L’habitat inclusif peut être entendu comme un logement ordinaire mais adapté au handicap, que des personnes partagent tout en mettant en commun une partie des prestations d’accompagnement individuel dont elles disposent au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Les récentes mesures proposées par le comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016 insistent particulièrement sur la nécessité de développer ce type de solutions. Il est notamment proposé par le CIH de mettre en commun les heures accordées individuellement aux personnes vivant dans un habitat inclusif, permettant ainsi d’optimiser le temps de présence de professionnels dans ces logements, pour assurer des temps de surveillance ou veille, ou simplement une présence en continu.

Bonnes pratiques

Si de nombreuses initiatives d’habitat inclusif sont déjà portées localement, un des principaux freins résidait en effet jusqu’ici dans l’absence de mention par les textes réglementaires de la possibilité de mutualiser des aides individuelles.

De nombreux départements qui ont pu manifester leur intérêt affirmaient craindre de les encourager au regard de l’absence de textes encadrant cette mise en commun. Certains ont pu ponctuellement soutenir des projets soumis par les acteurs de terrain ou des familles, mais rares sont ceux qui jusqu’ici en ont fait un objectif politique affiché.

Les mesures du CIH vont vraisemblablement permettre de franchir une étape pour le déploiement de l’habitat inclusif, notamment la mesure 6 qui prévoit de permettre une application harmonisée de la mise en commun de la PCH par l’élaboration d’un vademecum et d’une note explicative à l’attention des départements.

Étienne Petitmengin, secrétaire général du CIH, estime qu’une des principales conditions de réussite de la généralisation de l’habitat inclusif sur le territoire réside dans la capacité à valoriser les expérimentations en cours localement et à repérer puis diffuser les bonnes pratiques en matière d’articulation avec les bailleurs, en termes d’organisation de l’accompagnement ou encore des pratiques de coordination.

« Il s’agit de rassurer l’ensemble des acteurs en leur prouvant la plus-value des habitats inclusifs à travers des expériences vécues. L’enjeu est de permettre la rencontre entre, d’une part, les initiatives privées (personnes ou associations) qui font remonter le besoin de sécuriser des solutions à domicile afin de pouvoir imaginer une sortie d’établissement quand c’est souhaité et, d’autre part, les départements et les agences régionales de santé (ARS) qui sont en charge de piloter l’évolution de l’offre médicosociale ».

C’est pourquoi il est prévu d’encourager les expérimentations en 2017 (avec la mobilisation d’une enveloppe dédiée déléguée à chaque ARS de 60 000 euros).

Ségolène Neuville, secrétaire d’État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l’exclusion

**« Les solutions ne doivent plus se limiter au choix binaire entre les établissements et la vie au domicile »**

« La loi du 11 février 2005 nous invite à agir pour que la société s’ouvre à la différence en étant plus accueillante des différences et plus respectueuse de la liberté de choix des personnes. Les solutions ne doivent plus se limiter exclusivement au choix binaire entre, d’un côté, les établissements médicosociaux et, de l’autre, la vie au domicile des parents. Nous voulons aujourd’hui soutenir un mode d’habitat plus inclusif en expérimentant une aide financière spécifique, mais aussi en clarifiant les règles d’utilisation de la prestation de compensation du handicap dans ce cadre, et en mobilisant les bailleurs sociaux à travers la convention avec l’Union sociale pour l’habitat que l’on vient de signer. La réponse à l’émancipation des personnes en situation de handicap ne peut plus être l’affaire uniquement de structures sanitaires et médicosociales. C’est collectivement que nous pouvons transformer les modes d’accompagnement de demain. »

Fluidification des parcours

Au-delà, il s’agira pour les départements de prendre conscience de la plus-value de ces projets innovants notamment au regard de la fluidification des parcours qu’ils permettent, en rendant possible une sortie d’établissement pour des personnes qui ont les capacités et le souhait de vivre à domicile, libérant ainsi des places pour des personnes en attente de solution d’hébergement.

Dans un contexte où un nouveau regard sur l’offre à destination des personnes en situation de handicap émerge, notamment du fait du déploiement de la réponse accompagnée pour tous ([loi de modernisation de notre système de santé, art. 89](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913410&cidTexte=LEGITEXT000031916187&categorieLien=id" \t "_blank)), l’habitat inclusif pourra donc être pensé comme un moyen d’apporter une nouvelle offre.

Ces projets visent également à apporter des réponses qualitatives et personnalisées au domicile. Si le fractionnement des interventions constitue une des principales sources d’insatisfaction pour les personnes en situation de handicap vivant à domicile de manière isolée, la mise en commun des plans d’aide individuels a pour effet de favoriser une présence continue qui permet plus de flexibilité dans l’organisation des actes de la vie quotidienne. Les horaires des levers et des couchers ne sont par exemple plus déterminés par l’heure de passage du professionnel au domicile puisqu’il est présent toute la journée.

Impact budgétaire

L’habitat inclusif relevant du droit commun (les logements sont « ordinaires » bien qu’aménagés, adaptés et accessibles) et non pas du champ médicosocial, l’effort financier nécessaire à son investissement et à son fonctionnement repose sur plusieurs acteurs : la création ou l’adaptation de logements existants relèvent des bailleurs ; les dépenses courantes et les charges liées à une vie autonome sont assurées soit par la personne elle-même si elle travaille et dispose de revenus, soit par la caisse des allocations familiales à travers l’allocation adulte handicapé ; enfin les aides humaines et techniques sont financées par le département à travers la prestation de compensation du handicap.

L’impact budgétaire du déploiement des habitats inclusifs peut être considéré comme relativement faible comparativement au coût de l’offre d’accueil en établissement. Bien sûr, augmenter les capacités de l’offre à destination des personnes en situation de handicap ne peut être pensé sans effet budgétaire, mais il est essentiellement lié à une augmentation des dépenses de PCH.

En effet, les logements inclusifs s’adressant plutôt à des personnes sortant d’établissement, les dépenses de PCH augmentent sans que le niveau de dépenses en établissement diminue (la place libérée par la personne sortante sera en effet occupée par une autre).

Un transfert ponctuel entre des dépenses de l’assurance maladie et des dépenses à la charge des départements peut également être constaté dès lors que les personnes sortent d’établissements cofinancés ou financés exclusivement par les ARS, comme les maisons d’accueil spécialisé (MAS) ou les foyers d’accompagnement médicalisés (FAM). Toutefois, ces cas ne représentent pas les profils les plus fréquemment concernés par un projet d’habitat inclusif.

Laura Bonnefoy, vice-présidente en charge de l’autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, conseil départemental de l’Isère

**« Nous allons travailler à l’élaboration d’un cahier des charges qui fixera les conditions du soutien du département »**

« Le département de l’Isère a récemment voté, dans son schéma en faveur de l’autonomie, l’expérimentation de solutions d’habitats inclusifs, tant pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap. Nous entendons promouvoir et accompagner les porteurs de projet qui souhaiteraient développer ce type d’offre en encadrant les attendus du département. Il s’agira dans un premier temps de travailler à l’élaboration d’un cahier des charges qui fixera les conditions du soutien du département, notamment les garanties en termes de qualité de service qui seront proposées. En parallèle, devront être définies les modalités de mise en commun des aides individuelles (APA ou PCH) afin de ne pas dégrader les droits individuels des personnes concernées tout en permettant une soutenabilité financière pour le département. Je suis convaincue que ces solutions qui existent déjà ponctuellement en Isère compléteraient efficacement la palette d’offres disponibles sur le territoire. »

Optimisation naturelle

Les départements ayant expérimenté des solutions d’habitat inclusif constatent une externalité positive supplémentaire : la mise en commun des plans de compensation induit une optimisation de l’enveloppe globale d’heures disponibles. En effet, il est fréquemment constaté que les heures d’aides humaines consommées lorsqu’elles sont mutualisées sont inférieures à la somme de tous les plans de compensation accordés individuellement.

Ce constat apparaît alors même que les heures d’accompagnement sont en partie mises « bout à bout » pour couvrir de plus longues plages horaires (jusqu’à 24 heures/24 pour certains cas). Sans être posée comme une condition induisant une restriction des droits individuels, une optimisation « naturelle » est constatée, ce qui tend à conforter le caractère maîtrisé du coût de ces solutions pour les départements.

Un coût connexe lié au besoin de coordination des interventions au domicile peut être anticipé. Il s’agit en effet de s’assurer de la continuité de service, de l’organisation pratique des interventions (adapter les temps de présence aux rythmes des besoins des personnes), de l’articulation avec les intervenants extérieurs (comme les services d’accompagnement à la vie sociale (SAVS), les services d’accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH), ou les professionnels libéraux, médicaux ou paramédicaux), voire du soutien aux auxiliaires de vie dans leurs pratiques professionnelles.

Des départements expérimentant des habitats partagés ou regroupés laissent les services d’aide et d’accompagnement à domicile intervenant dans ces logements, assurer cette coordination. Le gain financier lié à un moindre fractionnement des interventions au domicile et la sécurisation d’un volume d’activité leur permettent de fait de dégager le temps nécessaire à la coordination sans mettre à mal leur modèle économique. S’il pouvait être envisagé que cette coordination soit assurée par un autre acteur (par les bailleurs eux-mêmes par exemple ?), il semble important de préserver une place centrale aux services d’aide à domicile dans le projet dans la mesure où leur prestation (qualité, continuité, flexibilité…) conditionne la réussite du projet.

Distanciation professionnelle

Alors que, classiquement, les intervenants assurent une tournée entre plusieurs domiciles, les professionnels restent sur des plages horaires longues dans un même logement ou sur un même site. Cela nécessite, au-delà de la formation, de travailler sur la supervision des pratiques et notamment sur la distanciation professionnelle.

« Si l’on n’y prend pas garde, il est très facile de dériver et d’interférer avec les choix des personnes : à quelle heure elles souhaitent manger, comment ranger les fauteuils du salon… Il faut veiller en permanence à ne pas s’immiscer dans leur mode de vie sous prétexte qu’on est présent dans le domicile 12 heures par jour ! », indique par exemple Marie, auxiliaire de vie dans une colocation de trois jeunes de 20 à 26 ans qui présentent une infirmité moteur cérébrale.

L’avancée que représente ce type de projets et l’impact positif sur l’ensemble des acteurs concernés invite d’ores et déjà à imaginer son extension dans le domaine des personnes âgées.

La transposition de l’habitat inclusif dans le secteur de la gérontologie, avec une mise en commun des plans d’aide accordés au titre de l’allocation personnalisée d’autonomie, pourrait répondre aux mêmes enjeux d’embolisation des établissements et de souhait des personnes de vivre à domicile tout en luttant contre l’isolement.

**« Un partenariat avec le bailleur doit être formalisé en amont de tout projet »**

L’habitat inclusif ne relevant pas du secteur médicosocial, son déploiement ne nécessite pas d’autorisation ou de procédure de validation par les autorités régulatrices (département ou agences régionales de santé). En revanche, une entente est nécessaire entre le porteur de projet et le département en matière de mise en commun de la PCH en l’absence de référence partagée à ce jour. De la même manière, un partenariat avec le bailleur doit être formalisé en amont de tout projet afin de sécuriser le processus d’adaptation de logements existants aux handicaps des personnes concernées, ainsi que des modalités de sécurisation des deux parties en cas de turn-over des locataires.