection with work or that suffer from an occupational diseases (listed by Book IV of Social Security Code (Code de la sécurité sociale)) might get work accident pension from Social Insurance. This is a compulsory insurance scheme financed by contributions from employers with benefits in kind and earnings-related cash benefits (indemnities or pensions). (source:

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/missoc/2007/tables\\_part\\_3\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2007/tables_part_3_en.pdf), page 72)

The amount of the benefit is calculated in relation with the annual basic earnings of the person and in relation with the incapacity level. This incapacity level is defined after a medical control by the state health insurance office.





It also depends on the length of the sick leave.

In 2005, there were 950 000 persons having an employment injuries or occupational diseases benefit.

(<http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/media/chiffres-cles-2005.pdf>)

For more information:

[http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/accueil\\_home/accueil\\_accueil\\_home\\_1.php](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/accueil_home/accueil_accueil_home_1.php)

<http://vosdroits.service-public.fr/F2928.xhtml>

### 1.3. Invalidity benefit

Invalidity benefits are paid by Social Security. They are given to workers, less than 60 years old, who, as a result of sickness or infirmity, can no longer in any occupation whatsoever earn more than one third of the normal earnings of a worker in the same category with the same training and in the same region.

At the age of 60, the pension is replaced by the old-age pension.

The amount of the benefit is calculated in relation to the average annual salary during the 10 best insurance years (or, when applicable shorter period) and the incapacity level.

The contributor must be in activity at the time of the sickness. There are three categories of benefit:

- Group 1 (medically still able to work): 30% of the average annual earnings for the best 10 years of insurance prior to interruption of work (or, when applicable, a shorter period).
- Group 2 (medically unable to work): 50% of the average annual earnings for the best 10 years of insurance prior to interruption of work (or, when applicable, a shorter period).
- Group 3 (those requiring help from another person): Group 2 pension + 40% supplement.

Conditionally, the invalidity benefit might be cumulated with the "Allocation adulte handicapé" ("Allowance for handicapped adults") (non-contributory scheme)

In 2007, there were 585 000 persons being given the invalidity benefit.

([http://www.securite-sociale.fr/comprendre/dossiers/comptes/2008/ccss200806\\_fic\\_09-9.pdf](http://www.securite-sociale.fr/comprendre/dossiers/comptes/2008/ccss200806_fic_09-9.pdf))

[http://vosdroits.service-](http://vosdroits.service-public.fr/N14943.xhtml?&n=Sant%C3%A9&l=N17&n=S%C3%A9curit%C3%A9%20sociale&l=N416&n=S%C3%A9curit%C3%A9%20sociale%20:%20r%C3%A9gime%20g%C3%A9n%C3%A9ral&l=N424)

[public.fr/N14943.xhtml?&n=Sant%C3%A9&l=N17&n=S%C3%A9curit%C3%A9%20sociale&l=N416&n=S%C3%A9curit%C3%A9%20sociale%20:%20r%C3%A9gime%20g%C3%A9n%C3%A9ral&l=N424](http://vosdroits.service-public.fr/N14943.xhtml?&n=Sant%C3%A9&l=N17&n=S%C3%A9curit%C3%A9%20sociale&l=N416&n=S%C3%A9curit%C3%A9%20sociale%20:%20r%C3%A9gime%20g%C3%A9n%C3%A9ral&l=N424)

### 1.4. Supplement for assistance by a third party. (majoration pour tierce personne)

It is paid by Social Security and given to people who have worked, who been contributor to Social Security and who are affiliated to a social security scheme. It is a supplement to the employment injuries benefit, to the invalidity benefit (third group), to old- Age benefit (for medical incapacity), in order to pay for the help of a third party. Its amount is equal to 40% of the amount of the second group invalidity pension.

## 2. Benefit from the non-contributory scheme.

### 2.1. The Allowance for handicapped adults (AAH – Allocation Adulte handicapé)

It is a non-contributory minima: a subsidiary benefit, paid conditionally to resources by the national solidarity (that is the national taxes).



This allowance is given to persons aged between 20 and 60 who are permanently at least 80% disabled or acknowledged, on account of their disability, as being unable to secure employment, and whose resources do not exceed a certain ceiling.

The benefit can be completed by the complementary resources (Garantie de ressources des personnes handicapées) for the disabled persons who cannot work (those are the persons who are recognised as having a work capacity inferior to 5%), or a supplement for an autonomous life (Majoration pour vie autonome) for the disabled persons who can work, in order to guarantee some minimum resources. In both cases, the person must have an independent housing.

(Source: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/missoc/2007/tables\\_part\\_3\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2007/tables_part_3_en.pdf))

The amount of the allowance might be up to € 621.27 per month. The amount of the complementary resources (Garantie de ressources des personnes handicapées): € 179.31. The amount of the supplement for an autonomous life (Majoration pour vie autonome): € 103.63.

In 2006, there were 803 806 persons getting the AAH. In those, 124 698 were been given the MVA, and 49 527 the GRPH.

(<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er619.pdf>)

**Quote :**

« Une progression constante du nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés

La progression du nombre de bénéficiaires de l'AAH est constante et régulière, d'environ 3% par an: entre 1999 et 2006, leur nombre est passé de 693000 à 804000 sur l'ensemble du territoire. Cette évolution est peu sensible aux fluctuations conjoncturelles. Elle résulte à la fois de la croissance des entrées dans le dispositif et de la faiblesse des sorties, notamment liée aux difficultés particulières d'insertion professionnelle de ce public. Au 31 décembre 2006, sept allocataires de l'AAH sur dix avaient un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %. Six sur dix ne touchent pas d'autre revenu que les prestations sociales. Environ la moitié des nouveaux bénéficiaires de l'AAH étaient auparavant bénéficiaires

d'un autre minimum social, notamment le RMI. À titre d'exemple, sur 5% d'entrants en AAH en 2004, près de 2% bénéficiaient de l'API l'année précédente, et près de 47 % étaient allocataires du RMI<sup>68</sup>. Pour une grande partie d'entre eux, cette situation préalable correspondait à une étape transitoire, le temps que la validation de leur handicap par la Cotorep soit effective et permette le bénéfice de l'AAH. Une autre explication tient à la sensibilité accrue à certaines pathologies des allocataires de minima sociaux, du fait de leurs conditions de vie difficiles. Enfin, il faut tenir compte du basculement à l'âge de 20 ans des enfants handicapés bénéficiant de l'allocation d'éducation spéciale dans le dispositif AAH ».

(2008), Le Rapport de l'Observatoire Nationale de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale, 2007-2008, La Documentation Française, p. 70.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000261/0000.pdf>

**More detailed information to be found on / in :**

<http://www.officiel-handicap.com/index.php?sub=chapitre&lin=13> (this link is the most relevant for information on benefits)

<http://www.handicap.gouv.fr/>

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N12.xhtml>

**Statistics:**

<http://www.sante.gouv.fr/drees/tabdbord/tdb2008/tdb-pdf/tdb8.pdf>

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er619.pdf>



### 2.3 Policy and practice (summary)

As we already mention, there is now in France a lively debate around the question of the income of disabled person. Raising the level of income was one of the main claim of disabled person's associations. But the law has not tackled the problem, letting the old system of benefit allocation unchanged. Hence the actual debate. Financial income of disabled person has become an important political question. As we above said, the two main claim of disabled person's association are the homogenization of the different benefit schemes and the increase of the income level at the one of the guaranteed minimum wage (submitted to taxes). However, the government focuses on other priorities, mainly the work question of disabled person. The government wants to increase measures for encouraging disabled person to work. Possibilities for simultaneously drawing a salary and a benefit have been increased, so that people who work do get more money than when not working. The government also wants to implement a benefit scheme based on the capacity or not to work. For that it is going to review the scale actually used for determining the incapacity level. We guess that this debate will be animated.



## SECTION THREE: CARE AND SUPPORT

### 3.1 Recent research publications (key points)

Again, concerning research, there is not many scientific research concerning care and support for disabled person in France. There exists some grey literature that gives some data.

- Some of the statistics might be obtained through the enquiry made by the Drees and the Drass at the following addresses. It gives some information on the number of institutions and services that will be used in the next section:
  - <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>
  - <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/frames/fr22.htm>
  - Dossier solidarité et santé, n°2, avril et juin 2006, études diverses.  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200401.pdf>
- The CTNERHI has made in 2004 a synthesis<sup>1</sup> (that we already quoted above) giving some interesting data concerning care and support:
  - In 2001, social prestations given for the disability, incapacity and work accident were equal to 25,6 milliards of euros, that is 6,1% of the all cost for Social Security. But we could not find data about the global cost related to the care and support for disabled persons.
  - It shows that 1,1 millions of persons (of 22,5 millions saying they have at least one deficiency) living at home say having difficulties getting to their home<sup>2</sup>. And 600 000 persons (saying that they have at least one deficiency) say that they never leave their home. What is interesting is the fact that the majority of the persons saying that they have at least one deficiency attribute their difficulties to get to their home to their health state and not the lack of accessibility of their home. It also shows that the technical aids for adapting the house are insufficiently settled.<sup>3</sup>
  - Concerning human aids. In 1999, 2 millions of adults from 20 to 59 years old and living at home were getting an invalidity benefit or had an incapacity level attributed by an administrative instance. 40% of them were saying to get a regular help as a result of their health condition. The helper (average of 2 helpers for one disabled person) often belongs to the family. Household and shopping are the two activities for which disabled adults often need help.

See also :

Dutheil, N. Les aidants des adultes handicapés, Etudes et résultats, DREES, N°186, août 2002. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er186.pdf>

Selon l'enquête Handicaps-incapacités/dépendance de l'INSEE, deux millions d'adultes âgés de 20 à 59 ans et vivant à domicile ont un taux d'invalidité reconnu par une instance administrative. 40 % d'entre eux reçoivent une aide en raison de leur état de santé. 62 % de ces adultes handicapés aidés le sont par un ou plusieurs aidants non professionnels, 25 % par des professionnels et des membres de leur entourage et 13 % uniquement par des professionnels. Les aidants restent principalement des membres de la famille. Les tâches ménagères sont les premières aides fournies aux adultes handicapés (à 70 % d'entre eux), puis viennent les courses (pour 65 %).

<sup>1</sup> BROUARD Cécile, DUTHEIL Nathalie, GILBERT Pascale, MICHAUDONA Hélène, VANOVERMEIR Solveig, TISSERAND Pierrette, VASLIN Catherine, MAUDINET Marc, PIQUET Annick, SANCHEZ Jesus (2004), « Le handicap en chiffres », Mire, Dress, CTNERHI.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/handicap/handicap.pdf>

<sup>2</sup> Most of those persons are persons older than 60 years.

<sup>3</sup> See also : Razaki C., Le logement des personnes âgées et/ou handicapées à partir de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance, statistiques commentées pour l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat, CTNERHI, novembre 2001.



Les personnes handicapées déclarent, comme aidant non professionnel le plus proche, leur conjoint ou leur ascendant.

Les conjoints sont alors, dans plus de la moitié des cas, des femmes âgées en moyenne de 47 ans. Quant aux ascendants, ce sont presque toujours des femmes de 63 ans d'âge moyen. Les ascendants déclarent plus souvent que les conjoints que leur rôle d'aidant entrave leur liberté de sortir, et qu'il a des conséquences négatives sur leur bien-être. La fatigue morale et l'anxiété sont les principales conséquences associées au rôle d'aidant.

- Concerning technical aids, almost 5,7 millions of persons (all ages) living at home use at least one technical aid (adapted furniture included). Needs for technical aid are less satisfied at home than in institutions. See pages 54 of the "Handicap en chiffres" for more details.
- The new CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie – National Non-Contributive Scheme for Autonomy) has opened some call for research on the question of care and support for disabled person.

One research from 2007 (see [http://www.cnsa.fr/IMG/doc/APR\\_07\\_conjoint\\_HAS-CNSA.doc](http://www.cnsa.fr/IMG/doc/APR_07_conjoint_HAS-CNSA.doc)) is called: « Evaluation et amélioration de la prise en charge globale des personnes en perte d'autonomie », « Evaluation and improvement of global support for persons losing autonomy ». This call for research is interesting because it raises questions about the access to care of disabled persons. It seems that disabled persons have lots of difficulties getting some of the basic care as dental care, or gynaecological care (only 20% of disabled women seem to get gynaecological care instead of 80 to 90 % in general population) (due to inaccessibility, to a lack of appropriate devices...)⁴.

A public audition will take place in October 2008, organized by the HAS (Health Authority) and the CNSA for making an overview on this question.

In 2000, M. Fardeau has made a synthesis and analysis of the French care and support system. And he has compared it to the ones of other countries. His report might be interesting for understanding the system as it was organised before the vote of the new law in 2005, and for understanding some of the difficulties in the implementing of the new policy. But it is prior to 2005. Fardeau M; Avril S; Bon C; Kerroumi B; Lang G, (2000), « Comme vous, comme nous tout simplement. Sur une analyse comparative et prospective du système français de prise en charge des personnes handicapées », Rapport au Ministre de l'emploi et de la solidarité et au secrétaire d'Etat à la, 2000, 126 p.

<http://www.myobase.org/Record.htm?idlist=19&record=19122339124919405119>

Concerning the question of care and support to disabled children, we would like to indicate the synthetic work done by a group of scholars from the ENA in 2006.

It describes the different services and institutions that bring support and care to children : specialist institutions or help services providing care and support at home or in the ordinary school.

It points out the important place of associations in creating and managing services and institutions, p. 11.

« De plus, le rôle pionnier qu'ont joué les associations les conduit à gérer aujourd'hui près de 90% des établissements médico-éducatifs. Elles emploient 78 000 salariés.

⁴ Chauvin, Pierre et Parizot, Isabelle (eds) (2005) « Santé et expériences des soins ; de l'individu à l'environnement social » coédité par l'Inserm et Vuibert, collection Questions en santé publique. Et Chauvin, Pierre et Parizot, Isabelle (eds) (2005) « Santé et recours aux soins des populations vulnérables », Editions Inserm, 325 pages.



Dans chaque département, une à trois associations (ADAPEI, APAJH, PEP...) gèrent entre un et vingt établissements médico-sociaux (EMS) du secteur handicap et emploient en moyenne 300 salariés. Une centaine de « grosses » associations de dimension régionale voire inter-régionale gèrent chacune plus d'une centaine d'EMS et emploient entre 1500 et 3000 salariés. Leur budget est substantiel, qu'elles aient un ressort exclusivement local (à La Réunion, l'association la plus importante gère une enveloppe annuelle de plus de 100 millions d'euros) ou national (le budget consolidé de l'APAJH atteint près d'un demi-milliard d'euros). »

It points out that lots of disabled children do not find any solution (no place in institution or in an institution close to their family, or are not accepted into school). It points out inequalities between children depending on the department where they live and their social origin. Finally, it made the synthesis of the change brought by the new law.

ENA, « Groupe n° 5 :LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS HANDICAPES EN France », 2006 at : <http://www.ena.fr/index.php?page=ressources/rapports/enfance/handicapes>

#### Résumé.

Conformément à sa lettre de mission, le groupe de travail a analysé les modalités de prise en charge des enfants handicapés en France à partir de ses insuffisances et des perspectives de réforme ouvertes par la loi du 11 février 2005. La mise en oeuvre de cette loi ambitieuse nécessite de relever de nombreux défis afin que les principes qu'elle énonce trouvent une traduction concrète.

- Etat des lieux

- Malgré des financements importants, la politique de prise en charge de l'enfant handicapé souffre de nombreuses carences

L'effort social de la nation en faveur d'environ 270 000 enfants handicapés est très important (6,6 milliards d'euros en 2006). La sécurité sociale est le principal financeur (79%), suivie par l'Etat (12%) puis par les départements (9%).

Pourtant le système actuel de prise en charge souffre de plusieurs insuffisances.

De nombreux enfants handicapés ne bénéficient pas d'une éducation adaptée à leurs besoins, en raison de capacités d'accueil insuffisantes et mal réparties (13 000 enfants dits « sans solution » ne bénéficient ainsi d'aucune prise en charge) et de pratiques d'orientation qui prennent peu en compte les spécificités de chaque enfant. Cette situation contribue à expliquer le placement de près de 3 000 enfants handicapés en Belgique.

Les dispositifs d'accueil (établissements scolaires et structures spécialisées dites médicoéducatives) restent largement cloisonnés, ce qui est contraire au principe d'intégration des enfants handicapés en milieu ordinaire promu par la loi fondatrice de 1975.

La prise en charge sanitaire est encore peu adaptée aux enfants handicapés : le dépistage est souvent trop tardif, l'accès aux soins très inférieur à ceux des autres enfants.

Ces défaillances sont en partie liées au dispositif de pilotage public : les compétences sont enchevêtrées, la coordination des acteurs est encore trop faible. En outre, faute de connaissance fiable des besoins et des capacités, l'allocation des ressources existantes est sous-optimale.

- La loi du 11 février 2005 propose une ambitieuse réforme. La loi réaffirme le principe d'intégration et commence à le mettre en oeuvre en rendant systématique l'inscription (distincte de la scolarisation) de chaque enfant ou adolescent handicapé dans un établissement scolaire. Elle simplifie l'accès aux droits en mettant en place un guichet unique, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), dès 2006, et améliore la compensation du handicap, qui sera personnalisée à partir de 2008.





Pour renforcer le pilotage du secteur, elle s'appuie sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) nouvellement créée et de nouveaux outils de programmation de l'offre de places en établissements : les PRIAC (Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie).

- Défis et solutions

Si la loi assortit ses objectifs de garanties juridiques et institutionnelles, elle prend moins bien en compte les pré-requis en termes d'évolution des pratiques ainsi que les implications financières. De nombreux obstacles doivent donc être surmontés pour ne pas retarder durablement l'amélioration de la prise en charge.

- Améliorer la prise en charge sanitaire

Dans ce domaine, que la loi n'aborde que marginalement, il apparaît essentiel d'améliorer l'accès aux soins, grâce à des contrats pluriannuels liant le ministère de la santé et les ARH, la prévention avec la définition de protocoles et la certification des établissements par la Haute autorité de santé. Des dispositifs de coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social doivent être mis en oeuvre pour éviter les ruptures dans les parcours des enfants. Enfin, le développement de la recherche et de la formation doit permettre d'améliorer et de mieux diffuser la connaissance du handicap de l'enfant.

- Mieux compenser le handicap de l'enfant

La mise en place des MDPH représente un risque de fragilisation du dispositif d'orientation et de compensation, en raison de la formule retenue pour la mise à disposition des personnels de l'Etat. Les MDPH doivent être rapidement dotées des moyens humains nécessaires à l'exercice de leurs missions. Pendant la phase de transition avant l'entrée en vigueur du dispositif de compensation personnalisée (qui doit être préparée par une évaluation précise des besoins), les prestations doivent garantir, a minima, le maintien du niveau de compensation qu'assuraient les sites de la vie autonome (SVA).

- Réussir l'intégration de tous les enfants

Le mouvement d'ouverture du milieu ordinaire aux enfants handicapés implique des évolutions structurelles, nécessairement progressives. Les enfants les moins handicapés devraient rejoindre l'éducation nationale, ce qui implique des transferts massifs. L'intégration suppose également une généralisation des partenariats et des échanges entre établissements scolaires et médico-éducatifs. La logique de complémentarité des secteurs doit se substituer à la logique de filières, pour permettre des parcours flexibles et intégratifs.

Nous avons estimé les principales implications de ces évolutions sur les places à l'école et en établissement, qui devraient avoir lieu à un horizon de 5 à 10 ans (plus de 35 000 enfants handicapés sensoriels ou moteurs et près de 25 000 enfants déficients mentaux légers aujourd'hui accueillis dans le secteur médico-éducatif seraient susceptibles de rejoindre l'école ordinaire).

Les redéploiements des crédits liés aux suppressions de places en établissement devraient permettre de financer les besoins qui sont encore mal couverts (handicap psychique, polyhandicap : plus de 10 000 places à créer), mais aussi le renforcement de l'accompagnement des enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire – en termes quantitatifs (recrutement de 6 000 AVS, création de 30 000 places de services ambulatoires d'éducation spéciale) et qualitatifs (professionnalisation des AVS, formation de l'ensemble de la communauté éducative).

- Mobiliser l'ensemble des acteurs et modifier le regard sur le handicap

La programmation doit être rénovée. Une meilleure connaissance des besoins passe par la réalisation d'études détaillées dans chaque département. La coordination des secteurs médicosocial, sanitaire et scolaire doit par ailleurs être intensifiée.

L'amélioration de la régulation du système suppose, en termes de qualité, le renforcement des contrôles (externe par les DDASS, interne par les fédérations d'associations) et, en termes budgétaires, la convergence vers des standards de performance pour réduire les écarts de coût aujourd'hui observés.





Trois pistes sont suggérées pour rendre la gestion des crédits de l'ONDAM MS (Objectif national de dépenses de l'assurance maladie pour les établissements médico-sociaux) plus transparente et plus efficiente : étendre le champ de compétences des juridictions financières au contrôle des gestionnaires privés ; mieux suivre les crédits de la LFSS ; expérimenter avec les départements volontaires une gestion décentralisée de l'ONDAM MS.

### 3.2 Types of care and support (key points and examples)

Concerning care and support, the new law (voted in 2005) has brought some important changes. The main one is the creation of the right to compensation for the consequences of the disability (droit à compensation des conséquences du handicap) made effective through the compensation benefit (prestation de compensation).

See [http://www.handicap.gouv.fr/article.php3?id\\_article=49](http://www.handicap.gouv.fr/article.php3?id_article=49).

Each disabled person might get compensation for his/her needs as defined by the law<sup>5</sup>. The compensation benefit might be paid as a sum of money or in kind. It might cover cost related to the need of technical aid, of human aid, of animal aid, cost related to the housing fitting up or car fitting up, or to specific or special need. Criteria for eligibility are defined as follow: the person who has an absolute difficulty for doing one defined activity<sup>6</sup> or a serious difficulty for doing two of those defined activities, and whose difficulties are permanent or been supposed to last more than 1 year, can get the compensation benefit. This compensation right induces the elaboration of a plan: the personalised plan for compensation. This plan defines the compensation needs in relation to the needs and the wishes of the disabled person as described into his/her life project. In the law, the compensation right depends on the formulation of a life project. This plan is built by a multidisciplinary teams in collaboration with the disabled person (and his/her family) and in evaluating the different dimensions of his/her situation. This new disposition leads to an individualization (personalization) of the policy. First it is based, as said, on the life project written by the person, and second, it is supposed to take into account the specificity of the situation of each disabled person. This new right and benefit is managed by the new "Maison Départementale des Personnes handicapées". At this time, as the system is quite new, it is difficult to evaluate if and how it has changed the life condition of disabled persons in France. In June 2007, 19 200 persons had received the new compensation benefit. They were with 12 200 in march 2007 and with 6 900 in December 2006. Cost for the winter term 2007 were equal to 71,3 millions of euros (41,8 euros for the autumn term and 43,8 millions of euros for the all year 2006). (ESPAGNOL Philippe (2007), « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2007 », Etudes et résultats, n° 615, DRESS, <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/>).

<sup>5</sup> Art. L. 114-1-1 du code des familles et de l'action sociale. « - La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie.

« Cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté, ou encore en matière d'accès aux procédures et aux institutions spécifiques au handicap ou aux moyens et prestations accompagnant la mise en oeuvre de la protection juridique régie par le titre XI du livre 1er du code civil. Ces réponses adaptées prennent en compte l'accueil et l'accompagnement nécessaires aux personnes handicapées qui ne peuvent exprimer seules leurs besoins.

« Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis. »

<sup>6</sup> The defined activities are : mobility (to stand, to transfert oneself, to walk, to move, to hand), personal care (to wash oneself, to go to toilet, to dress oneself, to eat), communication (to talk, to hear, to see, to use communication devices), general task, relations to others (orientation in time and in space, to assume its own security, to control his/her behaviour when relating to others).



At the recent National Disability Conference (June 2008), some problems were raised: the needed help for household is not yet taken into account, the needed help for parentality is not either taken into account, financial cost related to juridical protection are not covered by the compensation benefit. See the recommendations of the technical group on the compensation right.

Concerning the providing of care and support, there exists in France a great diversity of services. It is impossible to describe them. What we can say is that there is no independent living centres as they can exist in UK or US. The French system is strongly structured around the distinction between care provided in institution and care provided at home. Services are different for adults and for children. It is important to notice that the French system presents the following specificity: disabled persons' associations are managing most of the services and institutions for the disabled persons. This results from the French history<sup>7</sup> and the arrangement with the Social Security Scheme.

Concerning institutions (see [http://www.cnsa.fr/article.php3?id\\_article=201](http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=201), for more information), there are institutions for children (until 20 years old) and institutions for adults (above 20 years old until 60 years old at the admission). For children, institutions are specialised educational institutions (there are three statuses). For adults, there exist 5 different statuses depending on the level of medicalisation and of their link with sheltered workshop.

However, at this moment, the question has been raised of the insufficiency in number of places for disabled person in institution<sup>8</sup>. Mainguené (2008) gives the following statistic: 200 000 disabled person were living in institution on the 31<sup>st</sup> of December 2006. However, much disabled people have to go in Belgium for finding a place. This problem had already been raised in 2005 by the IGAS report (Salzberg, Bastianelli, Saintignon, 2005) and has recently been talked by the CNCPH (National Advisory Committee of the disabled persons). The president has announced at the recent National Conference on Disability the creation of 50 000 places in 5 years.

Concerning service providing care and support at home, it is much more difficult to give an overview. There exist many services. They are different for adults and for children. For children, special educational services have been created and are specialised in relation with the disability. And their number has considerably increased in the last few years: in 1985, there were 5000 SESSAD, in 2005, 26300. See (LE DUFF Rachele et RAYNAUD Philippe (2007), Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD): publics et modalités d'intervention, Etudes et résultat, n°574, DRESS. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/>) and (the ENA report, 2006).

“Les services d'éducation spéciale : Ces structures ambulatoires, instituées par un décret du 10 décembre 1970, sont autonomes ou rattachées à un établissement médico-éducatif. Elles interviennent sur les lieux de vie des enfants ou adolescents, notamment à domicile et à l'école. Elles contribuent à créer les conditions de possibilité d'une scolarisation en milieu ordinaire, permettant d'éviter que des raisons thérapeutiques (voire pédagogiques) n'imposent le placement en institution médico-éducative. Ces établissements, qui suivent près de 30 000 enfants, sont spécialisés par handicap. Les plus nombreux sont les SESSAD (Services d'Éducation Spéciale et de Soins A Domicile), compétents pour les déficiences intellectuelles et motrices ainsi que pour les troubles du caractère et du comportement.

Les SSAD (Service de soins et d'aide à domicile) prennent en charge le polyhandicap, les SSEFIS (Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire) suivent les déficients auditifs graves de plus de 3 ans et les SAAIS (Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire) les déficients visuels. (p. 8, ENA, « Groupe n° 5 : LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS HANDICAPES EN France », 2006 at :

<sup>7</sup> WINANCE M., VILLE I., RAVAUD JF. (2007), “Disability Policies in France: Changes and Tensions between the Category-based, Universalist and Personalized Approaches”. *Scandinavian Journal of Disability Research*, vol.9, n°3-4, pp 160-181.

Barral, C. (2007), “Disabled Person's Association in France”. *Scandinavian Journal of Disability Research*, vol.9, n°3-4, pp 160-181.

<sup>8</sup> For details, see : [http://www.cnsa.fr/IMG/xls/Panoram\\_ESMS\\_annexe\\_donnees\\_cles\\_offre\\_de\\_services\\_adultes.xls](http://www.cnsa.fr/IMG/xls/Panoram_ESMS_annexe_donnees_cles_offre_de_services_adultes.xls) and [http://www.cnsa.fr/IMG/xls/Panoram\\_ESMS\\_annexe\\_donnees\\_cles\\_offre\\_de\\_services\\_enfants.xls](http://www.cnsa.fr/IMG/xls/Panoram_ESMS_annexe_donnees_cles_offre_de_services_enfants.xls)



<http://www.ena.fr/index.php?page=ressources/rapports/enfance/handicapes> »

A recent enquiry has analysed the question of the satisfaction of parents about the support and care given to their children. (Lo Seak-Hy (2007), L'appréciation des parents sur la prise en charge de leur enfant handicapé, Etudes et résultats, n°565, Dress. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/>). The enquiry shows that the satisfaction depends on individual and familial characteristics of the children, and on the kind of support (support at home, at school or special institution).

The CNSA has taken a service census (see references given in note 4). Furthermore, disabled person might use the service of liberal professional. In the last few years (in the context of the new policy), a specific concern has been raised around severely disabled people living at home. They had great difficulties financing and finding the human help they needed for living at home. For them, the new law brought substantial change as it gave them the possibility to finance human help that they need through the new compensation right (before, the amount of hours that could be paid was limited). However, it is now difficult to evaluate the practical consequences. Severely disabled persons seem still having difficulties for getting financing and for finding services that might help them.



## PART FOUR: SUMMARY INFORMATION

### 4.1 Conclusions and recommendations (summary)

Voir conclusions des groupes d'appui de la conférence nationale du handicap.

### 4.2 One example of best practice (brief details)

### 4.3 References

MAINGUENÉ Alice (2008), « Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse Résultats provisoires de l'enquête ES 2006 », Etudes et Résultats, n°641, DREES.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/>

Selon l'enquête « Établissements sociaux et médico-sociaux » (ES) de 2006, le nombre de structures pour adultes handicapés a augmenté de 20 % entre 2001 et 2006. Les capacités d'accueil ont également progressé sur la période, de 13 % dans les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et de 19 % dans les établissements où l'hébergement prédomine. L'augmentation atteint 35 % en maison d'accueil spécialisé (MAS) et 45 % en foyer d'accueil médicalisé (FAM). Au total, plus de 200 000 adultes handicapés étaient accueillis par les établissements médico-sociaux au 31 décembre 2006. Environ 30 000 d'entre eux exerçaient en journée une activité professionnelle dans un ESAT et fréquentaient le reste du temps une structure d'hébergement. Les hommes sont toujours plus nombreux dans toutes les catégories d'établissements (60 % en ESAT et 56 % dans les autres établissements). L'âge moyen continue à augmenter, ainsi que la durée de présence dans un même établissement (plus de 10 ans en moyenne). Au cours de l'année 2006, les sorties ont représenté 6 % des effectifs. La moitié des personnes ayant ainsi quitté un établissement a été orientée vers un autre établissement médico-social.

SALZBERG Liliane, BASTIANELLI Jean-Paul, SAINTIGNON Pierre de, (2005), « Les placements à l'étranger des personnes handicapées françaises », Inspection générale des affaires sociales, Paris; Inspection générale des affaires sociales; 158 pages.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000542/0000.pdf>

Par lettre en date du 8 mars 2005, la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées a demandé à l'IGAS, dans le prolongement du rapport de 1995 sur le placement d'enfants handicapés français dans des établissements belges, de diligenter une nouvelle mission pour comprendre et apprécier les problèmes posés par ce type de placement en Belgique et également en Suisse et établir un état des lieux précis (contexte, aspects administratifs et juridiques, caractéristiques des populations accueillies, aspects financiers). Les propositions présentées par la mission pour améliorer la situation des personnes handicapées placées en Belgique sont de deux sortes : les unes, à caractère général, qui concernent la majeure partie des placements en Belgique, les autres qui concernent plus particulièrement, en raison de son importance, la prise en charge des personnes autistes.

