

# Synthèse

## La prise en charge du handicap en Norvège



## Définition du handicap

La Norvège n'a pas une définition officielle unique du handicap. La définition encadrant les politiques publiques est similaire à celle de la Convention des Nations-Unies pour les droits des personnes handicapées, et met l'accent sur les interactions entre les personnes et leur environnement. Pour les allocations et les services, des réglementations spécifiques s'appliquent, qui combinent généralement une évaluation des besoins et des diagnostics médicaux.

La Norvège a signé la Convention des Nations-Unies pour les droits des personnes handicapées le 30 mars 2007 et l'a ratifiée le 3 juin 2013 (ANED, 2016).

## Politique générale

La Norvège a connu une désinstitutionnalisation totale décidée en 1988 (Proposition bill, 1987-1988, n°49) et réalisée très rapidement avec la fermeture de toutes les institutions pour déficients intellectuels (1991-1995), la réduction des longs séjours dans les établissements psychiatriques (1996-1997) et la fermeture des institutions de soins pour les personnes souffrant de pathologies psychiatriques ou de handicaps physiques (1995) (ANED, 2016). Cette désinstitutionnalisation a été motivée par une série de scandales et par l'insatisfaction globale des usagers. Elle a entraîné une amélioration sensible de la qualité de vie qui a convaincu les familles de la pertinence de la réforme. Après 2000, les plans d'action nationaux pour le handicap se sont détachés de la question de la protection sociale pour se concentrer sur la prise en compte du handicap dans d'autres secteurs politiques. Cette stratégie se fonde sur la conception environnementale du handicap qui met l'accent sur les barrières à l'exercice de la citoyenneté générant la situation de handicap, d'où l'importance des lois anti-discrimination et de la réglementation sur l'accessibilité (fortement développées depuis 2004 en Norvège). Certains articles des lois anti-discrimination déclarent explicitement les situations dans lesquelles l'inaccessibilité peut être perçue comme de la discrimination (Tøssebro, 2015).

## Adultes

### ÉVALUATION

Aucune évaluation générale n'est faite pour la reconnaissance d'un handicap. Des évaluations sont réalisées pour des services ou des allocations spécifiques, parfois fondées sur une évaluation des besoins, parfois sur une combinaison d'évaluation des besoins et de diagnostics médicaux.

### PRESTATION ET FINANCEMENT

La principale prestation pour les adultes (18-67 ans) est la pension d'incapacité de travail. Elle n'est pas destinée exclusivement aux personnes en situation de handicap et concerne toutes les personnes avec une incapacité supérieure à 50 %. Elle est calculée sur la base des revenus précédents, réduite si les revenus actuels dépassent un certain plafond. Pour les personnes devenues handicapées avant 26 ans (avec peu ou pas d'années de travail), l'allocation d'incapacité est fixée à 260 000 couronnes (environ 27 000 €) en 2015.

Des prestations couvrent les coûts additionnels :

- l'allocation de base (Grunnstønad) supposée couvrir les coûts supplémentaires (jusqu'aux frais de fonctionnement d'un véhicule adapté) pour les maladies de longue durée ou les handicaps ;
- l'allocation supplémentaire (Hjelpestønad) prévue pour couvrir les coûts d'une aide privée, qu'elle soit familiale ou non.

Après 67 ans (ou plus tard en cas d'activités professionnelles), les personnes en situation de handicap perçoivent la pension de retraite (ANED, 2016).

Le financement des services d'assistance à domicile des personnes en situation de handicap est assuré par les communes, mais il existe un système de transfert depuis l'État en fonction du nombre de personnes recevant certains types de services. Les services sont, après la désinstitutionnalisation des années 1990 (voir ci-dessous), principalement à domicile.

Le principal fournisseur de services est le gouvernement local lui-même. Les personnes avec un handicap lourd (principalement les déficiences intellectuelles, les maladies psychiques sévères, les handicaps physiques lourds) louent généralement leur appartement aux

autorités locales, principalement dans des résidents réunissant des appartements individuels. Le personnel d'accompagnement est principalement employé par le gouvernement local. Le nombre d'heures de services varie en fonction des besoins évalués. Certaines personnes n'ont que quelques heures d'aide, d'autres sont aidées 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Dans quelques cas, le gouvernement local paie des services d'aide privés. Mais ces cas sont bien plus courants en Suède et en Finlande qu'en Norvège et au Danemark. Les services peuvent aussi être organisés dans des plans de vie indépendante (« independent living schemes »). Ces plans ont été intégrés dans la législation sociale en 2000 et étendus en 2004. L'accès à ces plans dépend d'une évaluation faite par les services sociaux locaux qui financent également le service (ANED, 2016). Depuis 2015, les plans de vie indépendante ne sont plus seulement une possibilité offerte par les gouvernements locaux, mais un droit pour toute personne de moins de 67 ans ayant des besoins de services à long terme supérieurs à 25 heures par semaine. Ils font maintenant partie de la loi de 1999 sur les droits des patients.

Les plans de vie indépendante peuvent être organisés par les autorités locales, par des groupes d'usagers comme Uloba, ou par la personne elle-même (Jacob, 2016).

#### OFFRE D'ÉTABLISSEMENTS ET DE SERVICES

L'offre d'hébergements individuels groupés consiste en des petits ensembles d'appartements individuels (typiquement de 45 à 50 m<sup>2</sup>), souvent loués aux bénéficiaires par les gouvernements locaux. Ces hébergements sont destinés aux personnes avec des besoins de service, et certains sont destinés à un type spécifique d'usagers, comme les déficients intellectuels ou les malades psychiques. Mais la tendance est de regrouper des personnes avec des différents types de problèmes sociaux. Le nombre moyen d'appartements par ensemble s'est accru de 3,8 en 1994 à 8,1 en 2010 (Tøssebro, 2015). Les services d'assistance sont en principe liés à l'usager et non au logement, mais le personnel est parfois alloué à un regroupement d'hébergements (en particulier pour les personnes avec les besoins de services les plus importants).

Il n'existe pas (ou peu) d'établissements pour l'accueil complet de personnes souffrant d'un handicap lourd, mais certains regroupements d'hébergements disposent d'un personnel disponible en permanence, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Un nombre limité de personnes avec

des handicaps neurologiques sévères est accueilli dans des institutions de soins pour personnes âgées (les dernières données font état de 137 personnes de moins de 50 ans en 2009), mais contre les directives nationales. Les institutions psychiatriques se concentrent sur les traitements et les séjours courts (ANED, 2016).

## Enfants

#### ÉVALUATION

L'évaluation ne se fait pas en termes de handicap en tant que tel, mais en termes de besoins, fréquemment en lien avec un diagnostic médical. Les services sont généralement liés à l'éducation, aux supports financiers pour les familles et aux technologies d'assistance.

#### PRESTATION ET FINANCEMENT

L'allocation supplémentaire (Hjelpetønad) prévue pour couvrir les coûts d'une aide privée est souvent versée aux familles avec un enfant en situation de handicap pour compenser le travail d'accompagnement supplémentaire. Beaucoup de familles reçoivent également l'allocation de base (Grunnstønad). Ces allocations sont financées par l'État dans le cadre du plan de sécurité sociale national. De plus, certains parents peuvent recevoir des aides à l'accompagnement (pleipenger), qui sont une compensation partielle de la perte de revenu financées par les gouvernements locaux.

#### OFFRE D'ÉTABLISSEMENTS ET DE SERVICES

Les enfants en situation de handicap sont hébergés dans leurs familles. Dans quelques cas plus sévères, ils peuvent être hébergés dans des maisons d'enfants, parfois avec des compétences médicales spécialisées.

L'inclusion scolaire en milieu ordinaire est un droit affirmé depuis 1987. Les écoles doivent fournir une éducation adaptée à chaque enfant, qu'il soit en situation de handicap ou non. Elles peuvent s'appuyer sur les centres de ressources nationaux et les centres régionaux pour les difficultés d'apprentissage complexes, ainsi que sur les services pédagogiques et psychologiques locaux. Pour les besoins spécifiques, des enseignants qualifiés en éducation spécialisée sont mis à disposition dans les écoles ordinaires, depuis la fermeture de la plupart des écoles spécialisées publiques en 1993 (à l'exception

de quelques établissements pour déficients auditifs) (Hausstatter & Thuen, 2014). L'éducation primaire et secondaire est aujourd'hui de la responsabilité des gouvernements locaux.

L'augmentation du recours à l'assistance pour l'éducation spécialisée depuis 2005 constitue un enjeu financier et pédagogique majeur pour le système d'inclusion scolaire norvégien (Hausstatter & Thuen, 2014). Les écoles publiques locales ne peuvent pas refuser un enfant, mais les parents peuvent choisir une école privée spécialisée ou une autre école publique locale avec un environnement plus adapté (notamment en terme architectural). Dans les faits, le choix est souvent limité : la plupart des enfants en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire dans les écoles maternelles (pre-schools), mais quand ils grandissent, une proportion de plus en plus importante est scolarisée dans des classes séparées, et la séparation est de plus en plus importante dans les niveaux supérieurs (ANED, 2016).

#### BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

---

ANED. (2016). DOTCOM: The Disability Online Tool of The Commission-Norway. Retrieved December 22, 2016, from <http://www.disability-europe.net/dotcom#all>

Hausstatter, R. S., & Thuen, H. (2014). Special Education Today in Norway. *Advances in Special Education*, (28), 181–207. <https://doi.org/10.1108/S0270-401320140000028025>

Jacob, P. (2016). *Il n'y a pas de citoyens inutiles*. Paris: Dunod.

Tøssebro, J. (2015). Scandinavian disability policy: From deinstitutionalisation to non-discrimination and beyond. *Alter*, 10(2), 111–123. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2016.03.003>