

N° 485

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

Annexe au procès-verbal de la séance du 24 juin 2009

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le bilan des maisons départementales des personnes handicapées,

Par M. Paul BLANC et Mme Annie JARRAUD-VERGNOLLE,

Sénateurs.

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, président ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mme Annie David, M. Gérard Dériot, Mmes Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, vice-présidents ; MM. François Autain, Paul Blanc, Mme Muguette Dini, M. Jean-Marc Juillard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, secrétaires ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, M. Jean Boyer, Mme Claire-Lise Champion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mme Jacqueline Chevé, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Jean Desessard, Mmes Sylvie Desmarescaux, Bernadette Dupont, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-François Mayet, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, Alain Vasselle, François Vendasi, René Vestri.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	9
I. LES MDPH : DES GUICHETS UNIQUES DOTÉS DE MISSIONS LARGES QUI TENDENT À S'ACCROÎTRE	11
A. ACCUEIL ET INFORMATION : UNE DEMANDE CROISSANTE DES PERSONNES HANDICAPÉES	11
1. <i>Des moyens qui gagneraient à être encore renforcés et mieux organisés pour faire face à l'afflux d'appels et de visites</i>	12
2. <i>Poursuivre les efforts en faveur de l'accessibilité des services offerts par les MDPH</i>	13
a) L'amélioration progressive de l'accessibilité des bâtiments et des services	13
b) La poursuite des efforts pour simplifier les démarches et le traitement des demandes.....	14
3. <i>L'amélioration attendue de l'accueil et de l'information grâce à la modernisation du traitement informatique des dossiers</i>	15
B. LE DÉVELOPPEMENT DE CERTAINES MISSIONS PÈSE SUR L'ACTIVITÉ DES MDPH	17
1. <i>La montée en charge progressive de la prestation de compensation du handicap est la difficulté majeure à laquelle doivent faire face les MDPH</i>	17
a) Prestation de compensation du handicap adulte	17
b) Prestation de compensation du handicap enfant	19
2. <i>L'orientation scolaire mobilise une part importante des équipes</i>	20
3. <i>Les décisions relatives à l'orientation professionnelle se développent</i>	21
C. DES PROGRÈS SIGNIFICATIFS DANS LE TRAITEMENT DES DEMANDES	24
1. <i>Des délais globalement respectés malgré l'augmentation du nombre de demandes</i>	24
a) La persistance de stocks importants hérités des Cotorep et des CDES	24
b) Un nombre de demandes en forte augmentation.....	26
c) Des délais de traitement normalement plus longs pour la PCH	27
2. <i>Le pari réussi de l'évaluation pluridisciplinaire des demandes</i>	28
a) L'appropriation d'une nouvelle approche	28
b) Des progrès attendus pour une meilleure prise en compte des souhaits des personnes handicapées et de leur environnement	29
3. <i>Améliorer les modalités d'examen des demandes en commission des droits et de l'autonomie</i>	30
a) Les commissions des droits et de l'autonomie : des commissions studieuses qui font une large place aux associations	30
b) Vers l'élaboration d'une doctrine partagée	31
c) Quelques pistes pour améliorer le traitement des demandes.....	31
4. <i>Le développement nécessaire des lieux de médiation et de conciliation</i>	33
5. <i>Assurer la pluridisciplinarité et l'équité des décisions du tribunal du contentieux de l'incapacité</i>	35

II. STABILISER L'ORGANISATION ET LES MOYENS DES MDPH : UNE NÉCESSITÉ POUR GARANTIR LEUR BON FONCTIONNEMENT ET AMÉLIORER LE SERVICE RENDU	37
A. LA RÉFORME DU STATUT DES MDPH SEMBLE PRÉMATURÉE	37
1. <i>Le groupement d'intérêt public présente de nombreux avantages</i>	37
a) Une structure souple et indépendante placée sous la tutelle du conseil général	37
b) La participation des associations au dispositif : une valeur ajoutée unanimement soulignée	39
c) Des partenariats utiles qui ont permis de créer une synergie des réseaux	39
2. <i>Les arguments en faveur du maintien du statut actuel des MDPH en attendant la création des maisons de l'autonomie</i>	40
a) La transformation du Gip en établissement public local envisagée par le Gouvernement suscite des réserves	40
b) Les incertitudes liées aux réformes en cours militent en faveur d'un statu quo temporaire	45
B. LE STATUT DES PERSONNELS DOIT ÊTRE CLARIFIÉ ET AMÉLIORÉ	47
1. <i>Une multiplicité de statuts difficile à gérer</i>	47
2. <i>Améliorer l'accès à la formation de l'ensemble des personnels</i>	51
a) Créer une culture commune en préservant les expériences et les qualifications acquises	51
b) La CNSA et le CNFPT travaillent à l'élaboration de formations adaptées aux personnels des MDPH	52
3. <i>Donner des perspectives de carrière aux personnels d'Etat mis à disposition et aux contractuels du Gip</i>	54
a) Valoriser l'expertise et l'expérience acquises au sein des MDPH	54
b) Vers une intégration durable dans les MDPH des personnels d'Etat mis à disposition	55
C. LES CONTRIBUTIONS AU FINANCEMENT DES MDPH DOIVENT ÊTRE PRÉCISÉES ET MIEUX GARANTIES	59
1. <i>Garantir les contributions financières de chaque partenaire au Gip</i>	60
a) Une contribution importante de l'Etat et de la CNSA au fonctionnement des MDPH qui doit être pérennisée	60
b) L'augmentation de la participation des conseils généraux aux MDPH pour pallier les déficiences de l'Etat	61
c) La répartition des contributions aux fonds départementaux de compensation	62
2. <i>Préciser les conditions financières de la mise à disposition des personnels d'Etat au Gip</i>	63
a) Les effectifs mis à disposition par l'Etat représentent près de la moitié des personnels des MDPH	63
b) Certains personnels non mis à disposition n'ont pas été financièrement compensés	63
c) Les engagements pris par l'Etat doivent être précisés et honorés pour permettre le développement de l'activité des MDPH	65
TRAVAUX DE LA COMMISSION	67
I. AUDITION	67
II. EXAMEN DU RAPPORT	74

ANNEXES	89
ANNEXE N° 1 - PRINCIPAUX TEXTES LÉGISLATIFS RELATIFS AUX MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES	90
ANNEXE N° 2 - LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	94
ANNEXE N° 3 - PERSONNES RENCONTRÉES LORS DES DÉPLACEMENTS	96
ANNEXE N° 4 - COMPARAISON DES GRILLES INDICIAIRES DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE D'ETAT	99
ANNEXE N° 5 - COURRIER DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE NATIONAL DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE	103
ANNEXE N° 6 - EXEMPLE DE DEMANDE D'AAH SUITE À LA RÉFORME	105

Vingt-cinq recommandations pour améliorer le fonctionnement des MDPH

Faire de l'accueil une priorité et faciliter les démarches des personnes handicapées

1. Augmenter les moyens en personnels dédiés à l'accueil et renforcer leur formation pour faire face à l'afflux d'appels et l'augmentation de la fréquentation des MDPH ;
2. Généraliser la mise à disposition des usagers d'un numéro gratuit, y compris depuis un téléphone portable ;
3. Achever la modernisation des systèmes de traitement et de saisie des demandes et former les agents de l'accueil au nouveau logiciel afin qu'ils soient en mesure de délivrer instantanément les informations demandées par les usagers sur le suivi de leur dossier ;
4. Remplacer les formulaires actuels de demandes par le formulaire unique et permettre son téléchargement ;
5. Elargir les horaires d'ouverture au public et des permanences téléphoniques, pour atteindre dans toutes les MDPH une durée hebdomadaire minimale de trente-cinq heures.

Adapter la prestation de compensation du handicap

6. Etudier la possibilité de rendre la prestation de compensation du handicap (PCH) plus attractive, en particulier en prenant mieux en compte les aides ménagères qui pourraient faire l'objet d'un versement forfaitaire ;
7. Achever la mise en place de la PCH « enfant », avant le 1^{er} janvier 2010, en veillant à ce qu'elle réponde mieux aux besoins spécifiques des enfants et en formant les équipes pluridisciplinaires aux modalités de son évaluation.

Renforcer les moyens des équipes pluridisciplinaires et de la commission des droits et de l'autonomie pour améliorer l'instruction des demandes

8. Réduire les délais d'instruction de la PCH, de l'AAH, de l'orientation professionnelle et de la RQTH par une meilleure organisation des circuits d'évaluation et la fixation d'objectifs de performance ;
9. Poursuivre les opérations « zéro stock » dans les MDPH qui détiennent encore une quantité importante de dossiers en attente ;
10. Organiser la mise en œuvre de la réforme de l'AAH en formant les équipes au futur guide d'évaluation et en organisant des partenariats avec les acteurs de l'insertion professionnelle, pour leur confier par exemple la réalisation de bilans de compétences ou d'entretiens d'orientation professionnelle ;
11. Développer l'utilisation de la procédure simplifiée pour certains types de prestations et renouvellements lorsqu'elle est recommandée par la CNSA ;
12. Autoriser et favoriser la mise en place de formations restreintes, de sections spécialisées ou géographiques de la CDAPH ;
13. Simplifier le traitement des cartes de stationnement, d'invalidité et de priorité et étudier la possibilité de les regrouper en un seul document ;

14. Favoriser l'expression du projet de vie et mieux prendre en compte les souhaits (auditions en commissions plus restreintes) et l'environnement (visites au domicile) de la personne handicapée dans l'élaboration de son plan personnalisé de compensation ;

15. Renforcer la formation des membres des équipes pluridisciplinaires et des CDAPH (connaissance des handicaps, procédures et réglementations en vigueur, guide barème, etc.) et développer une doctrine partagée des décisions prises par les CDAPH ;

16. Privilégier le traitement amiable des litiges et assurer la pluridisciplinarité et l'équité des décisions prises par les TCI et les Cnitaat.

Stabiliser l'organisation et les moyens des MDPH

17. Ecarter l'hypothèse d'une intégration des MDPH dans les services du conseil général qui présente le double risque d'un désengagement de l'Etat et de la remise en cause de la participation des associations ;

18. Engager une expertise juridique et une large concertation sur le statut des MDPH et des personnels, afin d'étudier la possibilité de maintenir le Gip et de l'aménager, tout en garantissant une stabilité des personnels et une meilleure vision à moyen terme des financements ;

19. Préparer la mise en place des maisons de l'autonomie en favorisant la mutualisation des moyens et en identifiant les convergences possibles entre prestations et services accordés aux personnes âgées et handicapées ;

20. Valoriser l'expertise des personnels des Gip et donner à tous des perspectives de carrière, en développant la validation des acquis de l'expérience et en établissant une convention collective propre aux MDPH ;

21. Développer plus largement les actions de formation et de validation des acquis de l'expérience ;

22. Stabiliser les agents mis à disposition par l'Etat, en leur proposant d'opter, dans un délai d'un an, soit pour leur intégration à la fonction publique territoriale, soit pour leur détachement pour une durée déterminée fixée par convention soit, si cela est possible, pour leur affectation aux MDPH, en conservant leur statut d'origine ;

23. Mieux identifier les contributions de chaque partenaire du Gip (conseil général, associations en particulier), en valorisant leurs apports en nature dans le cadre d'un « budget vérité » ;

24. Garantir la compensation effective, au coût réel, des postes qui devraient être mis à disposition par l'Etat, conformément à la convention constitutive, mais non pourvus dans les faits ;

25. Permettre aux MDPH d'assumer le développement de leurs missions grâce à la signature de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens, précisant les financements alloués par l'Etat et la CNSA.

Mesdames, Messieurs,

Créées par l'article 64 de la loi Handicap du 11 février 2005¹ pour être les interlocuteurs uniques des personnes handicapées et les accompagner dans leurs démarches, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont nées de la réunion des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) et des commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES), ainsi que des sites pour la vie autonome (SVA). Elles ont vu juridiquement le jour le 1^{er} janvier 2006 et ont été progressivement mises en place au cours de l'année 2006.

Ainsi que le soulignait Marie-Thérèse Boisseau lors de l'examen du projet de loi précité au Sénat², les maisons départementales des personnes handicapées ont été conçues pour mettre fin au « *parcours du combattant* » des familles et, parfois même, des professionnels, et pallier le déficit d'information et de conseil dont se plaignaient les personnes handicapées : innovation majeure qui devait donc permettre, à la fois, la simplification des démarches, l'accueil, l'écoute et l'accompagnement de la personne handicapée et de sa famille, tout au long de la prise de décision, en d'autres termes, **l'humanisation de l'instruction des dossiers**, grâce à une approche pluridisciplinaire et individualisée.

Malgré les difficultés qu'elles ont rencontrées lors de leur création (diversité des partenaires du groupement d'intérêt public [Gip], organisation et regroupement des personnels d'origines et de statuts différents, recherche d'un local, transfert des applications informatiques, mise en place des nouvelles méthodes de travail prévues par la loi, construction des partenariats locaux, etc.), les MDPH ont été globalement opérationnelles dès l'année 2007, en particulier grâce à la forte implication des conseils généraux et à l'appui logistique et financier de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

² Séance du 1^{er} mars 2004.

Alors qu'elles ont entamé leur troisième année de plein exercice, la commission des affaires sociales a souhaité dresser un premier bilan de leur activité, appréhender leurs difficultés et envisager quelques pistes de nature à les résoudre et à faciliter la réalisation des missions qui leur ont été confiées.

Outre les données chiffrées et les informations recueillies auprès de la CNSA, les auditions¹ et les déplacements que ses rapporteurs ont réalisés dans plusieurs départements², ainsi que les témoignages volontaires reçus sur l'activité de certaines MDPH³, ont contribué à éclairer sa réflexion et à relativiser les points de vue des différents acteurs - qui découlent bien souvent des particularités locales -, pour trouver des solutions aux difficultés rencontrées par les MDPH qui conviennent à l'ensemble des départements et s'inscrive, sans en trahir l'esprit, dans le cadre fixé par la loi.

Tel est l'objet de ce rapport.

¹ Voir liste des personnes auditionnées en annexe.

² MDPH de Paris, du Val-de-Marne, de Seine-et-Marne, des Ardennes, de l'Yonne et du Calvados.

³ MDPH de l'Aisne, de l'Essonne, de la Dordogne, du Loiret et des Pyrénées orientales.

I. LES MDPH : DES GUICHETS UNIQUES DOTÉS DE MISSIONS LARGES QUI TENDENT À S'ACCROÎTRE

Aux termes de la loi Handicap, les maisons départementales des personnes handicapées sont des guichets uniques qui doivent offrir aux usagers, dans un même lieu, l'accès à l'ensemble des droits et prestations auxquels ils peuvent prétendre.

A cette fin, **sept missions principales** leur ont été confiées : l'information ; l'accueil et l'écoute ; l'aide à la définition du projet de vie ; l'évaluation des demandes ; les décisions d'attribution et d'orientation ; le suivi de la mise en œuvre desdites décisions ; enfin, l'accompagnement et la médiation.

Ces missions déjà vastes tendent à s'élargir et pèsent parfois fortement sur l'activité des MDPH. Pour répondre aux demandes des personnes handicapées et faire face aux évolutions de certaines de leurs missions, celles-ci doivent adapter leur fonctionnement et renforcer leurs moyens.

A. ACCUEIL ET INFORMATION : UNE DEMANDE CROISSANTE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Parmi les missions qui incombent aux MDPH, l'accueil revêt une importance particulière puisqu'il vise à informer les personnes handicapées et leurs familles, à les accompagner dans leurs démarches et dans la formulation de leurs demandes. Il constitue le premier contact que les personnes handicapées ont avec la MDPH et un préalable à l'accès à tous les services qu'elle peut offrir.

La seconde enquête réalisée par la CNSA auprès des conseils généraux¹ avait souligné la nécessité d'améliorer l'organisation de l'accueil, de mieux former les agents qui l'assurent et de favoriser la diffusion des informations en développant l'accessibilité des locaux et des services offerts par les MDPH.

Le rapport de la CNSA de 2008² note de réels progrès, « *tant par le nombre d'agents chargés de cette mission, que par l'organisation des locaux* », désormais réunis en un lieu unique et auxquels ont très souvent été associées des antennes locales de proximité. Il est vrai que de nombreux départements ont fait de la mission d'accueil et d'information une priorité, choisissant même parfois de réaliser un audit spécifique sur cette activité et de former en conséquence les personnels qui y participent.

¹ CNSA : « *Les MDPH vers la maturité ?* » - *Rapports annuels et statistiques 2007.*

² *Rapport 2008, « Droit universel d'aide à l'autonomie : un socle, une nouvelle étape », octobre 2008.*

1. Des moyens qui gagneraient à être encore renforcés et mieux organisés pour faire face à l'afflux d'appels et de visites

Souvent organisé en « pôle », la **fonction d'accueil** regroupe :

- la **réception des appels téléphoniques**, dont le nombre n'a cessé d'augmenter chaque année dans l'ensemble des MDPH, atteignant dans certaines d'entre elles de 3 773¹ à 7 860 appels par mois². Face à cet afflux croissant, le taux de réponse moyen demeure insuffisant, 40 %³ à 50 %⁴ des appels n'obtenant pas de réponse immédiate ;

- **l'accueil électronique**, encore peu usité, se développe peu à peu, certaines maisons ayant mis en place des « Boîtes mail contact » qui permettent de transférer, le cas échéant, aux services compétents les demandes des usagers. Ainsi, la MDPH de Paris, qui reçoit en moyenne jusqu'à 142 courriels par mois, s'est astreinte à y répondre dans un délai maximal de cinq jours ouvrables. 62 % sont traités directement par le Pôle accueil, les 38 % restants étant transférés vers les services spécialisés de la MDPH : il s'agit de demandes de formulaires, d'informations générales sur la législation ou le handicap, du suivi du dossier ou d'échanges avec des partenaires extérieurs ;

- **l'activité d'accueil physique et d'orientation des personnes** qui se présentent à la MDPH ou dans les antennes réparties sur le territoire départemental connaît aussi une augmentation significative. Elle est ainsi passée de 10 690 personnes en 2006 à 15 060 personnes en 2008 dans le Calvados, soit plus de 40 % de hausse de la fréquentation. A Paris, le nombre d'usagers accueillis a atteint 32 413 en 2008 ;

- enfin, certaines maisons ont mis en place **un accueil de second niveau, plus spécialisé**, assuré par une personne « référente » du dossier ou, parfois, par une équipe pluridisciplinaire qui assure des permanences hebdomadaires⁵. Il permet d'aider les personnes handicapées à formuler leur demande, de favoriser l'expression de leurs besoins, de les informer de l'avancement de leur dossier et de les orienter dans leurs démarches.

En réponse aux demandes et exigences accrues des usagers, la plupart des maisons ont augmenté les moyens en personnels accordés à ce service (14 % en moyenne des agents y sont affectés), l'équipe pouvant représenter jusqu'à une dizaine d'agents dans un département de taille moyenne. D'autres ont repensé leur organisation, en confiant à certains agents dédiés à l'accueil physique la prise en charge des appels en attente, lorsqu'ils sont disponibles⁶.

¹ MDPH du Calvados.

² MDPH de Paris.

³ MDPH de Paris.

⁴ MDPH du Val-de-Marne.

⁵ MDPH du Calvados par exemple.

⁶ MDPH des Ardennes.

Par ailleurs, **un réel effort de formation de ces agents a été réalisé.** Certains d'entre eux ont été formés à la prise en charge des appels, ceux-ci ne devant pas excéder une durée de trois à quatre minutes, grâce à la mise en place d'un protocole de réponse et de fiches techniques qui permettent de répondre rapidement aux questions les plus fréquemment posées. D'autres ont été sensibilisés aux comportements à adopter face à une personne handicapée lors de sa visite à la MDPH.

Cet effort de formation, qui donne d'ores et déjà de bons résultats, devra toutefois être généralisé à l'ensemble des personnels des MDPH, afin d'offrir, partout sur le territoire, une même qualité d'accueil. Ces formations devront porter en particulier sur les modalités de prise en charge des appels téléphoniques, la connaissance du handicap, la gestion d'éventuels conflits, etc.

2. Poursuivre les efforts en faveur de l'accessibilité des services offerts par les MDPH

a) L'amélioration progressive de l'accessibilité des bâtiments et des services

Dans l'ensemble des MDPH qu'ils ont visitées, à une exception près, vos rapporteurs ont observé avec satisfaction les efforts accomplis en matière d'accessibilité des bâtiments (portes automatiques ou ouvrables à distance ; ascenseurs adaptés) et des différents services offerts (bornes en accès libre de la caisse d'allocations familiales (Caf) et de l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph), panneaux d'affichage électroniques, dossiers de demandes téléchargeables sur Internet, interphone d'appels des différents services de la MDPH, etc.).

De nombreux bâtiments ont été spécialement acquis et conçus pour regrouper les services des ex-Cotorep et CDES, d'autres ont été rénovés pour répondre aux exigences de la loi du 11 février 2005. Ainsi, **trois quarts des départements disposent de locaux uniques permettant aux équipes d'être regroupées sur un même site.** Dans certains cas, ce regroupement est encore provisoire, avec des locaux mal agencés, en attendant de pouvoir s'installer dans des bâtiments neufs et rénovés¹.

Dans l'ensemble, les départements se sont également efforcés de choisir **un lieu d'implantation accessible en transports en commun** ou, si tel n'était pas le cas, d'aménager les trajets des transports scolaires par exemple, pour qu'ils soient compatibles avec les horaires d'ouverture de la MDPH².

D'autres ont privilégié une démarche de proximité en installant sur leur territoire des lieux d'accueil secondaires. Tel est par exemple le cas du

¹ MDPH du Val-de-Marne.

² MDPH de l'Yonne.

Calvados, qui a mis en place quatre antennes supplémentaires à Bayeux, Lisieux, Falaise et Pont l'Évêque. La moitié des départements a déjà déployé des antennes secondaires, soit en mobilisant les Centre locaux d'information et de coordination (Clic), les caisses centrales d'activités sociales (CCAS) ou, le plus souvent, les unités territoriales d'action sociale, soit en sollicitant les caisses locales d'allocations familiales, en particulier pour l'accueil des parents d'enfants handicapés.

Par ailleurs, vos rapporteurs ont observé un réel **souci de répondre aux problématiques particulières du handicap sensoriel**, en particulier par la mise en place de permanences d'accueil spécialisées et individualisées pour les malentendants¹ et le développement de formations spécifiques des agents dédiés à l'accueil physique à la langue des signes.

En revanche, vos rapporteurs ont observé de fortes disparités dans les horaires d'ouverture des MDPH au public et de leurs permanences téléphoniques². Une augmentation de la durée d'accessibilité des services permettrait en particulier d'améliorer le taux de prise en charge des appels. **A des fins d'équité, les maisons pourraient être astreintes à un nombre d'heures d'ouverture identiques sur l'ensemble du territoire, qui pourraient correspondre à la durée légale hebdomadaire du travail (35 heures), ce qui suppose l'octroi de moyens supplémentaires en conséquence par l'Etat ou la CNSA.** Les MDPH conserveraient néanmoins la liberté dans le choix des horaires d'ouverture.

Enfin, ainsi que le prévoit la loi, **il est indispensable que les MDPH se dotent d'un numéro d'appel gratuit, ce qui n'est pas encore le cas partout.**

b) La poursuite des efforts pour simplifier les démarches et le traitement des demandes

Depuis la mi-janvier 2009, un **formulaire unique d'expression des demandes adressées aux MDPH** regroupe les huit documents antérieurement consacrés aux différentes situations et inclut également le projet de vie. Il est le résultat des réflexions d'un groupe de travail animé par la CNSA et composé de dix-sept MDPH et dix-sept associations représentatives des personnes handicapées, de la caisse nationale d'allocations familiales (Caf) et de la Mutualité sociale agricole (MSA), de représentants des ministères concernés (éducation nationale, emploi et solidarité). A la fin de l'année 2008, un prototype a été testé auprès d'une soixantaine de maisons, qui ont pu recueillir les observations de près de 2 500 usagers ou professionnels. Le formulaire diffusé depuis le début de l'année a pu ainsi être modifié en conséquence.

¹ MDPH de Paris.

² Certaines MDPH ont choisi de maintenir des permanences téléphoniques au-delà des horaires d'ouverture de la maison au public.

Pour les usagers, cette simplification très attendue permet à la fois de limiter le nombre de démarches et de rendre les formulaires de demandes plus compréhensibles et accessibles, ceux-ci pouvant être téléchargés par les personnes handicapées depuis leur domicile.

Pour les équipes pluridisciplinaires, ce nouveau formulaire constitue également un progrès, puisqu'il permet de centraliser les demandes d'une même personne sur un document unique, ce qui en facilite la saisie informatique et favorise le traitement global et individualisé des demandes d'une même personne.

Cette démarche qualité s'inscrit dans le cadre des missions d'appui au fonctionnement et d'animation du réseau des MDPH de la CNSA.

3. L'amélioration attendue de l'accueil et de l'information grâce à la modernisation du traitement informatique des dossiers

Les CDES et les Cotorep disposaient de deux logiciels distincts pour gérer les dossiers de demandes des personnes handicapées : Itac pour les adultes et Opales pour les enfants. Ces logiciels ont été transférés aux MDPH pour assurer la continuité des services et des prestations offertes aux personnes handicapées. Malgré des améliorations fonctionnelles pour leur permettre de faire face aux évolutions réglementaires qui résultent de la loi Handicap (en particulier la prestation de compensation du handicap (PCH), aucun de ces deux logiciels ne permet aujourd'hui de traiter de façon satisfaisante les missions nouvelles des MDPH. En outre, ce traitement distinct, contraire à l'esprit de la loi qui envisage désormais la prise en charge du handicap dans le cadre d'un parcours personnalisé, sans rupture, présentait le risque d'une certaine déperdition des données relatives aux enfants lors de leur passage à l'âge adulte et occasionnait un travail supplémentaire pour les services résultant du transfert des dossiers.

Le décret du 15 mai 2007¹ a autorisé la création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel par les MDPH pour permettre le suivi de l'accueil, l'instruction des demandes de prestation ou d'orientation, le suivi des parcours individuels, la gestion des travaux de l'équipe pluridisciplinaire, l'organisation et le suivi des travaux de la commission des droits et de l'autonomie, la notification et le suivi des décisions, la simplification des démarches des usagers, la gestion du fonds départemental de compensation ainsi que la production et la transmission de statistiques à la CNSA.

¹ Décret n° 2007-965 du 15 mai 2007 autorisant la création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel par les maisons départementales des personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles.

Avec le soutien et l'appui logistique de la CNSA¹ et des conseils généraux², notamment pour la rédaction du cahier des charges, les MDPH ont, dans leur grande majorité, engagé la migration de leurs système vers un nouveau logiciel unique permettant à la fois le traitement des demandes des adultes et des enfants. Au 31 décembre 2009, toutes devraient avoir opéré le changement.

A l'occasion des déplacements qu'ils ont effectués dans différentes MDPH, vos rapporteurs ont observé que le choix des MDPH s'est principalement porté sur deux nouveaux logiciels et, à la marge, sur un troisième. Leur inquiétude à ce sujet, que les données ne puissent pas transiter d'un système à l'autre a été apaisée par l'assurance que l'ancien et le nouveau systèmes étaient compatibles et permettaient une agrégation des données au niveau national. En revanche, le risque que certaines données ne puissent être intégralement transmises d'un département à l'autre n'a pas été totalement écarté.

A la fin du mois de juin 2008, une trentaine de MDPH avaient basculé la gestion des dossiers adultes sur leur nouveau support et trente autres s'étaient engagées à la réaliser d'ici à la fin de l'année. Vos rapporteurs ont pu mesurer concrètement l'ampleur de la tâche pour les MDPH. Certaines d'entre elles ont près de 60 000 dossiers à numériser et dématérialiser, cette opération supposant au préalable un premier travail de sélection des dossiers hérités des Cotorep et des CDES et des éléments à conserver, puis un scannage de chaque pièce, sachant que certains dossiers en contiennent plus de cent cinquante.

Certaines MDPH ont choisi de recruter en contrat à durée déterminée une petite équipe dédiée à cette opération ; d'autres ont préféré sous-traiter cette activité à un établissement et service d'aide par le travail (Esat).

Cette évolution devrait améliorer considérablement la qualité et la rapidité de l'information délivrée aux personnes handicapées, chaque personne de l'accueil ou de l'équipe en charge du dossier y ayant directement accès grâce à ce nouveau logiciel. A l'inverse des dossiers papiers qui circulaient d'une personne à une autre, sans qu'il ne soit possible parfois de savoir qui les détenait, les dossiers numérisés seront désormais accessibles simultanément à tous et pourront même être consultés à distance par certains partenaires extérieurs.

¹ La CNSA a élaboré un document de spécification des règles de gestion applicables au traitement des dossiers à l'usage des MDPH et des éditeurs de logiciels, afin de permettre une consolidation des données anonymisées au niveau national.

² En particulier pour veiller à la compatibilité des systèmes de la MDPH avec ceux du conseil général et assister la MDPH pour la gestion de l'appel d'offre dans le respect des nouvelles règles applicables aux marchés publics.

B. LE DÉVELOPPEMENT DE CERTAINES MISSIONS PÈSE SUR L'ACTIVITÉ DES MDPH

1. La montée en charge progressive de la prestation de compensation du handicap est la difficulté majeure à laquelle doivent faire face les MDPH

a) Prestation de compensation du handicap adulte

Créée par la loi Handicap, la PCH vise à couvrir les surcoûts de toute nature liés au handicap.

A terme, elle a vocation à remplacer les allocations compensatrices pour tierce personne (ACTP) et pour frais professionnels (ACFP) financées par les départements. Les personnes handicapées qui les perçoivent actuellement peuvent en conserver le bénéfice ou opter pour la PCH. Contrairement à l'ACTP, la PCH est accordée sans condition de ressources et son montant est, non plus forfaitaire, mais calculé en fonction des besoins réels du demandeur. Pour cette raison, les personnes handicapées ont quelques réticences à opter pour cette nouvelle prestation, redoutant une diminution de l'aide allouée et une utilisation plus contraignante. Pourtant, le montant moyen mensuel de la PCH s'est élevé, en 2008, à 1 090 euros et a pu atteindre, pour les personnes les plus lourdement handicapées, plus de 8 000 euros mensuels.

Les composantes de la prestation de compensation du handicap

La prestation de compensation du handicap est composée de **cinq éléments**, pouvant être versés, selon les cas, en nature ou en espèces, mensuellement ou en capital :

- le premier permet la prise en charge des dépenses d'aides humaines, y compris, le cas échéant, l'indemnisation ou la rémunération d'un aidant familial ;
- le deuxième assure le financement des aides techniques, notamment la part du coût des matériels qui reste à la charge des assurés sociaux après remboursement par l'assurance maladie ;
- le troisième couvre les dépenses d'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée, y compris les éventuels surcoûts résultant de son transport ;
- le quatrième finance les aides spécifiques ou exceptionnelles liées au handicap : relèvent notamment de cet élément les dépenses liées à l'achat de divers produits, tels que protections pour incontinents, sondes gastriques ou urinaires ou piles pour appareils auditifs ;
- le dernier permet l'acquisition et l'entretien d'une aide animalière, qu'il s'agisse d'un chien guide d'aveugle ou d'un chien d'assistance.

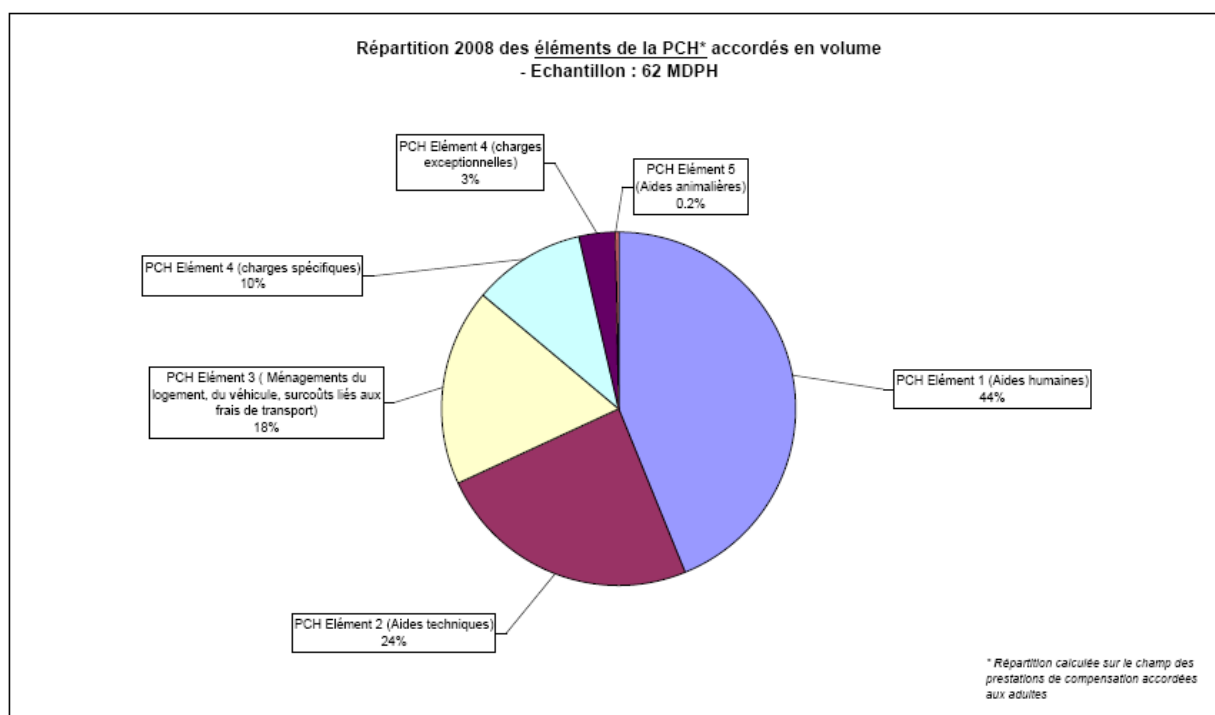
Avec 43 000 bénéficiaires au mois de juin 2008, soit 15 % de plus qu'à la fin de 2007, la montée en charge de la PCH se poursuit progressivement avec un rythme plus ou moins soutenu selon les départements. Le taux d'accord atteint plus de 70 % en moyenne.

Montée en charge de la PCH depuis sa création

PCH	2006	2007	1er semestre 2008
Nombres de demandes	70 600	84 000	82 900
Doits ouverts sans versement effectif	8 900	37 260	58 000
Nombres d'allocataires	6 700	28 600	43 000

Source : données CNSA.

Dans le même temps, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP s'établit à 109 300, soit 70 % de l'ensemble des allocataires de la PCH et de l'ACTP confondus. **Ce faible engouement pour la PCH justifie que l'on étudie la possibilité de la rendre plus attractive, en particulier en prenant mieux en compte les aides ménagères qui pourraient faire l'objet d'un versement forfaitaire.**



Bien qu'elle ne représente que 6 % des demandes « adultes », l'instruction de la PCH occupe généralement le quart des moyens de la MDPH et du temps des professionnels. En effet, son examen comporte parfois plusieurs demandes portant sur les différents éléments de la prestation et doit normalement s'accompagner de l'élaboration d'un projet de vie et d'un plan personnalisé de compensation (PPC), sur le fondement desquels sera appréciée l'éligibilité aux droits et prestations demandés.

b) Prestation de compensation du handicap enfant

Depuis le mois de mai 2008, la PCH est ouverte aux enfants. Les parents disposent à titre transitoire d'un droit d'option entre la PCH et le complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), avec la possibilité de revenir ultérieurement sur leur choix, et le maintien du bénéfice de l'AEEH de base dans les deux cas.

AEEH et PCH enfant : quelles différences ?

L'AEEH et la PCH sont différentes dans leur conception : la première est une prestation forfaitaire familiale destinée à aider les familles dans leur rôle éducatif et à compenser les charges d'éducation des enfants, tandis que la seconde est une prestation de compensation du handicap individualisée et visant à solvabiliser des besoins de prise en charge.

Elles se distinguent également par leurs conditions d'éligibilité : l'AEEH est conditionnée à un critère de taux d'incapacité, tandis que l'ouverture de la PCH est soumise à une condition de difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités (telles que définies dans le référentiel annexé à l'article D. 254-4 du code de l'action sociale et des familles).

Enfin, le périmètre des besoins couverts sont également différents.

Source : Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap - 12 février 2009.

Ce régime provisoire, défini par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pourrait bénéficier à près de 6 000 enfants, avant **la mise en place d'une prestation de compensation répondant mieux aux besoins spécifiques des enfants au 1er janvier 2010.**

Vos rapporteurs ont observé que les équipes pluridisciplinaires chargées d'évaluer les demandes et de réaliser les simulations pour éclairer le choix des parents entre les deux types de prestations ont eu des difficultés à intégrer ses modalités de mise en œuvre, tant elles sont complexes. En effet, **le traitement de ces demandes se révèle être pour les équipes extrêmement lourd et chronophage et crée, de ce fait, une surcharge de travail non négligeable pour les MDPH.** A titre d'exemple, celle du Calvados a estimé le besoin de renforcement de ses équipes pour faire face à la montée en charge de

cette prestation à 1,5 équivalent temps plein (ETP) (3 x 0,5 ETP pour une assistante sociale, un médecin et un agent administratif).

En outre, les décisions d'attribution de ces prestations, difficiles à expliquer aux familles, ont suscité le développement des activités de médiation et de conciliation au sein des MDPH.

Par ailleurs, plusieurs directeurs de MDPH ont fait observer que le calendrier de mise en œuvre de cette nouvelle prestation avait été particulièrement mal choisi : période d'activité intense de préparation de la rentrée scolaire et inadaptation du système informatique de la Caf et de la MDPH (Opales).

2. L'orientation scolaire mobilise une part importante des équipes

La loi du 11 février 2005 a reconnu l'existence d'un droit à la scolarisation pour tout enfant ou jeune handicapé dans l'établissement le plus proche de son domicile, appelé « établissement de référence ». Si l'intégration en milieu ordinaire constitue le droit commun, d'autres modes de scolarisation peuvent être envisagés lorsque les besoins de l'enfant l'exigent et que l'établissement de référence n'est pas en mesure d'y répondre.

Il revient alors à la MDPH de proposer aux familles, dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation (PPS), une orientation pour leur enfant parmi quatre options :

- scolarisation en classe ordinaire, avec ou sans accompagnement ;
- scolarisation en classe adaptée (Clis, UPI), permettant un aménagement de l'emploi du temps ;
- orientation vers un établissement d'éducation spécialisée (institut médico-éducatif [IME], IM Pro, institut thérapeutique, éducatif et pédagogique de rééducation [Itep]) ;
- affectation d'enseignants au sein de l'établissement où séjourne l'élève.

Le projet personnalisé de scolarisation

Le projet personnalisé de scolarisation (PPS) définit le parcours éducatif et les modalités de déroulement de la scolarité de l'enfant ou du jeune handicapé. Véritable carnet de route pour l'ensemble des acteurs intervenant au cours de la scolarité de l'élève (familles, enseignants, psychologues, éducateurs spécialisés, assistantes sociales, médecin scolaire, ...), le PPS vise à répondre aux besoins de l'élève en définissant les actions pédagogiques, sociales et éducatives adaptées. A ce titre, il fait partie intégrante du plan personnalisé de compensation (PPC).

A la demande de la famille, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH élabore le PPS en tenant compte des souhaits, acquis et besoins de l'élève. A la réception du projet, la famille dispose de quinze jours pour faire d'éventuelles observations. Une fois validé par l'équipe éducative et la famille, le PPS sert ensuite de base à la décision d'orientation de l'élève par la CDAPH, celle-ci devant être prise en accord avec les parents.

Le contenu et la mise en œuvre du PPS sont évalués au moins une fois par an par l'équipe de suivi de scolarisation, qui réunit dans chaque département toutes les personnes concourant à l'élaboration du PPS. Une évaluation supplémentaire peut être demandée par l'élève, son représentant légal ou l'équipe éducative.

En fonction du résultat de cette évaluation, l'équipe peut proposer des aménagements pour garantir la continuité du parcours de formation. Il revient à l'enseignant référent de réunir l'équipe de suivi pour chacun des élèves dont il suit le parcours. Enseignant spécialisé titulaire du certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécifiques, les enseignants adaptés et la scolarisation des enfants handicapés, il est chargé d'assurer l'interface entre l'élève, les parents et les professionnels. Il a également un rôle d'accueil, de transmission et d'évaluation.

Source : d'après le « Guide du handicap à l'usage des collectivités territoriales » - CNEPT - 2008.

L'élaboration du PPS et son évaluation annuelle demandent un temps considérable aux équipes des MDPH qui en ont la charge. Elles requièrent un dialogue fréquent avec les familles, la rédaction de rapports de suivi et la recherche de solutions adaptées, dont il faut ensuite garantir la mise en œuvre.

L'activité des équipes en charge de l'orientation scolaire est particulièrement dense entre les mois de mars et de septembre, période qui précède la rentrée. **Les dossiers d'orientation scolaire ont représenté 37 % des demandes « enfants » en 2008.**

Les décisions se heurtent souvent au manque de moyens : places en établissement, en unités pédagogiques d'intégration (UPI) ou en classes d'intégration scolaire (Clis), auxiliaires de vie scolaire (AVS), etc. L'ensemble des MDPH ont toutefois souligné l'implication forte des enseignants référents et des personnels mis à disposition des maisons qui sont en charge de cette activité. Ils ont bien souvent acquis une expertise précieuse au sein des CDES, même si la loi a considérablement modifié le cadre d'intervention des différents acteurs.

3. Les décisions relatives à l'orientation professionnelle se développent

Alors que la question de l'orientation professionnelle n'était pas apparue comme une préoccupation majeure pour les MDPH, lors de leurs deux premières années d'exercice, l'année 2008 a marqué un tournant avec l'annonce par le Président de la République, lors de la conférence nationale du handicap du 10 juin 2008, de la mise en œuvre d'un **pacte national pour l'emploi des personnes handicapées.**

Celui-ci se traduit, depuis le 1^{er} janvier 2009, par la mise en œuvre de la **réforme des conditions d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)**, l'examen de toute demande, qu'il s'agisse d'une première demande ou d'un renouvellement, devant désormais être assorti d'une évaluation des capacités professionnelles et d'une orientation adaptée vers l'emploi.

La réforme des conditions d'attribution de l'AAH

La réforme de l'AAH opère un renversement de la logique qui a prévalu jusqu'alors, qui consistait à mesurer le taux d'incapacité permanente des personnes handicapées plutôt que d'identifier leur faculté à exercer une activité professionnelle.

Ainsi, outre la revalorisation de l'allocation de 25 % d'ici à 2012, cette réforme prévoit :

- l'évaluation systématique des capacités professionnelles de la personne handicapée à l'occasion d'une première demande ou d'un renouvellement d'AAH ;
- l'obligation pour les MDPH d'assortir toute reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) d'une décision d'orientation professionnelle (ORP) ;
- la suppression de la condition d'inactivité préalable d'un an pour l'attribution de l'AAH aux personnes ayant un taux d'invalidité compris entre 50 % et 80 %. Les personnes bénéficieront de l'AAH dès leur premier jour d'inactivité et seront ainsi moins réticentes pour accepter des missions temporaires de courte durée ;
- la révision trimestrielle du montant de l'allocation grâce à une déclaration des ressources tous les trois mois ;
- un taux de cumul avantageux des revenus d'activité avec l'AAH, de 100 % pendant les six premiers mois d'activité et qui, au-delà de cette période, peut varier entre 40 % pour les salaires supérieurs à 0,4 Smic et 80 % pour les revenus inférieurs à ce seuil (contre seulement 62 % pour le RSA) ;
- la suppression de la limite d'âge de trente ans pour accéder aux contrats d'apprentissage des travailleurs handicapés.

Désormais, toute demande d'AAH (ou son renouvellement) donne systématiquement lieu à une étude de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), même si elle n'est pas sollicitée, et, le cas échéant, à une orientation professionnelle (ORP). Aussi, sans attendre les conclusions du groupe d'experts¹ missionné par le secrétariat d'Etat chargé de la solidarité pour définir un « *nouvel outil global pour évaluer la capacité de travail des demandeurs d'AAH* », les MDPH se sont attelées à la mise en œuvre de cette réforme.

Certaines ont établi un nouveau formulaire de demande d'AAH, en expliquant que la demande entraîne obligatoirement l'examen de la RQTH, et le cas échéant, débouchera sur une proposition d'orientation professionnelle

¹ Ce groupe, qui rassemble le directeur de l'association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (Adapt), un médecin du travail, un psychiatre, un économiste statisticien spécialiste des barèmes, un ergothérapeute et un économiste du travail, devrait rendre ses conclusions d'ici à la fin du mois de juillet.

expliquant la réforme¹ et spécifiant que l'éventuelle RQTH et l'orientation proposée ne lient en aucun cas les personnes concernées, à qui il revient de les faire valoir ou non auprès d'un employeur.

Alors que la plupart des maisons avaient désigné un référent pour l'insertion professionnelle dès 2007, ainsi que le prévoit la loi², **certaines MDPH ont commencé à mettre en place des pôles dédiés à l'insertion et à l'orientation professionnelles pour faire face à l'afflux des demandes à traiter.** Ces équipes pluridisciplinaires sont généralement composées du référent pour l'insertion professionnelle, d'un médecin, d'un psychologue de l'association nationale pour la formation professionnelle des adultes (Afp), d'un représentant du Pôle emploi et des Cap emploi.

Avec 293 900 demandes de RQTH (17 % des demandes) et 179 500 orientations professionnelles (10,4 %) en 2007, **l'insertion professionnelle des personnes handicapées constitue désormais un axe majeur du développement de l'activité des MDPH.** Si on y ajoute les demandes d'AAH, qui représentaient 20,1 % des demandes, **près de la moitié des dossiers (47,5 %) seront liées à l'évaluation des capacités professionnelles des demandeurs.**

Cette évolution devrait entraîner :

- **en externe : le développement des partenariats** avec le service public de l'emploi (SPE), et en particulier les Cap emploi, l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph)³ et le fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), les organismes de formation professionnelle (Afp) notamment et les centres de rééducation professionnelle [CRP], etc.) ainsi que **la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH) ;**

- **en interne : de nouveaux recrutements** et une **formation des personnels** des MDPH et des CDAPH aux modalités de mise en œuvre de la réforme (stages auprès du SPE, présentation des activités du FIPHFP et de l'Agefiph, etc.), ainsi qu'une **réorganisation des équipes**, qui, à défaut de recrutements, pourrait se faire **par redéploiement et par la sous-traitance de certains dossiers aux partenaires extérieurs.**

Parmi les premiers retours de la mise en œuvre de la réforme, **certaines MDPH ont signalé les problèmes que peut poser le refus de la RQTH ou d'une ORP, alors que la demande des personnes porte sur la seule AAH.** Ces décisions de refus sont souvent mal comprises par les personnes handicapées.

¹ MDPH de l'Yonne, voir formulaire en annexe.

² Article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles : « Un référent pour l'insertion professionnelle est désigné au sein de chaque maison départementale des personnes handicapées. »

³ L'Agefiph expérimente un nouveau dispositif d'aide à l'orientation et à l'évaluation des potentiels (SAP) qui devrait être mis à la disposition des MDPH et généralisé à la fin du premier semestre 2009.

C. DES PROGRÈS SIGNIFICATIFS DANS LE TRAITEMENT DES DEMANDES

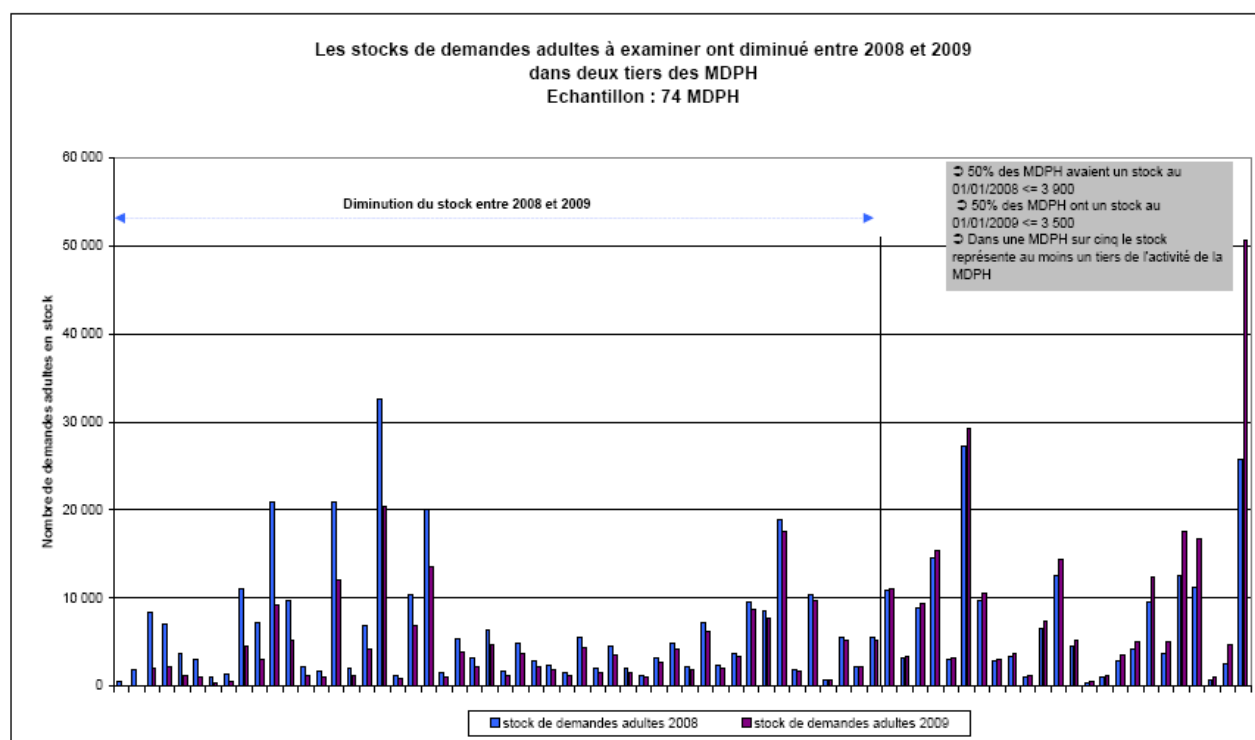
1. Des délais globalement respectés malgré l'augmentation du nombre de demandes

a) La persistance de stocks importants hérités des Cotorep et des CDES

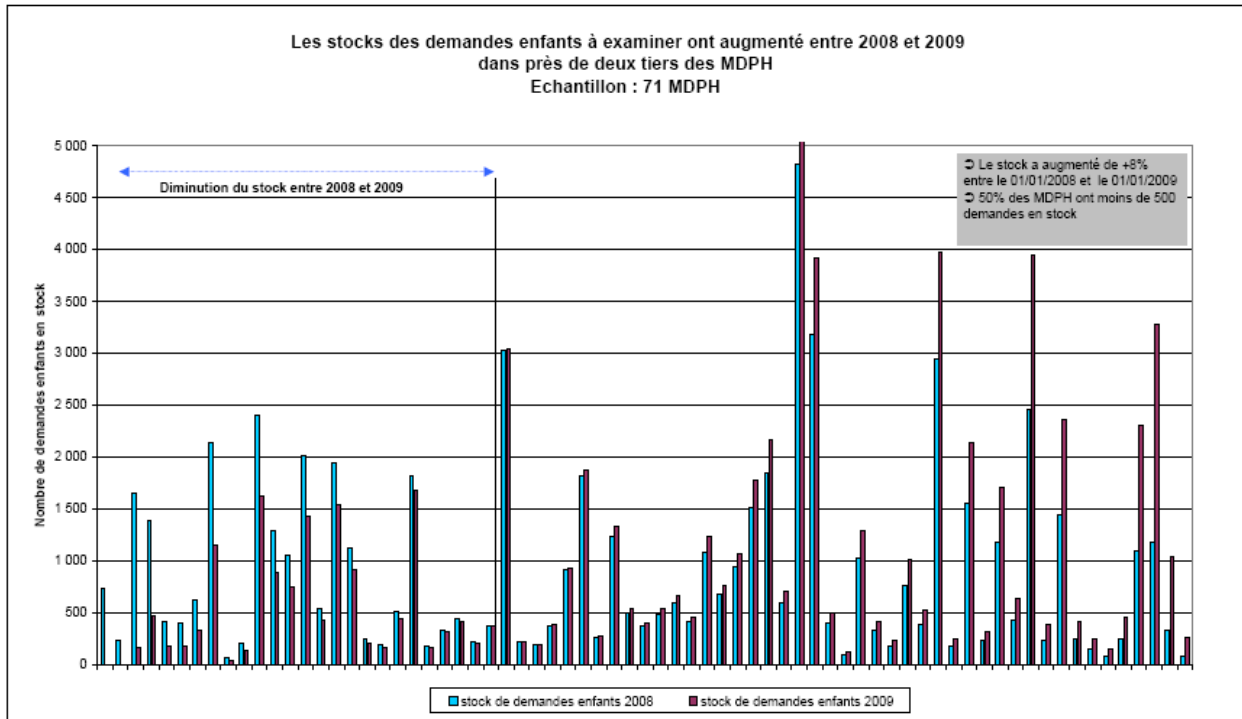
Toutes les MDPH déclarent avoir encore un stock important de dossiers non traités, hérités des anciennes Cotorep et CDES. On observe toutefois qu'il est en voie de résorption : alors qu'au début de l'année 2008, le stock de demandes « adultes » pouvait atteindre plus de 50 000 dossiers, il n'excède aujourd'hui que très rarement 20 000 dossiers et la plupart des maisons ont un stock inférieur à 10 000 dossiers.

Autre signal positif, les stocks de demandes « adultes » ont diminué entre 2008 et 2009 pour les deux tiers des MDPH et, au 1^{er} janvier 2009, 50 % des maisons avaient un stock égal ou inférieur à 3 500 demandes.

Cette accumulation de dossiers constitue un frein considérable pour le développement de l'activité des maisons, le traitement de ces anciennes demandes représentant au moins un tiers de l'activité pour au moins 20 % des MDPH.



Au cours de l'année 2008, on observe une tendance inverse à l'augmentation des stocks pour les demandes « enfants » (8 %), bien que le nombre de dossiers en attente soit nettement inférieur (entre quelques centaines pour la plus grande majorité et cinq mille au maximum pour quelques maisons). La moitié des MDPH ont moins de cinq cents demandes en stock.



Toutes les MDPH se sont engagées dans des politiques volontaristes de réduction des retards avec un certain succès :

- certaines MDPH ont choisi de fermer pendant plusieurs journées ou demi-journées pour faire des « opérations coups de poings » de traitement des dossiers stockés ;

- « opération zéro stock » dans le Val-de-Marne, qui combine heures ou vacations supplémentaires, recrutement de chargés de mission en CDD, mobilisation des partenaires, fixation d'objectifs mensuels et procédures simplifiées par type de demande ;

- recrutement d'agents supplémentaires et fixation d'objectifs hebdomadaires de traitement de dossiers pour chaque agent à Paris : sa MDPH, qui détenait 30 185 demandes en souffrance au début de l'année 2006 et 20 781 à la fin de 2007, n'en possède plus que 12 316 à la fin de 2008.

b) Un nombre de demandes en forte augmentation

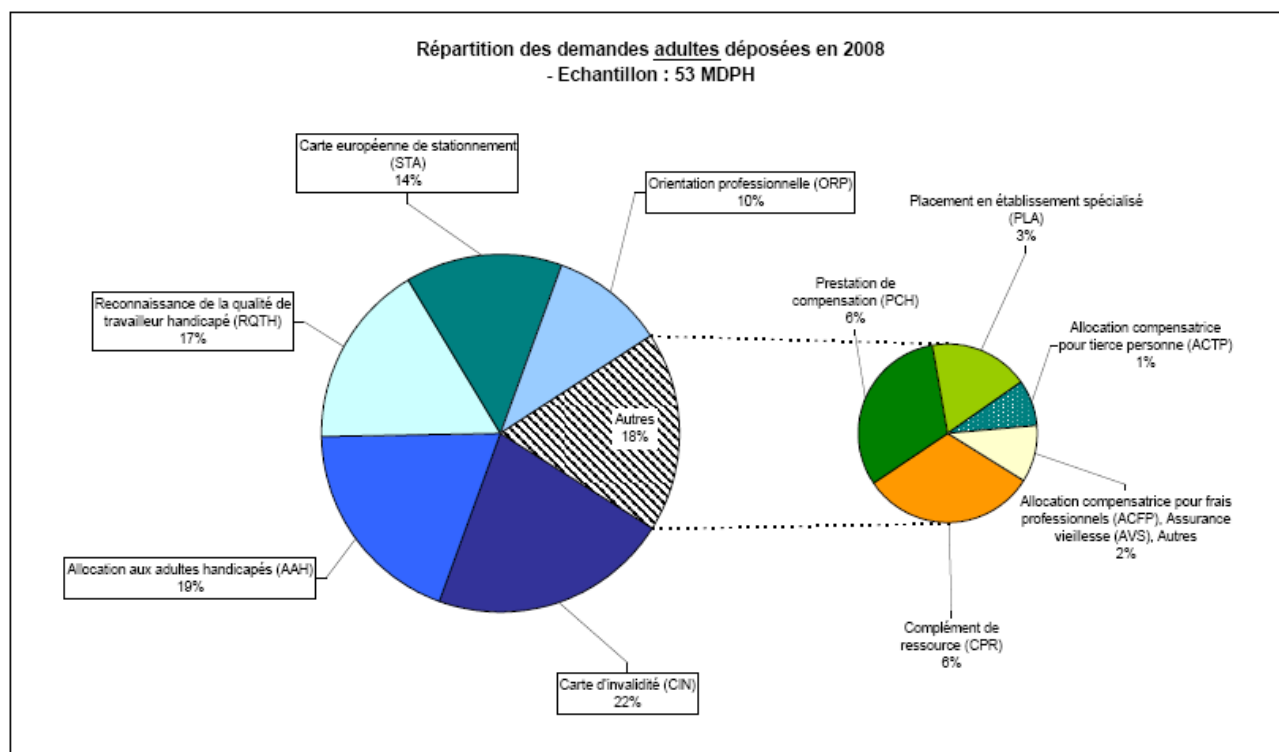
Le nombre de demandes déposées auprès des maisons départementales varie d'un département à l'autre entre dix-sept et cinquante pour 1 000 habitants.

Répartition des demandes adultes déposées en 2007 - France entière

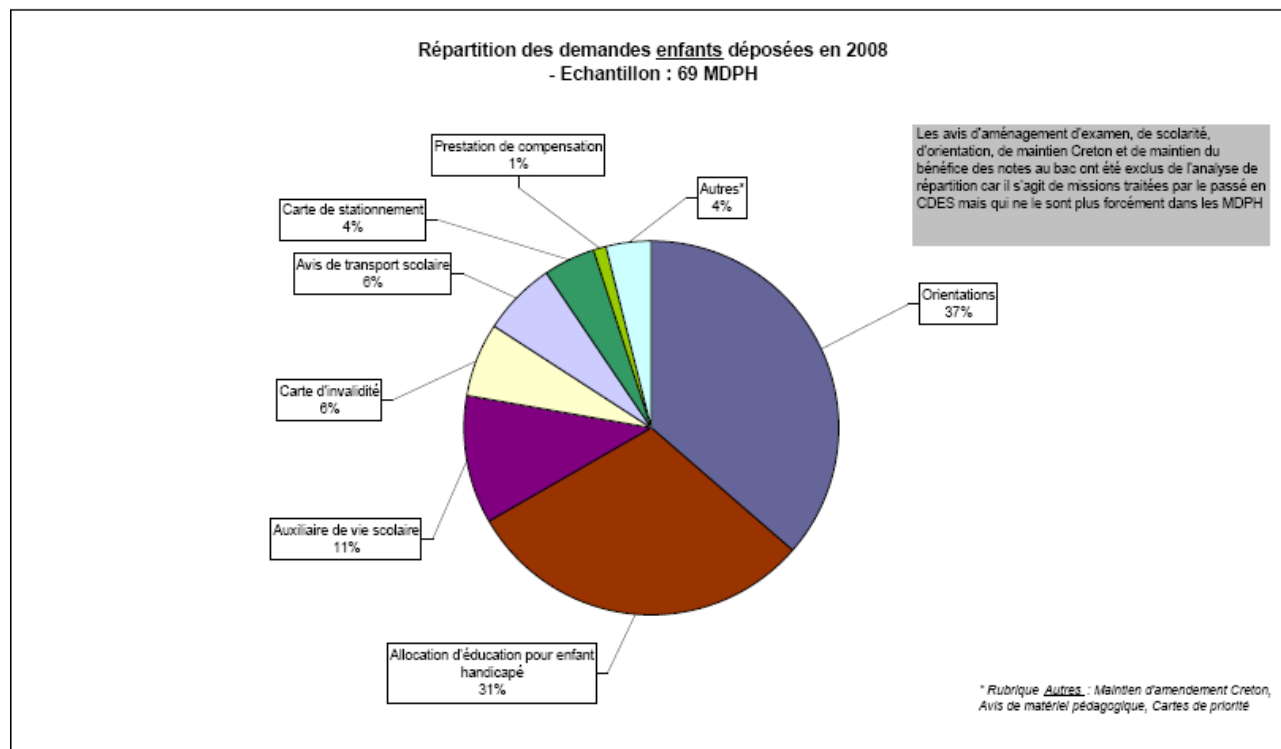
Carte invalidité	407 200
AAH	348 400
RQTH	293 900
ORP	179 500
Carte stationnement	244 200
Placement en établissement spécialisé	54 000
Complément de ressource	90 000
PCH	83 900
TOTAL principales demandes adultes	1 701 100

Source : CNSA

Très diversifiées, les demandes « adultes » portent principalement sur l'AAH (19 %), la RQTH (17 %) et les cartes d'invalidité (plus d'une demande sur cinq) et se décomposent comme suit :



Les demandes « enfants », un peu moins nombreuses, portent principalement sur l'orientation scolaire (37 %) et l'AEEH (31 %) :



c) Des délais de traitement normalement plus longs pour la PCH

Toutes prestations ou décisions d'orientation confondues, **les délais moyens de traitement des demandes**¹ sont de l'ordre de 2,5 mois pour les enfants et de 4,2 mois pour les adultes, soit des délais presque conformes aux exigences légales, qui ont été fixées à quatre mois.

● On observe cependant **deux types de disparités** pour les **demandes « adultes »** :

- **entre les MDPH** d'une part, la moitié d'entre elles déclarant traiter les demandes dans des délais moyens inférieurs à quatre mois² ;

- **entre les prestations** d'autre part, le délai moyen de 95 % des demandes « adultes » étant en réalité de 3,8 mois, alors que pour la PCH (6 % des demandes), il est de 7,2 mois, ce qui ne paraît pas surprenant au

¹ Le délai moyen de traitement des demandes est le délai observé pour les décisions prises en 2008, quelle que soit la date de dépôt de la demande. Il mesure le délai observé, en moyenne, entre le dépôt de la demande (avec toutes les pièces nécessaires à son instruction) et la date de la décision.

² Données CNSA - Délais moyen de traitement des demandes adultes en 2008 sur un échantillon de soixante-quinze MDPH.

regard de la complexité de cette prestation et du travail important que son instruction suppose avec l'élaboration du projet de vie et du plan personnalisé de compensation (PPC).

• Pour les **demandes « enfants »**, les disparités observées sont de même nature :

- la PCH (1 % des demandes) exigeant des délais d'examen beaucoup plus longs (6,7 mois en moyenne) ;

- et la moitié des MDPH examinant les demandes dans des délais moyens inférieurs ou égaux à deux mois¹.

Certaines MDPH considèrent qu'il est préférable de raccourcir le temps d'évaluation de certaines demandes simples (cartes, renouvellement notamment) et de « *se donner le temps de traiter certaines demandes qui justifient des investigations plus longues et d'entendre la personne handicapée* »². Tel est le cas pour les demandes d'orientation professionnelle, de PCH, d'aménagement du logement, ainsi que pour l'évaluation du handicap psychique, qui nécessitent des investigations et un dialogue beaucoup plus poussés.

2. Le pari réussi de l'évaluation pluridisciplinaire des demandes

a) L'appropriation d'une nouvelle approche

• **La constitution des équipes pluridisciplinaires** est une des innovations majeures de la loi du 11 février 2005. Ces équipes sont le plus souvent composées d'assistants sociaux, de médecins et de psychiatres, de psychologues, d'ergothérapeutes, de rédacteurs, du référent « insertion professionnelle » s'il a été nommé, d'un conseiller éducation nationale, mais leur composition peut varier en fonction du type de handicap et de la demande étudiée.

Plusieurs maisons ont eu des difficultés à recruter certains membres de cette équipe. Tel est le cas en particulier pour les médecins, les psychiatres et les ergothérapeutes, notamment dans les départements ruraux. En revanche, l'implication de l'éducation nationale, dont tous se sont accordés à dire qu'elle « a bien joué le jeu », a contribué au succès de la montée en charge rapide du dispositif de scolarisation des enfants et adolescents handicapés.

De même, initialement réticents à transférer leur pouvoir d'évaluation, les médecins ont désormais consenti à partager leur compétence avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Les médecins constituent toutefois encore aujourd'hui un premier filtre, avant une évaluation

¹ Données CNSA - Délais moyen de traitement des demandes enfants en 2008 sur un échantillon de soixante-douze MDPH.

² MDPH du Val-de-Marne et du Calvados.

plus globale des difficultés de la personne handicapée, le certificat médical, obligatoire, demeurant une pièce maîtresse du dossier.

• **La mission de l'équipe pluridisciplinaire**¹ est d'évaluer l'incapacité permanente de la personne handicapée et ses besoins de compensation, à partir de son projet de vie. Puis, sur cette base, elle propose un plan personnalisé de compensation du handicap. L'équipe entend, soit de sa propre initiative, soit lorsqu'ils en font la demande, la personne handicapée, ses parents, ou son représentant légal et, dès lors qu'il est capable de discernement, l'enfant handicapé lui-même. L'équipe pluridisciplinaire se rend sur le lieu de vie de la personne soit de sa propre initiative, soit à la demande de la personne handicapée.

b) Des progrès attendus pour une meilleure prise en compte des souhaits des personnes handicapées et de leur environnement

Créé par la loi du 11 février 2005, le projet de vie est l'élément clef qui sert de base à l'élaboration du plan personnalisé de compensation du handicap (PPC). C'est au travers du projet de vie que la personne handicapée peut exposer son handicap, sa situation familiale et matérielle, mais aussi exprimer ses souhaits et ses projets pour l'avenir. Cet élément constitue un progrès réel pour les personnes handicapées et pour la qualité des décisions prises à leur encontre.

La CNSA relève toutefois l'insuffisance de la prise en compte des besoins des personnes handicapées lors de la réception des demandes. Vos rapporteurs ont observé que, **dans de nombreuses maisons, l'aide à l'expression du projet de vie, qui constitue pourtant un élément fondamental de la nouvelle démarche de compensation du handicap, n'est pas encore formellement organisée.** Il en résulte un nombre très modeste de PPC, qui devraient pourtant être intégrés à toute demande adressée à la MDPH. **Les PPC et les projets de vie sont donc encore trop rarement réalisés.** De plus, lorsqu'ils le sont, on peut regretter qu'« *ils prennent une forme encore trop administrative et encore trop peu celle d'un véritable dialogue* »² et qu'ils se cantonnent trop souvent à l'objectif de compensation des actes essentiels de la vie quotidienne, sans prendre en compte la question de l'orientation professionnelle par exemple.

Le délégué interministériel aux personnes handicapées, Patrick Gohet, a également signalé la difficulté pour les personnes entendues par la commission des droits et de l'autonomie de s'exprimer devant un aréopage d'une vingtaine de personnes. Il a préconisé des **auditions en commission restreinte** ou un simple dialogue avec une personne référente, chargée ensuite d'exposer les souhaits de la personne handicapée devant la commission, en présence ou non du requérant.

¹ Article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles.

² Audition de Patrick Gohet, délégué interministériel aux personnes handicapées.

Enfin, vos rapporteurs déplorent que l'équipe pluridisciplinaire ne se rende que très rarement sur le lieu de vie des personnes handicapées pour mieux apprécier les contraintes de leur environnement direct et trouver les solutions adaptées pour améliorer leur quotidien.

3. Améliorer les modalités d'examen des demandes en commission des droits et de l'autonomie

a) Les commissions des droits et de l'autonomie : des commissions studieuses qui font une large place aux associations

- Parce qu'elles accordent une large place aux associations de personnes handicapées - leurs membres président souvent la commission -, les CDAPH ne font que très rarement l'objet de critiques quant à leur fonctionnement.

Les associations contribuent à apporter leur expertise et à diffuser une « culture décloisonnée » des types de handicap. En effet, vos rapporteurs ont ainsi observé une certaine mixité des associations au sein de la CDAPH, qui représentent à la fois les personnes handicapées physiques et celles atteintes de troubles mentaux ou psychiques.

- Dans certains départements, la commission est considérée comme un « organe central unique », qui, par souci d'équité et de cohérence des décisions prises, étudie en séance plénière tous les dossiers, y compris les demandes de cartes d'invalidité ou de stationnement.

D'autres départements, au contraire, ont mis en place des formations restreintes ou des commissions spécialisées¹ pour statuer plus rapidement sur les cas les plus simples et laisser à la commission plénière le soin de trancher sur des demandes plus complexes (PCH par exemple), les grandes orientations et les cas litigieux relevant de sa seule appréciation.

En réalité, les demandes qui n'exigent pas une enquête approfondie ou qui ne présentent pas d'ambiguïté peuvent bien souvent être préparées sous forme de listes thématiques par les équipes pluridisciplinaires, la CDAPH n'ayant plus qu'à entériner la décision proposée par les instructeurs du dossier.

- Bien que la fréquence des réunions soit soutenue et que leur durée excède souvent trois ou quatre heures, voire dure toute la journée, les membres de la CDAPH sont relativement assidus. En effet, aucun problème de quorum n'a, à ce jour, été signalé qui aurait empêché la tenue d'une réunion. Les membres avec lesquels vos rapporteurs ont eu l'occasion de s'entretenir ont d'ailleurs signalé la forte disponibilité que cette tâche exige, certaines CDAPH se réunissant une à deux fois par semaine ou au minimum tous les quinze jours.

¹ MDPH de Seine-et-Marne : une dédiée aux PPS ; une deuxième, aux projets de vie et orientation en établissement ; une troisième, aux projets de vie à domicile et une quatrième, aux projets d'insertion et de formation professionnelle.

b) Vers l'élaboration d'une doctrine partagée

Le souci de l'équité des décisions est une préoccupation constante de vos rapporteurs, comme de l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ du handicap. Or, il apparaît que des efforts substantiels doivent être réalisés dans ce domaine.

Vos rapporteurs ont en effet pu observer, que faute de formation commune aux procédures et à la connaissance des types de handicap, les membres des CDAPH, ainsi que ceux des équipes pluridisciplinaires, ne disposent pas encore véritablement d'une culture commune en la matière.

Afin de remédier à cette faiblesse, certaines MDPH ont mis en place un recueil des décisions les plus litigieuses ou relatives à certains cas spécifiques qui pourraient se répéter, afin d'élaborer une doctrine qui soit propre à la CDAPH.

Par ailleurs, la CNSA, au travers des chroniques mensuelles qu'elle envoie aux directeurs des MDPH, se fait l'écho de certaines jurisprudences ou décisions spécifiques et contribue ainsi à **la construction d'une doctrine partagée entre toutes les MDPH**. Mais vos rapporteurs ont constaté que ces informations n'ont pas été transmises aux membres des CDAPH.

Afin de parfaire l'édifice, il faudrait également que les magistrats et experts des tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) soient associés à cette démarche. On y reviendra.

c) Quelques pistes pour améliorer le traitement des demandes

Plusieurs pistes ont été évoquées pour favoriser un traitement plus rapide des demandes et améliorer la qualité des décisions rendues.

- Tout d'abord, vos rapporteurs ont observé que certaines MDPH sont encore réticentes à mettre en place des **sections spécialisées** de la commission des droits et de l'autonomie ou pour siéger en **formations restreintes**. S'il est vrai que telles pratiques semblent être moins conformes à l'approche privilégiée par la loi (équité des décisions rendues, approche globalisée des demandes d'une même personne), elles peuvent néanmoins se révéler efficaces pour réduire les délais d'examen des dossiers et développer une forme de spécialisation des équipes, sur des sujets tels que la scolarisation et l'orientation professionnelle.

Pour les structures les plus lourdes, telles que la MDPH de Paris ou celle du Nord par exemple, la question de la mise en place de **sections géographiques par arrondissement ou par zone** a été posée. **Vos rapporteurs n'y sont pas hostiles, à la condition qu'un relevé des décisions permette chaque mois de vérifier le caractère harmonieux des décisions prises**, ce qui suppose, on l'a vu, l'élaboration d'une doctrine propre à la CDAPH.

Il serait souhaitable, sur ces différents points, que la CNSA précise quelles sont les possibilités légales dans ce domaine, afin que les MDPH qui ont accumulé le plus de retard réorganisent leur mode de fonctionnement pour réduire les délais de traitement de certaines demandes.

Enfin, des aménagements de la loi pourraient être envisagés pour donner plus de souplesse à la CDAPH dans l'organisation de ses travaux et pour que ses décisions, toujours prises collectivement, ne soient pas trop lourdes à gérer.

● **La simplification du traitement des cartes** d'invalidité, de stationnement et de priorité, qui représentent la part la plus importante des demandes des MDPH, a été plusieurs fois évoquée : centralisation de leur émission et signature au conseil général (alors qu'elles doivent transiter actuellement par la préfecture, ce qui rallonge le délai d'un à deux mois) ; réflexion sur la mise en place d'une carte unique ; dématérialisation de la carte d'invalidité, son utilisation se réduisant peu à peu à une simple attestation pour obtenir des avantages fiscaux ; développement du traitement des demandes de renouvellement par liste en CDAPH, etc.

● Par ailleurs, afin de favoriser un traitement plus rapide des demandes, il convient de signaler que **la CNSA a intégré dans les nouveaux formulaires¹ la possibilité pour les usagers d'opter pour la procédure simplifiée.** En cas d'accord du demandeur, la CDAPH peut alors statuer en formation restreinte pour différents types de demandes : renouvellement d'un droit ou d'une prestation en l'absence d'évolution du handicap ou de la situation personnelle du demandeur ; reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ; carte d'invalidité ou de priorité ; affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée ; ou encore dans les cas d'urgence.

Vos rapporteurs souscrivent à cette approche pragmatique qui permet de réduire les délais d'instruction sans contourner le droit de la personne handicapée à exprimer ses souhaits. Lors de l'examen du projet de loi, votre commission avait d'ailleurs estimé que, s'il est parfois nécessaire que l'équipe pluridisciplinaire entende et reçoive la personne handicapée qui sollicite une aide ou une prestation, il n'était pas opportun d'en faire une obligation légale. Une telle obligation, soulignait-elle alors, risquait de se retourner contre la personne handicapée, les délais d'instruction en étant inévitablement allongés. La loi a donc prévu que l'entretien ait lieu à la demande de la personne handicapée et qu'à défaut, un entretien soit sollicité à l'initiative de l'équipe pluridisciplinaire.

Néanmoins, de nombreuses personnes membres des CDAPH rencontrées par vos rapporteurs ont souligné l'intérêt d'entendre les personnes handicapées ou leur famille. L'expression de leur point de vue permet en effet une meilleure connaissance des réalités du handicap, des difficultés que

¹ Disponibles depuis le 1^{er} janvier 2009.

rencontrent les personnes handicapées au quotidien, de leurs attentes et de leurs espoirs.

- Enfin, **la dématérialisation et la numérisation des dossiers** devraient permettre des gains de temps considérables au niveau de l'instruction par les équipes pluridisciplinaires, celle-ci permettant la consultation des dossiers simultanément par tout le réseau.

4. Le développement nécessaire des lieux de médiation et de conciliation

Si la personne handicapée ou sa famille estime que la CDAPH a méconnu ses droits, elle peut recourir :

- à la **procédure de conciliation**¹ qui est une procédure de traitement amiable des litiges interne à la MDPH, relatifs aux décisions de la CDAPH. **Plusieurs personnes qualifiées** peuvent être désignées pour mener à bien cette mission, qui consiste à recevoir et prendre en compte les réclamations individuelles des personnes handicapées, expliciter le sens de la décision litigieuse ou prendre connaissance d'éventuels éléments nouveaux susceptibles de la modifier. Si elle n'empêche pas forcément le recours contentieux, elle peut néanmoins éviter des démarches fastidieuses et longues. L'engagement d'une telle procédure suspend les délais de recours.

A la fin de l'année 2008, 84 % des MDPH avaient un conciliateur, contre 75 % en 2007 et 52 % en 2006. Malgré la présence d'un conciliateur, 17 % des MDPH n'ont pas eu de procédure de conciliation à traiter en 2008² ;

- au **recours gracieux**, désormais mieux connu des personnes handicapées et des familles, ce qui explique que l'on observe une légère augmentation de ce type de démarches qui restent néanmoins marginales. En moyenne, sur un échantillon de cinquante MDPH, le taux de recours en 2008 est de 2 % : 25 % des MDPH ont un taux de recours égal ou inférieur à 1 % tandis que les trois quarts ont un taux de recours inférieur ou égal à 2,4 %. En moyenne, 63 % des recours sont des recours gracieux³ ;

- au **recours contentieux** : selon la nature du droit contesté, la personne handicapée ou son représentant peut déposer un recours auprès du tribunal du contentieux et de l'incapacité (TCI) ou du tribunal administratif. On observe, de façon générale, une diminution du nombre de ce type de recours lorsque la MDPH a mis en place une procédure de médiation et de conciliation. Toutefois, 39% des MDPH de l'échantillon déclarent avoir eu plus de recours contentieux que de recours gracieux ;

¹ Prévues par l'article L. 146-10 du code de l'action sociale et des familles.

² Données CNSA - Etat des lieux à fin 2008 sur un échantillon de soixante-deux MDPH.

³ Données CNSA 2008.

• à la **procédure de médiation**¹ qui vise à faciliter la mise en oeuvre des droits fondamentaux des personnes handicapées, sans préjudice des voies de recours existantes. Sa mission consiste à recevoir et à orienter les réclamations individuelles des personnes handicapées et de leurs familles vers les autorités et services compétents.

Une **personne référente** est désignée au sein de la MDPH pour faciliter la mise en œuvre des droits fondamentaux. Dans certaines MDPH, cette personne référente est le directeur, suppléé en cas d'absence par le responsable du Pôle ressources ou le responsable du Pôle Accueil². **A la fin de l'année 2008, 62 % des MDPH avaient nommé un médiateur, contre seulement 58 % en 2007 et 48 % en 2006³. En moyenne, sur l'échantillon, 8,5 médiations ont été déclarées.**

Les réclamations mettant en cause une administration, une collectivité territoriale, un établissement public ou tout autre organisme investi d'une mission de service public sont transmises par la personne référente au médiateur de la République. Les réclamations mettant en cause une personne morale ou physique de droit privé qui n'est pas investie d'une mission de service public sont transmises par la personne référente soit à l'autorité compétente, soit au corps d'inspection et de contrôle concerné.

L'activité du médiateur dans la MDPH de Seine-et-Marne

Le choix qui a été fait par notre MDPH de se doter d'une médiatrice permanente s'est révélé judicieux. En créant cette fonction au sein même de l'organigramme de la MDPH, l'idée était de pouvoir traiter très rapidement les recours gracieux sur les décisions prises par la CDAPH et de mettre en place une fonction de « tiers » par rapport aux évaluations menées par l'équipe pluridisciplinaire.

En procédant de la sorte, la MDPH a été en mesure :

- d'apporter des explications aux familles qui engageaient des recours contentieux sur des décisions de la CDAPH qu'elles ne comprenaient pas, ce qui est souvent le cas après attribution d'une AEEH. En effet, nombreuses sont les familles qui ne comprennent pas le mode de calcul de l'AEEH et qui en l'absence de connaissance des règles, engagent un recours. Il n'est également pas rare que ces mêmes familles apportent des éléments nouveaux qui sont de nature à modifier l'évaluation des besoins de compensation ;

- d'interroger l'équipe pluridisciplinaire sur l'évaluation qui a été menée ou même de lui apporter des compléments d'information qui ont pour effet de modifier l'appréciation de la situation.

Cette fonction a également permis de repérer des cas nécessitant une intervention des services sociaux en complément de celle de la MDPH.

¹ Prévues par l'article L. 146-13 du code de l'action sociale et des familles.

² MDPH du Calvados par exemple.

³ Données CNSA - Etat des lieux à fin 2008 sur un échantillon de soixante-six MDPH.

La médiatrice est également en relation avec le Médiateur de la République et ses délégués. Le Médiateur s'adresse à elle dès lors qu'il est saisi d'une situation et qu'il souhaite avoir des éléments d'explication ou souhaite qu'une médiation soit mise en œuvre. Elle a réalisé elle-même trente-quatre médiations. On citera aussi un dossier étudié quatre fois la même année.

La médiatrice a traité cinq cent six dossiers en 2007, dont six qui ont demandé à être traités deux fois. Le principe de travail avec la CDAPH est le suivant : après étude approfondie, un avis est formulé par la médiatrice auprès de la CDAPH plénière qui prend connaissance de l'analyse qu'elle a faite et des propositions qu'elle formule. Celle-ci prend alors une nouvelle décision ou confirme son premier avis.

Ce dispositif a porté ses fruits puisque le nombre de recours contentieux engagés contre les décisions de la CDAPH est passé de 450 à 177 pour l'année 2007.

Source : Rapport d'activité de la MDPH de Seine-et-Marne pour 2007.

5. Assurer la pluridisciplinarité et l'équité des décisions du tribunal du contentieux de l'incapacité

Certaines MDPH ont exprimé des inquiétudes sur l'équité des décisions des TCI et de la cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (Cnitaat).

Leurs préoccupations portent sur plusieurs points :

- **le manque de formation des médecins et des magistrats** qui se traduit en particulier par la méconnaissance du Guide barème et des évolutions législatives récentes, des confusions sur les taux à appliquer (taux d'incapacité permanente partielle (IPP), attribution de taux d'invalidité alors qu'il s'agit désormais de fourchettes,...) et des erreurs de formulations des constats établis relatifs à l'absence de « restriction substantielle et durable à l'emploi »¹ ;

- **les TCI et la Cnitaat ne sont pas dotés d'équipes pluridisciplinaires**, alors que le principe d'une telle évaluation a été retenu par la loi du 11 février 2005. Si ce principe est effectif pour les MDPH, la loi ne le prévoit pas explicitement pour les TCI. Aussi, les décisions sont-elles généralement prises par un juge unique sur le fondement de la seule expertise du médecin, quel que soit le type de handicap ;

- **le risque d'une inégalité de traitement des demandes sur le territoire**, le niveau de connaissance des médecins et des magistrats étant très variable d'un TCI à l'autre, voire au sein d'un même TCI ;

- enfin, il a été observé que **la Cnitaat ne publie pas ses décisions**, ce qui n'est pas la pratique. Cette publication pourrait pourtant permettre une meilleure connaissance de l'interprétation que cette cour fait des textes et constituer une aide à la décision pour les CDAPH et les TCI.

¹ Utilisation de formules qui n'ont plus lieu d'être, telles que : « n'est pas dans l'impossibilité de trouver un travail du fait de son handicap ».

Vos rapporteurs ont été sensibles aux inquiétudes exprimées sur l'éventuelle iniquité des décisions prises dans le cadre d'un recours contentieux. Ils suggèrent donc qu'**une disposition législative précise que l'approche pluridisciplinaire doit être prise en compte lors de l'examen des requêtes et que les médecins et les magistrats puissent bénéficier de formations adaptées.**

II. STABILISER L'ORGANISATION ET LES MOYENS DES MDPH : UNE NÉCESSITÉ POUR GARANTIR LEUR BON FONCTIONNEMENT ET AMÉLIORER LE SERVICE RENDU

A. LA RÉFORME DU STATUT DES MDPH SEMBLE PRÉMATURÉE

Si, trois ans après leur mise en place, les MDPH ont donné globalement satisfaction, la survenance de difficultés financières et de gestion des personnels entrave leur développement et justifie un nouvel examen des conditions de leur fonctionnement. Cela conduit notamment à s'interroger sur la pertinence du choix de la gouvernance des maisons et de leur statut.

1. Le groupement d'intérêt public présente de nombreux avantages

a) Une structure souple et indépendante placée sous la tutelle du conseil général

Le choix du groupement d'intérêt public (Gip) avait fait l'objet de larges débats lors de l'examen du projet de loi « Handicap » au Sénat. Les préoccupations du législateur étaient triples : un impératif d'efficacité, qui supposait la désignation d'un chef de file local à même d'assurer la synthèse des besoins et de l'offre de services sur le terrain et de coordonner les acteurs ; la nécessité d'associer les personnes handicapées à la gestion des MDPH ; enfin, le souci de capitaliser l'expérience des sites de la vie autonome (SVA), mis en place depuis 2000, et de conserver les financements attachés à ces dispositifs. A ces trois préoccupations, s'est ajoutée au cours du débat opposant les partisans du Gip, de l'établissement public départemental ou d'un service intégré à ceux du conseil général, celle d'assurer une certaine « *souplesse d'organisation en évitant les solutions institutionnelles trop rigides* »¹.

Pour y répondre, les MDPH ont finalement été organisées en Gip², réunissant de droit l'Etat, les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général de sécurité sociale, ainsi que le conseil général, qui en assure la tutelle administrative et financière.

D'autres personnes morales peuvent demander à en être membres, notamment celles représentant les organismes gestionnaires d'établissements ou de services destinés aux personnes handicapées, celles assurant une mission de coordination en leur faveur ainsi que celles participant au financement du fonds départemental de compensation (FDC).

¹ Position de l'Assemblée des départements de France (ADF) évoquée lors du débat du 21 octobre 2004 au Sénat par Jean-Pierre Vial, président du conseil général de Haute-Savoie.

² Article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles.

La composition et l'organisation de la MDPH donnent néanmoins une place prépondérante au département. Le président du conseil général en nomme le directeur et préside la **commission exécutive** (Comex), qui comprend :

- pour moitié, des représentants du département, qu'il désigne ;
- pour le quart, des membres des associations de personnes handicapées, nommés par le conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH) ;
- et, pour le quart restant, des représentants de l'Etat désignés par le préfet et le recteur d'académie compétent, des représentants des organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général, ainsi que, le cas échéant, des représentants des autres membres du Gip.

Les décisions de la Comex sont arrêtées à la majorité des voix avec, en cas d'égalité, une voix prépondérante pour le président.

Le Gip présente l'avantage d'être assez souple et de s'adapter aux réalités locales. Selon les cas, vos rapporteurs ont observé que les modes de fonctionnement des groupements sont très divers. Ainsi, les MDPH sont :

- **soit relativement autonomes**, avec une part majoritaire de personnels recrutés directement par le Gip qui peut atteindre plus de 70 % et un directeur qui n'appartient généralement pas aux services du conseil général. Il s'agit bien souvent de MDPH de taille importante, dont le nombre d'emplois avoisine cent ETP, mais qui bénéficient néanmoins bien souvent d'une aide logistique du conseil général (marchés publics, mise à disposition de locaux, etc.) ;

- **soit plus ou moins fortement intégrées aux services du conseil général**, qui leur offrent un soutien logistique substantiel : mise à disposition de locaux, de personnels (qui représentent, dans de nombreux cas, plus de 50 % des effectifs, leur part pouvant même excéder 80 %), gestion de la paye, assistance à la réalisation de marchés publics, accès à certains avantages en nature (carburant et fournitures diverses accessibles à moindre coût etc.).

Dans l'ensemble, vos rapporteurs ont relevé la réelle implication des conseils généraux, même si celle-ci est plus ou moins forte d'un département à l'autre. Si cette implication remarquable a été unanimement saluée, les disparités observées ont toutefois suscité l'inquiétude des associations représentatives des personnes handicapées, eu égard aux conséquences qu'une moindre mobilisation pourrait avoir sur la qualité du service rendu et les inégalités territoriales de traitement qui pourraient en résulter.

Vos rapporteurs estiment toutefois que ces craintes doivent être relativisées pour deux raisons :

- d'une part, la loi a chargé la CNSA de veiller à l'équité de traitement des demandes sur le territoire (convention d'appui à la qualité, échanges des bonnes pratiques, ...)

- d'autre part, la participation des associations au Gip leur permet d'exercer un certain contrôle sur le fonctionnement des MDPH et la qualité du service rendu.

b) La participation des associations au dispositif : une valeur ajoutée unanimement soulignée

Par rapport aux autres statuts alors envisagés par le législateur (établissement public administratif départemental et service intégré au conseil général), le Gip présente en effet l'avantage considérable de garantir la participation large et directe des associations à la gouvernance des maisons, celles-ci siégeant obligatoirement à la Comex (un quart des membres) et étant souvent bien représentées au sein des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Les représentants des conseils généraux (présidents ou élus), ainsi que les directeurs des MDPH rencontrés par vos rapporteurs, ont tous souligné l'intérêt de la participation des représentants des associations à ces deux instances, qui permet de donner des réponses mieux adaptées à la réalité des handicaps et à leurs conséquences sur la vie quotidienne des personnes handicapées.

Certains départements, tels que le Loiret, ont même choisi de comptabiliser leur participation aux équipes d'évaluation et à la CDAPH ainsi qu'à la commission exécutive. Valorisée au coût moyen et considérée comme un apport en nature au fonctionnement du Gip, la contribution des personnes membres des associations, impliquées dans la MDPH est ainsi officiellement reconnue.

c) Des partenariats utiles qui ont permis de créer une synergie des réseaux

Au cœur du réseau local de services dédiés aux personnes handicapées, les MDPH ont souvent formalisé des partenariats qui la relient avec les autres acteurs intervenant dans le champ du handicap et qui lui permettent d'accroître l'efficacité et le suivi des décisions prononcées par la commission des droits et de l'autonomie.

Outre les conventions de nature financière, qui précisent la contribution de certains partenaires au Gip (caisses locales d'assurance maladie et caisses d'allocations familiales par exemple), les MDPH ont signé des conventions formalisant l'aide apportée par certaines structures pour informer, évaluer les besoins des personnes handicapées ou les orienter.

A titre d'exemple, la MDPH du Calvados a notamment signé des conventions avec le Centre ressources autisme, le Centre d'information sur la surdité de Basse-Normandie, l'Agefiph concernant la mise à disposition de prestations d'aide à l'orientation professionnelle, l'université de Caen Basse Normandie pour l'accueil des étudiants handicapés et le préfet pour organiser les relations avec le service public de l'emploi.

Mais elle travaille également en partenariat avec les établissements d'accueil du département et de la région, avec le délégué territorial du Médiateur de la République et le correspondant local du fonds « fonction publique ».

2. Les arguments en faveur du maintien du statut actuel des MDPH en attendant la création des maisons de l'autonomie

a) La transformation du Gip en établissement public local envisagée par le Gouvernement suscite des réserves

Lors de la conférence nationale du handicap du 10 juin 2008, le Gouvernement s'est fixé pour objectif de faire évoluer le statut des MDPH et de leur personnel pour leur permettre de remplir pleinement leurs missions, tout en respectant quatre principes :

- donner à l'Etat les moyens d'assurer son rôle de garant de l'équité territoriale ;
- confirmer le département dans son rôle de responsable de la MDPH et lui donner une certaine souplesse de gestion ;
- préserver l'innovation que constitue la participation des associations à la gouvernance des maisons ;
- poser les bases pour une évolution vers des maisons départementales de l'autonomie, dans le cadre de la création d'un cinquième risque de la protection sociale couvrant la perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap.

Trois options sont possibles :

- **le maintien du Gip et son éventuel aménagement** pour permettre une meilleure gestion des personnels et renforcer les garanties liées à son financement ;

- **l'intégration du Gip dans les services du conseil général** avec la création éventuelle d'un service unifié de prise en charge de la dépendance liée à la perte d'autonomie ou au handicap, c'est-à-dire une décentralisation complète des compétences des MDPH et de leurs personnels ;

- **la création d'un établissement public administratif départemental**, qui conserverait le statut hybride et ambigu du Gip, entre service décentralisé et déconcentré, l'Etat, le conseil général et les associations siégeant au conseil d'administration. Toutefois, si le statut de l'établissement public permet un fonctionnement relativement indépendant, la MDPH serait

ainsi plus clairement placée sous l'autorité du conseil général. En conséquence, les personnels d'Etat pourraient être intégrés à la fonction publique territoriale, ce qui - d'après le Gouvernement - ne serait pas actuellement possible dans le cadre du Gip. **Vos rapporteurs souhaitent néanmoins qu'une expertise juridique plus approfondie permette de confirmer cette affirmation.**

Le tableau ci-après souligne les avantages et inconvénients de chaque scénario :

Avantages et inconvénients des différents statuts envisagés pour les maisons départementales des personnes handicapées

Statuts envisagés	Aménagement du Gip	Établissement public administratif départemental	Intégration dans les services du conseil général
Thème	Gouvernance		
Pour le conseil général	Le président du conseil général (PCG) nomme le président du Gip et le CG est majoritaire.	L'établissement public administratif départemental (Epad) doit être créé par délibération du conseil général (article R. 315-1 du CASF). Le PCG en est le président de droit. La loi peut déterminer la composition du conseil d'administration en y incluant les partenaires actuels du Gip.	Responsabilité pleine et entière du président du conseil général, du fait d'une décentralisation des personnels et des compétences de la MDPH. Cohérence de la gestion des services destinés aux personnes âgées et handicapées
Pour les associations de personnes handicapées	Participation garantie des associations représentatives des personnes handicapées à la Comex et à la CDAPH.	Acceptable si les conditions de leur participation au conseil d'administration (CA) et à la CDAPH sont garanties. Crainte de voir le rôle de l'Etat diminuer par rapport au statut actuel du Gip, notamment en tant que garant de l'équité de traitement au plan national.	Rend difficile la participation des associations, qui jouent actuellement un rôle de veille sur l'équité des décisions prises et apportent une véritable expertise.
Pour l'Etat	Participation assurée de l'Etat à la Comex et au financement des MDPH. Animation du réseau et rôle de garant de l'équité territoriale confiée à la CNSA.	Participation possible de l'Etat au CA, ce qui lui permettrait d'assurer son rôle de veille et de garant de l'équité territoriale.	Désengagement de l'Etat du fait de la décentralisation des personnels intégrés à la fonction publique territoriale et des compétences qu'ils exercent au sein de la MDPH.

	Aménagement du Gip	Établissement public administratif départemental	Intégration dans les services du conseil général
Thème	Modalités de gestion des personnels et de financement		
Contribution financière de l'Etat	Compensation des postes non mis à disposition et crédits de fonctionnement correspondant aux dépenses des anciennes structures (CDES, Cotorep et SVA) Deux problèmes : contributions multiples de plusieurs départements ministériels et de la CNSA et non-compensation de certains postes non mis à disposition.	La participation de l'Etat transiterait via la dotation globale de décentralisation (DGD), par un versement unique. La complexité disparaîtrait. L'Epad présente l'avantage de permettre le transfert des personnels ainsi que le versement de sa participation dans la DGD.	La participation de l'Etat transiterait via la DGD, par un versement unique. La complexité disparaîtrait.
Gestion du personnel de l'Etat mis à disposition	Instabilité des personnels, autorité hiérarchique différente de celle exercée par le directeur de la MDPH, différences statutaires problématiques (congrés, formation, etc.). Difficultés de remplacement des postes vacants, absence de perspective de carrière pour les personnels concernés. Possibilité pour les personnels d'opter individuellement pour le détachement ou l'intégration dans la fonction publique territoriale.	Intégration dans la fonction publique territoriale avec une affectation à l'Epad.	Intégration dans la fonction publique territoriale et affectation dans le service correspondant du conseil général.
Devenir du personnel de droit public du Gip	Des contrats de droit public à durée déterminée et indéterminée sont possibles. Certaines MDPH y ont recours.	Des contrats de droit public à durée déterminée et indéterminée sont possibles.	Difficultés à prévoir pour certains contractuels (reprise d'ancienneté parfois dans certains départements).
Devenir du personnel de droit privé	Recrutement possible sous contrat de droit privé (médecins, ergothérapeutes ou autres) Largement utilisé par les MDPH pour certains professionnels de santé refusant tout autre statut.	La possibilité de continuer à employer du personnel de droit privé peut être maintenue si la loi qui institue la MDPH en Epad le prévoit expressément.	Impossibilité de maintenir les contrats de droit privé et difficulté de rémunérer les professionnels concernés à un niveau satisfaisant. Risque : départ des médecins, souvent rares et difficiles à trouver.
Agents du conseil général	Possible mise à disposition du Gip. Représentent parfois une part importante de certaines MDPH.	Possibilité de mise à disposition, de détachement, ou d'affectation directe à l'Epad.	Pas de modification de statut. Les agents sont affectés à un autre service du CG.
Soumission au code des marchés publics	Le Gip n'est pas soumis au code des marchés publics mais à l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 et au décret du 17 décembre 2008 dont les procédures sont plus souples pour les faibles montants.	Possibilité de prévoir dans la loi que l'Epad n'est pas soumis au code des marchés publics, comme pour le Gip.	Le code des marchés publics doit être obligatoirement appliqué.

De nombreuses personnes rencontrées ou auditionnées par vos rapporteurs en conviennent : **la question du statut des MDPH n'est pas centrale. Elle est en réalité le corollaire de deux sujets essentiels, qui devront être traités à court terme pour permettre aux MDPH de mener à bien les missions qui leur ont été confiées :**

- la pérennisation des financements de l'Etat, et en particulier la compensation effective des postes non mis à disposition ;

- le statut des personnels mis à disposition qui les autorise à tout moment à demander un retour dans leur administration d'origine.

Outre la priorité qui doit être donnée à la résolution de ces deux difficultés, vos rapporteurs souscrivent aux principes fixés par le Gouvernement sur le maintien indispensable du rôle de garant de l'équité territoriale de l'Etat, le pilotage du conseil général, la participation et la prise en compte de l'évolution éventuelle des missions des MDPH liée à la prise en charge de la perte d'autonomie due au grand âge ou au handicap.

Si cela s'avérait juridiquement possible, leur préférence irait au maintien du Gip avec une clarification des contributions financières de l'Etat et une stabilisation des personnels mis à disposition, afin de ne pas bouleverser l'organisation encore fragile des maisons. Mais les explications données par les représentants des cabinets du ministère de la fonction publique et du secrétariat d'Etat chargé de la solidarité ainsi que par la direction générale des collectivités territoriales laissent à penser que seule la solution de l'établissement public administratif départemental permettrait de remplir ces différents objectifs, en particulier ceux de la stabilisation des personnels et de la participation des associations.

• Si vos rapporteurs conviennent que cette solution présente de nombreux avantages, ils s'inquiètent du fait que **la transformation du Gip en établissement public administratif départemental** proposée par le Gouvernement **procède d'une décentralisation non avouée et dont ils estiment qu'il conviendrait de dessiner plus clairement les contours.** Quelles compétences le Gouvernement entend-il transférer à cet établissement ? Dans quelles conditions financières envisage-t-il ce transfert ? Comment les missions du futur établissement public s'articuleront-elles avec le schéma départemental du handicap ? Enfin, n'y a-t-il pas un risque de retours massifs des personnels mis à disposition par l'Etat et le conseil général dans leur administration d'origine, du fait de l'absence de garanties plus précises sur leur statut, avec la perte d'expertise que cela suppose pour les MDPH ? En l'absence de certitudes sur les modalités de prise en charge de la perte d'autonomie liée à l'âge, il semble aujourd'hui difficile de répondre à l'ensemble de ces questions.

● Par ailleurs, **l'hypothèse d'une intégration dans les services du département** a la faveur de certains présidents de conseils généraux, qui considèrent qu'elle serait cohérente eu égard aux responsabilités qui leur ont été confiées dans le domaine de l'action sociale, et en particulier pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Ils estiment que le département serait ainsi, plus clairement qu'aujourd'hui, reconnu comme étant le chef de file de la politique locale de l'autonomie des personnes âgées et handicapées. Cette solution, qui a le mérite de la clarté dans le partage des responsabilités et permet une certaine mutualisation des moyens, présente néanmoins un double inconvénient :

- d'une part, le risque d'un désengagement de l'Etat de son rôle de garant de l'équité territoriale et de la politique du handicap, qui relèvent pourtant éminemment de la solidarité nationale ;

- d'autre part, la difficulté à conserver dans ce schéma la participation des associations représentatives des personnes handicapées aux MDPH, acquis majeur de l'organisation actuelle.

A cet égard, vos rapporteurs considèrent que la création proposée par certains d'un « conseil consultatif de l'autonomie » installé auprès du président du conseil général, en lieu et place des comités départementaux consultatifs des personnes handicapées (CDCPH), de la Comex et du comité départemental des retraités et personnes âgées (Coderpa), est sans commune mesure avec l'implication actuelle des associations dans l'évaluation des demandes et leur participation active à la prise de décision au sein des CDAPH.

Cette hypothèse n'a donc pas la préférence de vos rapporteurs.

b) Les incertitudes liées aux réformes en cours militent en faveur d'un statu quo temporaire

Outre les difficultés de personnels et de financement rencontrées par les MDPH, il est vrai que le contexte actuel et les réformes en cours justifient pleinement que la gouvernance des MDPH et leur place dans le dispositif sanitaire et médico-social soient reconsidérées.

Toutefois, **vos rapporteurs jugent préférable, avant toute chose, de clarifier le contexte dans lequel les MDPH exerceront à l'avenir leurs missions.** En effet, celui-ci devrait être amené à évoluer de façon substantielle du fait de la préparation de plusieurs réformes d'ampleur :

- d'abord, la réflexion engagée par le Gouvernement sur **la création d'un cinquième risque de protection sociale**, tourné vers la prise en charge de la perte d'autonomie liée au handicap ou au grand âge. Ce débat n'est pas encore tranché et le Gouvernement souhaite aboutir à un projet de loi au cours du premier semestre de 2010 ;

- liée à cette réforme, la perspective de **la mise en place d'une maison de l'autonomie** se précise. Une trentaine de départements pourraient se porter volontaires pour participer à l'expérimentation d'une maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer »¹ (MAIA) et certains ont déjà suivi les préconisations de la CNSA², qui envisageait le rapprochement des dispositifs d'accueil en articulant, sous l'autorité des conseils généraux, les MDPH et les services destinés aux personnes âgées (Clic notamment) au sein de « maisons départementales de l'autonomie » ;

- autre chantier, la révision générale des politiques publiques (RGPP) lancée dans le secteur sanitaire, social et médico-social, et qui devrait se traduire notamment par la disparition des Ddass et la création des agences régionales de santé (ARS), ainsi que la réforme des collectivités territoriales, qui prévoit une éventuelle fusion des services du département et de la région.

Vos rapporteurs considèrent qu'il n'est pas opportun d'imposer deux réformes successives aux MDPH (changement de statut et passage à une maison de l'autonomie), **qui ont déjà de nombreux défis à relever** : changement de système informatique, résorption des stocks de demandes, formation de leurs équipes, amélioration de l'accueil et des procédures de traitement des demandes, etc.

S'ils reconnaissent, qu'à terme, il faudra reconsidérer le statut des MDPH, ils souhaitent que l'on prenne le temps d'examiner soigneusement chaque possibilité et que l'on puisse l'apprécier au regard des missions que le conseil général et les MDPH seront amenés à assumer en direction des personnes âgées et handicapées.

Ces évolutions devraient conduire au rapprochement des méthodes d'évaluation, quel que soit l'âge ou l'origine du handicap des personnes considérées, et permettre d'aborder des questions communes à la prise en charge du handicap et à la compensation de la perte d'autonomie.

Vos rapporteurs souhaitent néanmoins faire valoir, à ce stade, qu'il est impératif de préserver les spécificités de l'approche retenue par la loi du 11 février 2005 pour l'évaluation et la compensation du handicap. Les échanges organisés par la CNSA sur ce thème depuis le début de l'année 2009 mettent en évidence les différences de fond qui existent entre la logique de compensation du handicap et celle qui s'applique à la perte d'autonomie liée à l'âge, y compris dans le cas du vieillissement des personnes handicapées.

Aussi, dans un premier temps, il apparaît préférable de maintenir le Gip en renforçant les garanties financières liées à la mise à disposition des agents de l'Etat et à leur compensation, lorsqu'ils retournent dans leur administration d'origine ou partent en retraite. Nous en reparlerons.

¹ Plan Alzheimer annoncé par le Président de la République le 1^{er} février 2008.

² Rapport du conseil de la CNSA - octobre 2007.

Il conviendra ensuite, si l'impératif de stabilisation des personnels l'exige, de préparer la réforme éventuelle du statut des MDPH au regard de l'architecture qui sera retenue pour la prise en charge de la dépendance.

Outre une expertise juridique plus approfondie, cela suppose également au préalable une large concertation de l'ensemble des acteurs intéressés par la réforme : associations, personnels concernés par une éventuelle révision de leur statut de mise à disposition, présidents de conseils généraux, directeurs de MDPH, CNSA, etc. Or, à l'occasion de l'audition des organisations représentatives des personnels, vos rapporteurs ont observé que celles-ci n'avaient pas encore été informées de l'éventualité d'une réforme et des conséquences qu'elle pourrait avoir pour les personnels.

B. LE STATUT DES PERSONNELS DOIT ÊTRE CLARIFIÉ ET AMÉLIORÉ

1. Une multiplicité de statuts difficile à gérer

Aux termes de l'article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles, le personnel des MDPH peut comprendre à la fois :

- **des fonctionnaires placés en détachement**, régis par le statut général de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière. Il s'agit pour l'essentiel d'agents des organismes de l'assurance maladie ;

- **des agents contractuels de droit public**, recrutés par le Gip, et soumis aux dispositions applicables aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale ;

- **des salariés de droit privé**, recrutés par le Gip ;

- **des personnels mis à disposition** par les parties à la convention constitutive. Pour l'essentiel, il s'agit de personnels de la fonction publique d'Etat (Ddass, direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle [DDTEFP], éducation nationale) ou de la fonction publique hospitalière, présents à la CDES ou à la Cotorep, ou de titulaires de la fonction publique territoriale travaillant historiquement dans le champ du handicap. Ces personnels, qui conservent leur statut initial et sont rémunérés par leur administration d'origine, représentent une part non négligeable des effectifs (55 % en moyenne), même si elle varie considérablement d'un département à l'autre. **A l'exception d'une seule MDPH, toutes les maisons fonctionnent avec au moins 20 % de leurs effectifs mis à disposition, 30 % d'entre elles ne fonctionnent qu'avec des personnels relevant de ce régime et près des deux tiers en ont plus de 50 %.**

Il résulte de cette pluralité de contrats et de statuts (jusqu'à huit dans certaines MDPH) plusieurs dysfonctionnements et difficultés pour les MDPH :

- De nombreuses MDPH ont signalé la **difficulté de mettre en place des rythmes de travail communs**, certains personnels mis à disposition exerçant à temps partiel pour leur administration d'origine (conseil général, Ddass, DDTEFP ou Etat) ou demandant la conservation d'avantages acquis de leur statut (congrés scolaires, mercredi libre, ...).

La durée des **congrés** est généralement de dix à onze semaines dans l'ensemble des maisons. La plupart des personnels se sont soumis à cette règle commune¹ ou ont organisé leur travail pour ne pas pénaliser le fonctionnement de la MDPH. Toutefois, les personnels mis à disposition par l'éducation nationale ont parfois réussi à négocier le maintien de leurs quatorze semaines de congrés ou, dans certains cas, d'au moins douze semaines.

Or, l'absence de ses personnels se révèle être particulièrement préjudiciable à l'activité des maisons, en particulier entre mars et octobre, au moment où les demandes d'orientation scolaire et d'élaborations des projets personnalisés de scolarisation (PPS) sont les plus nombreuses et exigent un traitement rapide (avant la rentrée scolaire).

- La disparité des statuts pose également des problèmes dans le domaine de **la formation**, les personnels autres que ceux issus de la fonction publique territoriale n'étant pas éligibles aux formations organisées par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT). Dans un courrier adressé à vos rapporteurs², son directeur général, Michel Pastor, a confirmé « l'obligation pour le CNFPT d'utiliser le produit de la cotisation versée par les collectivités pour la seule formation des agents territoriaux », rappelant en outre que « les contrôles effectués par la Cour des comptes rappellent régulièrement cette règle ». Il conclut toutefois que si « les formations concernant des personnels des MDPH non territoriaux doivent nécessairement trouver des financements distincts de la cotisation, [cela] ne devrait pas remettre en cause l'intérêt de formations communes pour tous les types de publics concourant aux mêmes missions de service public ».

- Ont été également soulignés **les dysfonctionnements liés à la présence incertaine et instable des personnels d'Etat mis à disposition**, qui fragilise les équipes et crée parfois des vacances d'emplois que les MDPH n'ont souvent pas les moyens de remplacer. En effet, outre le fait que de nombreux postes réservés à des personnels d'Etat mis à disposition n'ont jamais été pourvus (DTEFP et Ddass en particulier), le personnel mis à disposition peut à tout moment, sous réserve d'un préavis (généralement fixé à trois mois), demander sa réintégration de droit dans son corps d'origine.

¹ Dans le cadre d'une mise à disposition, c'est l'administration d'accueil qui fixe les conditions de travail de l'agent concerné. De plus, un personnel enseignant déchargé d'enseignement se doit d'effectuer 1 607 heures annuelles, soit le temps de travail d'une personne à temps complet et soumise aux 35 heures hebdomadaires.

² Courrier en date du 9 juin 2009, voir annexes.

Les règles applicables aux personnels d'Etat mis à disposition

- **L'activité** est la position du fonctionnaire qui, titulaire d'un grade, exerce effectivement les fonctions de l'un des emplois correspondant à ce grade.

- **La mise à disposition** est la situation du fonctionnaire qui demeure dans son corps d'origine, est réputé occuper son emploi, continue à percevoir la rémunération correspondante mais qui effectue son service dans une autre administration que la sienne.

Les règles régissant ce statut ont été modifiées par la loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique et le décret n° 2007-1542 du 26 octobre 2007 relatif à la mise à disposition.

Le fonctionnaire d'Etat peut être mis à disposition :

- des collectivités territoriales, de l'Etat et de leurs établissements publics ;
- de certains établissements hospitaliers, sociaux ou médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- des organismes contribuant à la mise en œuvre d'une politique de l'Etat, des collectivités territoriales ou de leurs établissements publics administratifs, pour l'exercice des seules missions de service public confiées à ces organismes ;
- du conseil supérieur de la fonction publique territoriale, pour l'exercice de ses missions ;
- des organisations internationales intergouvernementales ;
- d'Etats étrangers, à la condition que le fonctionnaire mis à disposition conserve, par ses missions, un lien fonctionnel avec son administration d'origine.

- **Conditions de la mise à disposition :**

- accord du fonctionnaire ;
- nécessité de service ;
- arrêté du ministre dont relève l'agent (ou du préfet pour certaines administrations déconcentrées) ;
- signature d'une convention conclue entre l'administration d'origine et l'organisme d'accueil.

- **Durée de la mise à disposition**

Elle est fixée dans l'arrêté la prononçant pour une durée maximale de trois ans renouvelable.

- **Effets de la mise à disposition**

- rémunération correspondant à son emploi dans le corps d'origine et versée par l'organisme d'origine ;
- pouvoir disciplinaire de l'administration d'origine qui note l'agent mais reçoit de l'organisme d'accueil des rapports sur sa manière de servir ;
- contrôle de l'inspection de son administration d'origine ;
- conditions de travail (congrés annuels, congrés maladie,...) fixées par l'organisation d'accueil sauf si la quotité de travail est inférieure ou égale à un mi-temps ;
- charges de formation assumées par l'administration d'accueil.

• **Fin de la mise à disposition :**

On distingue quatre cas :

- au terme d'une durée qui ne peut excéder trois ans : si l'administration d'accueil dispose d'un corps correspondant à celui du personnel mis à disposition, elle est tenue de lui proposer un détachement au sein de ce corps. Le fonctionnaire qui accepte cette proposition bénéficie alors d'une priorité pour continuer à exercer les mêmes fonctions en position de détachement¹ ;

- avant le terme prévu par l'arrêté : à la demande de l'administration d'origine, de l'organisme d'accueil ou du fonctionnaire, sous réserve des règles de préavis éventuellement prévues dans la convention de mise à disposition ;

- en cas de faute disciplinaire : sans préavis, par accord entre l'administration d'origine et l'organisme d'accueil ;

- au terme prévu par l'arrêté : si l'agent ne peut être affecté dans ses fonctions antérieures, il est placé dans l'un des emplois correspondant à son grade.

Par ailleurs, plusieurs directeurs de MDPH et, parfois, les fonctionnaires concernés eux-mêmes ont souligné la difficulté de leur situation, au regard du conflit d'intérêts qu'elle comporte entre l'autorité fonctionnelle exercée par le directeur de la maison et l'autorité hiérarchique de leur administration d'origine. Tel est par exemple le cas des « enseignants référents » intégrés aux équipes pluridisciplinaires, qui demeurent sous l'autorité hiérarchique de l'inspection académique.

Il en résulte des **problèmes de management** qui perturbent le fonctionnement des équipes et qui peuvent être à l'origine de conflits plus ou moins bien gérés et se traduire, à terme, par le départ des personnels mis à disposition et la vacance des postes correspondants. De même, le surcroît de travail qui en résulte pour les autres agents n'est pas sans conséquence sur les délais de traitement des demandes.

Malgré ces disparités statutaires, certains directeurs de MDPH disent avoir néanmoins réussi à créer une certaine cohésion et une culture commune, les agents ne se distinguant peu à peu plus par leur origine statutaire, mais seulement par leurs tâches et leurs responsabilités au sein de la MDPH.

¹ En cas d'intégration dans le corps d'accueil à l'issue de son détachement, la durée de service effectuée par l'agent pendant sa mise à disposition est prise en compte dans le calcul de l'ancienneté requise.

2. Améliorer l'accès à la formation de l'ensemble des personnels

a) Créer une culture commune en préservant les expériences et les qualifications acquises

A partir des activités préexistantes des Cotorep, des CDES et des SVA et des expertises acquises par leurs personnels, les MDPH doivent faire fonctionner ensemble, au sein d'une nouvelle organisation, des agents issus de milieux et de statuts professionnels très différents. L'objectif est de construire progressivement une culture commune tout en garantissant la pluridisciplinarité voulue par la loi du 11 février 2005.

Les métiers identifiés peuvent être regroupés dans quatre filières principales :

- social (travailleur social, psychologue, agent d'accueil social, référent scolarisation ou insertion professionnelle, ...)

- santé (médecin, ergothérapeute, psychologue et psychiatre, infirmier,...)

- administrative (directeur, chef de service, secrétaire, instructeur de dossier,...)

- technique (agent polyvalent d'entretien, chef de projet logistique, chef de bâtiment, ...).

L'ensemble des personnels, quel que soit leur métier, requiert des formations dans différents domaines : connaissance des handicaps et adaptation des comportements vis-à-vis des personnes handicapées ; connaissance de la loi du 11 février 2005, des procédures et des évolutions législatives récentes (réforme de l'AAH et mise en place de l'AEEH par exemple) ; insertion professionnelle des personnes handicapées ; scolarisation des enfants handicapés ; accessibilité des services et des bâtiments ; accueil téléphonique et physique ; formation aux nouveaux logiciels de saisie des demandes et de traitement des dossiers ; gestion des ressources humaines et management ; rédaction de synthèses de réunion et présentation synthétique d'un dossier, etc.

Certaines de ces formations peuvent être communes à l'ensemble des personnels (connaissance du handicap, législation en vigueur, rédaction de synthèses, par exemple) et permettre ainsi de consolider la cohésion des équipes. Les autres, plus spécialisées, doivent faire l'objet d'une approche plus individualisée en fonction des responsabilités et parcours de chacun ou encore être réservées à certains pôles d'activité des MDPH (accueil, équipes pluridisciplinaires, etc.).

Plusieurs MDPH ont déjà mis en œuvre des formations internes régulières ou ponctuelles visant à former l'ensemble des personnels sur certains sujets ou permettant simplement à chacun d'exprimer ses difficultés et de rechercher des solutions en commun.

D'autres MDPH ont pu bénéficier de formations dispensées par des organismes externes ou par le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT). Il faut toutefois signaler que **certaines maisons se sont heurtées au refus des délégations régionales du CNFPT, au motif que les personnels candidats à la formation n'y étaient pas tous éligibles, n'étant pas membres de la fonction publique territoriale et, par conséquent, ne donnant pas lieu à la cotisation afférente.**

Dans de nombreux cas, cette objection n'a pas été un obstacle insurmontable et les formations ont été dispensées à l'ensemble des personnels, qu'ils soient contractuels du Gip ou mis à disposition par l'Etat ou le conseil général, et ont fait l'objet d'une facturation globale. Cette possibilité ayant été confirmée par le directeur général du CNFPT¹, **vos rapporteurs souhaitent qu'elle soit rapidement appliquée de façon uniforme par l'ensemble des délégations régionales du CNFPT pour permettre à l'ensemble des personnels de suivre ces formations. Le rapprochement de la CNSA et du CNFPT pourrait y contribuer, au travers de la convention et des partenariats qu'ils ont commencé à nouer.**

b) La CNSA et le CNFPT travaillent à l'élaboration de formations adaptées aux personnels des MDPH

Afin de répondre à ces demandes pressantes des personnels et des directions des maisons en matière de formation, **la CNSA a mis en œuvre quatre types d'actions :**

- elle met à disposition des MDPH un ensemble d'outils et de démarches (lettre électronique d'information, rencontre thématiques mensuelles, « jeudis de la compensation », réunions nationales des directeurs des MDPH avec l'Assemblée des départements de France [ADF], ...) dans le cadre de sa fonction d'animation du réseau ;

- elle a recruté des « formateurs relais » pour dispenser des formations (accueil des usagers, évaluation pluridisciplinaire, AAH, guide barème,...), qui ont déjà profité à près de quatre cents personnes travaillant dans quarante MDPH ;

- en partenariat avec l'ADF, le CNFPT et les MDPH, elle a aussi engagé un **processus de référencement des formations proposées** par les organismes de formation à partir d'un cahier des charges qui tient compte du bilan réalisé en commun sur les emplois, les statuts, les métiers, les qualifications, l'évolution des activités et des compétences des MDPH et leurs besoins de formations². Le but est de faire entrer dans le catalogue des organismes référencés des sessions adaptées aux demandes des MDPH et labellisées par la CNSA ;

¹ Voir p. 48 du présent rapport.

² *L'emploi et les métiers des maisons départementales des personnes handicapées - Rapport d'étude du CNFPT en partenariat avec l'ADF - novembre 2008.*

- enfin, **elle a signé une convention en novembre 2007 avec le CNFPT** qui doit permettre de développer l'offre de formation en direction des personnels des MDPH.

Les formations proposées par la CNSA aux personnels des MDPH

La CNSA a référencé sept formations sur l'accueil, sept sur l'évaluation des besoins des personnes, six sur l'accueil et/ou l'évaluation des besoins des personnes avec un handicap d'origine psychique, deux sur le rôle de membre de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et une sur le plan personnalisé de compensation (préconisation de nouvelles technologies de compensation).

Elle a également imaginé une formation-action appelée « Rencontres pour une culture partagée », qui permet aux professionnels et usagers des MDPH d'inverser les rôles, au travers d'exercice de mise en situation, dans le but de mieux comprendre les changements apportés par la loi de 2005. Cette formation a déjà été en Île-de-France, en Guadeloupe, dans l'Est et bientôt devrait l'être dans le Nord.

En 2008, 187 agents de vingt-deux MDPH ont suivi la formation sur l'allocation adultes handicapés, 72 agents de sept MDPH ont suivi celle sur le handicap psychique, 272 ont mis à jour leurs connaissances sur le guide barème. Ils sont 90 provenant de huit MDPH à s'être formés sur les techniques d'accueil physique et téléphonique et 115 sur le plan personnalisé de compensation.

Source : CNSA

Parallèlement, **le CNFPT a également œuvré dans le sens d'une offre de formation plus adaptée dans le domaine du handicap et de l'autonomie :**

- il a pris l'initiative de **refondre le répertoire des métiers territoriaux relatifs à l'autonomie**, en tenant compte des métiers et des expériences acquises dans les MDPH, dans les collectivités territoriales, en particulier au travers des actions qu'elles conduisent dans les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les centres locaux d'information et de coordination pour les personnes âgées (Clic) ;

- en signant une **convention avec le fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)** portant notamment sur la formation des agents des collectivités territoriales dans le domaine du handicap. Un effort particulier a été réalisé sur la formation du personnel des MDPH concernant l'emploi public des personnes handicapées. Vos rapporteurs saluent cette démarche du FIPHFP, qui était jusqu'alors encore trop peu actif. **Ils estiment en particulier souhaitable que des partenariats se nouent, au niveau local, entre les MDPH et les correspondants locaux du fonds.**

3. Donner des perspectives de carrière aux personnels d'Etat mis à disposition et aux contractuels du Gip

a) Valoriser l'expertise et l'expérience acquises au sein des MDPH

Issus pour une grande part des anciennes CDES ou Cotorep ou des SVA, les personnels des MDPH ont acquis au fil du temps une grande expertise dans le domaine du handicap. L'étude précitée réalisée par le CNFPT sur les métiers exercés au sein des MDPH¹ met en évidence le haut niveau de qualification des agents, qu'ils soient originaires de la fonction publique d'Etat, de la fonction publique territoriale ou qu'ils aient été embauchés lors de la création du Gip : sur quelque 2 500 agents, près de 80 % d'entre eux sont titulaires du bac, dont 23 % d'un niveau Bac+5 ou plus et environ 36 % d'un niveau Bac+2 ; seuls 2,3 % sont sans diplôme.

Répartition des personnels des MDPH par niveau de qualification en 2007

Niveau de diplôme	Effectifs	Part en %
Bac+5 ou plus	556	22,9
Bac+3 ou 4	454	18,7
Bac+2	423	17,4
Bac	481	19,8
BEP / CAP	458	18,8
Sans diplôme	57	2,4
TOTAL	2 429	100

Source : CNFPT

Ce haut niveau de qualification se traduit par une forte représentation des catégories d'encadrement parmi les titulaires et non titulaires de la fonction publique. Sur les quelque 2 905 personnels pour lesquels les données étaient disponibles, 29 % appartenaient à la catégorie A, soit une part largement supérieure à la moyenne normalement observée dans la fonction publique territoriale, et 48 % relevaient de la catégorie C (contre 77 % dans la fonction publique territoriale).

¹ L'emploi et les métiers des maisons départementales des personnes handicapées - Rapport d'étude du CNFPT en partenariat avec l'ADF - novembre 2008.

Répartition des effectifs par filières et cadres d'emplois en 2007

Filières d'emplois	Effectifs	Part en %
Filière administrative	1510	64,5
Filière médico-sociale	464	19,8
Filière sociale	206	8,9
Filière technique	10	0,4
Filière culturelle	6	0,3
Corps de la FPE et FPH	143	6,1
TOTAL	2 339	100

Source : CNFPT

La filière administrative est la plus représentée avec 64,5 % des effectifs, suivie de la filière médico-sociale dont la part avoisine 20 %. Près de 50 % des agents titulaires sont adjoints administratifs, 14,3 % sont médecins, 7,9 % sont assistants socio-éducatifs et près de 8 % sont rédacteurs.

Les tendances observées vont dans le sens d'un renforcement de la formation des agents dans le domaine de la santé, du handicap et de l'autonomie, les agents ayant essentiellement un profil administratif de gestionnaire de dossiers, et de fait d'une plus grande polyvalence, ce qui représente une valeur ajoutée dans le cadre d'unités restreintes telles que les MDPH.

Or, les directeurs ne disposent aujourd'hui que de très peu de moyens pour reconnaître et valoriser cette expertise, par la validation des acquis de l'expérience notamment. C'est le cas en particulier pour **les personnels contractuels**, pour lesquels il n'existe pas de convention collective et de perspectives réelles de carrière (sauf à ce qu'ils postulent pour entrer dans la fonction publique territoriale), mais aussi pour **les personnels mis à disposition**, dont la rémunération et l'évolution de carrière dépendent de leur administration d'origine.

A l'inverse, les agents mis à disposition par le conseil général, du fait de la proximité de cette institution par rapport à la MDPH, peuvent plus facilement faire valoir les mérites des qualifications acquises et du travail accompli au sein de la MDPH.

b) Vers une intégration durable dans les MDPH des personnels d'Etat mis à disposition

Pour ces diverses raisons, mais aussi pour stabiliser les personnels mis à disposition par l'Etat auprès des MDPH et homogénéiser les différents statuts s'appliquant aux personnels des MDPH, il semble nécessaire d'organiser une évolution de la situation des personnels d'Etat mis à disposition.

Pour favoriser leur intégration pérenne au sein des MDPH, le Gouvernement envisage de proposer un droit d'option que les personnels mis à disposition pourraient exercer sur une période d'une durée maximale d'un an, leur permettant de choisir entre une affectation définitive à la MDPH et le retour dans leur corps d'origine.

A l'image de la solution qui a été retenue à l'occasion du transfert aux collectivités territoriales des techniciens de la direction départementale de l'équipement (DDE) et des techniciens, ouvriers et de services (Tos) des collèges et des lycées, **l'affectation définitive des personnels aux MDPH pourrait prendre la forme :**

- soit d'une intégration dans la fonction publique territoriale ;
- soit d'un détachement sans limitation de durée.

Les effectifs concernés représentent, au total, plus de **1 536 équivalents temps plein (ETP)**¹, que les personnels soient en exercice ou que les emplois vacants soient financièrement compensés par l'Etat. La grande majorité provient des Ddass et DDTEFP, tandis qu'une minorité (263 ETP environ) sont rattachés au ministère de l'éducation nationale.

Tableau des personnels mis à disposition ou compensés financièrement au titre de la fongibilité asymétrique (bilan 2008)

	Nombre d'ETP
DDASS	945,5
DDTEFP	327,5
Education nationale	263
Total	1 536

Si vos rapporteurs perçoivent bien l'avantage d'une telle évolution, ils sont cependant réservés sur **deux points** :

- ainsi que le souligne le rapport consacré au bilan du transfert des personnels Tos et DDE², **le détachement sans limitation de durée est une « innovation législative », dérogeant du droit commun à plusieurs égards, ce qui peut poser des problèmes de nature juridique** : par définition, il ne comporte aucun terme (alors qu'il est normalement d'une durée qui va de six mois à cinq ans) ; il semble devoir être prononcé d'office et non sur demande de l'agent, lorsque celui-ci n'aura pas exercé son droit d'option dans les délais impartis, ce qui peut être contestable ; les chances d'obtenir la réintégration dans l'administration d'Etat sont infimes, même si elle est théoriquement prévue ; enfin, il devra faire l'objet d'un décret

¹ Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap - 12 février 2009.

² Rapport (2006-2007) n° 62 d'Eric Doligé, au nom de l'Observatoire de la décentralisation, « Transferts des personnels TOS et DDE : un premier bilan encourageant malgré des perspectives financières préoccupantes » - novembre 2006.

d'application spécifique, comme cela a été le cas pour les personnels Tos et DDE. **Ne serait-il pas plus simple et plus clair dans ce cas de proposer aux agents la simple alternative entre retour dans l'administration d'origine ou intégration définitive à l'équipe de la MDPH ?**

Analyse sur le « détachement sans limitation de durée »

de Didier Jean-Pierre, professeur agrégé et maître des requêtes au Conseil d'Etat

Déplorant le délitement des grandes notions qui fondent le droit de la fonction publique, M. Didier Jean-Pierre a regretté que certaines innovations législatives dérogoires remettent en cause le principe d'égalité devant la loi.

Prenant l'exemple du « détachement illimité », pour lequel les Tos transférés aux collectivités territoriales peuvent opter, **il a souligné l'absurdité de cette procédure qui n'a, selon lui, aucun sens en droit et qui risque de créer une catégorie d'agents spécifiques auxquels le droit commun de la fonction publique ne serait plus appliqué.**

Il a cité, pour preuve, l'exemple des agents de France Télécom : en créant, par le passé, une dérogation pour ces agents, l'Etat les a, de fait, mis à l'abri des évolutions statutaires de la fonction publique, les privant d'avantages sociaux non négligeables comme le compte-épargne-temps.

De la même manière, les agents Tos qui auront fait le choix du détachement illimité courent le risque d'être marginalisés au sein de la fonction publique d'Etat. Selon Didier Jean-Pierre, en renonçant à l'homogénéité de la fonction publique à travers la multiplication des dérogations, l'Etat risque d'être confronté à des revendications corporatistes tous azimuts.

Il a relevé que, sans doute conscient de ces difficultés, l'État encourageait les personnels Tos à opter pour la fonction publique territoriale, plutôt que pour le détachement illimité, à travers la promotion d'une série d'avantages sociaux liés au régime indemnitaire, aux conditions de travail ou à la protection sociale.

Il a également émis des réserves sur la pertinence des cadres d'emplois spécifiques qui ont été créés par l'Etat dans le seul objectif de rassurer les Tos sur leur appartenance à la communauté éducative. Le risque est grand, en effet, de voir le statut des Tos intégrés dans ces cadres d'emplois inédits figé et marginalisé par rapport à la filière technique dans laquelle les agents locaux de catégorie C sont traditionnellement intégrés. Par conséquent, il n'est guère étonnant, selon lui, que de nombreuses collectivités cherchent à contourner ces cadres d'emplois spécifiques, en proposant aux Tos d'intégrer la filière technique traditionnelle. Au demeurant, les Tos ne seraient pas perdants dans cette opération puisqu'un alignement par le haut des avantages sociaux et indemnitaires des agents Tos est à prévoir.

Source : extraits du compte-rendu de l'audition réalisée par l'Observatoire de la décentralisation le 14 juin 2006 - Rapport précité sur le transfert des personnels Tos et DDE

- par ailleurs, le représentant du cabinet du ministère de l'éducation nationale¹ a fait valoir qu'**une affectation définitive à la MDPH réduirait la valeur ajoutée qu'apporte la présence au sein des équipes**

¹ Voir en annexe la liste des personnes auditionnées.

pluridisciplinaires des personnels ayant acquis une connaissance du milieu éducatif - en tant qu'enseignant spécialisé ou assistante sociale - et qui conservent un lien avec l'univers scolaire. Il a également souligné **la spécificité du métier d'enseignant qui ne correspond à aucun autre équivalent dans la fonction publique territoriale**. Si les grilles indiciaires et la progression de carrière pourraient être facilement transposables¹, le métier d'enseignant demeure en revanche l'apanage exclusif de la fonction publique d'Etat. **Vos rapporteurs craignent que l'attachement des personnels enseignants à leur métier et l'impossibilité de l'exercer à l'avenir au sein de la fonction publique territoriale constituent un motif de retour dans leur administration d'origine, qui serait très préjudiciable au fonctionnement des MDPH qui ont besoin de leur expertise pour élaborer les PPS**. La création évoquée d'un cadre d'emploi comparable au sein de la fonction publique territoriale n'est pas non plus convaincante, dans la mesure où il ne regrouperait qu'un nombre limité de personnels (200 à 250 tout au plus), ce qui n'est généralement pas à l'avantage des fonctionnaires appartenant à ce cadre dans la négociation collective².

Pourtant, il existe, semble-t-il, des solutions alternatives qui permettraient d'éviter cet écueil :

- d'une part, **un détachement de droit commun, qui peut aller jusqu'à une période de cinq ans, renouvelable**, pourrait être proposé par voie de convention à ces personnels. Contrairement aux situations de mise à disposition, les retours dans l'administration d'origine sont, dans ce cas, généralement moins fréquents. La réintégration n'est en effet pas garantie en cas de surnombre, ce qui est peu incitatif au retour du fait des incertitudes qu'il comporte. Le détachement, même d'une durée déterminée, contribuerait ainsi à une relative stabilité des personnels. Autre avantage de ce statut : au terme de la période de détachement de cinq ans, les personnels peuvent opter pour un renouvellement de la période de détachement, pour une intégration définitive ou bien pour un retour dans le corps d'origine ;

- d'autre part, **dans le cas de la création d'un établissement public administratif départemental, les personnels pourraient être affectés à la MDPH, tout comme ils le sont dans les lycées et collèges**, qui sont des établissements publics locaux d'enseignement de statut comparable. Cette solution a la préférence de vos rapporteurs dans la mesure où elle permet tout à la fois de stabiliser les personnels, de les maintenir dans leur corps d'origine, de leur offrir une diversification de leurs carrières et de garantir le paiement de leur rémunération par l'Etat. **Selon les arguments avancés par le cabinet du**

¹ Voir en annexe la comparaison des grilles indiciaires correspondantes.

² La préférence des Tos pour le cadre général des techniciens plutôt que le cadre spécifique qui a été créé à leur intention témoigne de cette réalité. Aux dires des organisations syndicales elles-mêmes, la création des cadres d'emplois spécifiques a été une « fausse bonne idée », ceux-ci, lorsqu'ils sont trop restreints, les enfermant comme dans des « réserves d'indiens » sur les particularités de leurs missions sans qu'ils ne puissent plus en sortir - p. 93 du rapport précité sur les personnels Tos et DDE.

ministère de la fonction publique et la direction générale des collectivités locales (DGCL), l'affectation à un Gip ne serait en revanche juridiquement pas valable, l'établissement public administratif départemental étant la seule solution dans le cadre juridique actuel. Vos rapporteurs souhaitent néanmoins étudier la possibilité d'autoriser l'affectation de personnels d'Etat à un Gip, qui n'est en effet aujourd'hui pas prévue par la loi.

S'agissant des personnels originaires des Ddass et de la DDTEFP, leur intégration dans la fonction publique territoriale ne devrait poser aucun problème, les cadres d'emplois étant quasi-équivalents¹ et les conditions statutaires étant généralement plus avantageuses que dans la fonction publique d'Etat. En outre, les bouleversements que connaissent actuellement ces administrations dans le cadre de la création des ARS et de la fusion des directions départementales dans une grande direction de la cohésion sociale, rendront sans aucun doute très attractive pour ces agents l'affectation définitive à un poste identifié et connu au sein de la MDPH avec, à la clef, une certaine garantie de stabilité géographique.

C. LES CONTRIBUTIONS AU FINANCEMENT DES MDPH DOIVENT ÊTRE PRÉCISÉES ET MIEUX GARANTIES

Selon les données recueillies par la CNSA, les dépenses de fonctionnement des MDPH s'élèvent, en 2008, à environ 230 millions d'euros. Pour 75 %, il s'agit de dépenses de personnel, les autres dépenses de fonctionnement représentant environ 20 % et celles consacrées à l'investissement, 5 %.

L'Etat et la CNSA apportent plus des deux tiers des moyens de fonctionnement aux maisons, ainsi qu'ils s'y étaient engagés en 2006 lors de la signature des conventions constitutives. Toutefois, selon les départements, l'implication financière du conseil général a été déterminante pour la mise en place et le développement de l'activité des maisons.

Faute de précisions législatives sur la structure des financements apportés sur l'ensemble du territoire aux MDPH, les apports de chacun des partenaires ont finalement été fixés dans chaque département dans la convention constitutive. Ainsi, **revers de la médaille de la souplesse de l'organisation institutionnelle, on constate une grande disparité des situations selon les départements, qui a conduit les associations à exprimer de fortes inquiétudes sur les inégalités de traitement qui pourraient en résulter.**

¹ Voir comparaison des grilles indiciaires en annexe.

1. Garantir les contributions financières de chaque partenaire au Gip

a) Une contribution importante de l'Etat et de la CNSA au fonctionnement des MDPH qui doit être pérennisée

En tant que membre du Gip, l'Etat a largement contribué à l'installation des MDPH et à leur mise en route qui a été rapide et effective dès 2006. De 2005 à 2008, sa participation a atteint près de 130 millions d'euros (y compris les fonds de concours), soit en moyenne 45 % du budget des MDPH. Cette part varie toutefois d'un département à l'autre, de 12% à 67 % selon les informations recueillies par la CNSA¹. Aux contributions de l'Etat, il convient d'ajouter les versements de la CNSA, qui se sont élevés à 115 millions d'euros sur la même période (soit 23 % des dépenses).

Crédits versés pour le fonctionnement des MDPH de 2005 à 2008

(en euros)

Année	Etat Progr. 124	Etat Progr. 157	Etat Progr. 155	CNSA	Total général	Commentaires
Total 2005		50 000 000			50 000 000	Crédits exceptionnels de préfiguration
2006	2 500 000		2 085 015	20 000 000		Dotation de fonctionnement
		13 840 000				Fonctionnement
		16 000 000				Crédits supplémentaires exceptionnels
			527 985			Fongibilité asymétrique
		4 000 000				Crédits supplémentaires exceptionnels
	7 930 000				Crédits exceptionnels	
Total 2006	2 500 000	41 770 000	2 613 000	20 000 000	66 883 000	
2007				20 000 000		Crédits exceptionnels
	2 500 000			30 000 000		Dotation de fonctionnement
		13 840 000	3 925 068			Fonctionnement
	8 425 667		3 459 932			Crédit personnel - fongibilité asymétrique
	8 251 000				Aide exceptionnelle	
Total 2007	10 925 667	22 091 000	7 385 000	50 000 000	90 401 667	
2008	2 500 000		9 153 000	30 000 000		Dotation de fonctionnement
				15 000 000		Crédits exceptionnels
		14 096 000				Fonctionnement
	10 601 574					Crédit personnel - fongibilité asymétrique
Total 2008	13 101 574	14 096 000	9 153 000	45 000 000	81 350 574	
Total général	26 527 241	127 957 000	19 151 000	115 000 000	288 635 241	

Total Etat 173 635 241 euros

Total CNSA 115 000 000 euros

Source : direction générale de l'action sociale - 2009.

¹ Rapport 2008 - « Droit universel d'aide à l'autonomie : un socle, une nouvelle étape » adopté le 14 octobre 2008.

Pour 2009, les crédits se répartissent de la façon suivante :

- une dotation de 21,7 millions d'euros qui comprend, outre **une subvention de fonctionnement de 14,1 millions, une enveloppe complémentaire de crédits de 7,6 millions d'euros**, qui correspond à **la mise disposition d'environ mille ETP supplémentaires**, pour remplacer les postes devenus vacants à la suite de départs en retraite ou de mutations. Ainsi, chaque maison doit recevoir de l'Etat une dotation annuelle de fonctionnement variant, selon la taille du département, entre 110 00 et 153 000 euros, en plus des personnels mis à disposition prévus dans sa convention constitutive ;

- **une reconduction de la contribution de la CNSA**, majorée de 15 millions au cours de l'année pour tenir compte des nouvelles missions qui ont été confiées aux MDPH, ce qui en porte le montant à **60 millions d'euros**. La dotation de chaque département a été recalculée en conséquence afin de permettre une régularisation qui est intervenue au mois de mai.

Peut-on parler, au regard de ces chiffres, d'une érosion de la participation de l'Etat depuis la création des MDPH ? Plusieurs éléments soutiennent cette hypothèse :

- d'une part, les financements de la Ddass sont grevés chaque année en application du taux de réduction appliqué (8,5 % en 2008) aux crédits de fonctionnement de la Ddass et ceux de la DDTEFP étant constants et non indexés, il en résulte une perte de valeur en euros constants ;

- d'autre part, les postes non mis à disposition par l'Etat (hors fongibilité asymétrique) n'ont pas été compensés en 2008.

Malgré cela, les conseils généraux ont maintenu ou renforcé leur investissement dans la MDPH en compensant le désengagement de l'Etat afin de ne pas mettre le dispositif en péril.

b) L'augmentation de la participation des conseils généraux aux MDPH pour pallier les déficiences de l'Etat

La part de la contribution financière des conseils généraux est estimée à 32 % des dépenses globales des MDPH. Outre le fait que certains départements contribuent plus que d'autres au fonctionnement des maisons, il convient de signaler que la plupart des MDPH bénéficient de services à titre gracieux de la part du conseil général (gestion de la paye, mise à disposition d'outils informatiques et de fournitures dans le cadre des achats réalisés par le département, prestations téléphoniques, mise à disposition de locaux et de personnels, aide à la réalisation de marchés publics, etc.).

Afin de mesurer de façon plus précise le volume de dépenses que cela représente et les économies qui en résultent pour les MDPH, la CNSA a lancé une enquête auprès des MDPH volontaires pour établir un « budget vérité » qui intégrerait l'ensemble de ces prestations et services. Trente-quatre MDPH ont répondu à cette enquête qui montre qu'en moyenne, **la moitié des dépenses des MDPH ne seraient pas budgétées. Ainsi, vos rapporteurs**

demandent à ce que les contributions de chaque partenaire, même en nature soient ainsi mieux identifiées dans les budgets des MDPH.

c) La répartition des contributions aux fonds départementaux de compensation

Les fonds départementaux de compensation (FDC) font l'objet de développements plus ou moins conséquents dans les rapports d'activité des MDPH. Ils évoquent la répartition des contributions au fonds, ainsi que les dépenses réalisées, par type de demandes et de handicaps ainsi que la nature de la prestation offerte.

Dans l'immense majorité des cas, la participation de l'Etat est majoritaire, grâce à la réaffectation des crédits des ex-sites pour la vie autonome (SVA).

**Répartition des participations moyennes des contributeurs
au fonds départemental de compensation**

moyenne en %

Etat	54
Conseil général	26
Caisse primaire d'assurance maladie	13
Caisse de la mutualité sociale agricole	2
Caisse d'allocations familiales	1
Autres contributions (Anah, mutuelles,...)	4

Source : Rapports d'activité 2007 de vingt-six MDPH, CNSA.

Selon les MDPH, les fonds sont plus ou moins autonomes par rapport à la MDPH. Certains départements, anticipant sur l'approche plus large d'une compensation de l'autonomie, ont même choisi de fédérer les financements de la compensation au sein d'une seule entité¹, en y intégrant la PCH, afin d'avoir une vision globale de la compensation offerte et du reste à charge pour les personnes handicapées.

Vos rapporteurs considèrent que cette approche globale, qui permet de simplifier les demandes des personnes handicapées et d'avoir une synthèse plus claire des contributions de chaque partenaire à la compensation des charges liée au handicap, doit être privilégiée.

¹ MDPH de la Côte-d'Or.

2. Préciser les conditions financières de la mise à disposition des personnels d'Etat au Gip

a) *Les effectifs mis à disposition par l'Etat représentent près de la moitié des personnels des MDPH*

Les dotations en personnels de la MDPH sont définies par la convention constitutive de chaque Gip. Celle-ci doit donc normalement spécifier le nombre de personnels mis à disposition par l'Etat.

Outre les personnels mobilisés par les Ddass et les DDTEFP dans le cadre des ex-Cotorep et CDES, qui représentent quelque 1 266 ETP, l'éducation nationale contribue également à hauteur de 267 ETP, soit un total de 1 533 ETP mis à disposition.

Ces personnels correspondent, selon les départements, à un nombre d'ETP qui varie en moyenne de dix à trente. On peut estimer à plus de 60 % la part du personnel de l'Etat dans les MDPH.

b) *Certains personnels non mis à disposition n'ont pas été financièrement compensés*

Les conditions de la mise à disposition de personnels par l'Etat auprès des MDPH et de leur financement en cas d'absence des personnels ont été définies par plusieurs circulaires¹ depuis 2005.

Ainsi que le précise la circulaire du 30 octobre 2006² et en vertu du **principe de fongibilité asymétrique**, « *lorsqu'un agent de l'Etat mis à disposition d'une maison départementale doit cesser ses fonctions en raison de son départ à la retraite ou d'une mutation dans un autre département, la règle consiste soit à mettre un nouvel agent à la disposition de la MDPH, soit à lui apporter une contribution financière permettant de le remplacer* ».

A la fin de 2008, cette procédure avait été appliquée pour compenser le coût de 293 postes vacants, soit près de trois postes en moyenne par maison.

S'agissant des personnels n'ayant initialement pas opté pour la mise à disposition ou retournant dans leur administration d'origine, ou en cas de congé maladie ou maternité, le principe de fongibilité asymétrique ne s'applique pas. **Il en résulte pour l'Etat une charge supplémentaire, puisqu'il doit financer à la fois le poste vacant qu'il s'était engagé à mettre à disposition de la MDPH et celui de la personne qui a choisi de rester ou de retourner dans son administration d'origine.**

¹ Circulaires du 24 juin 2005 relative aux apports de l'Etat au fonctionnement des MDPH, du 30 octobre 2006 relative à la mise à disposition de personnels de l'Etat dans les MDPH, du 9 août 2006 relative aux modalités de mise en œuvre et de suivi de la fongibilité asymétrique, du 4 décembre 2006 relative aux personnels mis à disposition par l'Etat auprès des MDPH et à la mise en œuvre de la fongibilité asymétrique.

² Circulaire du 30 octobre 2006 relative à la mise à disposition de personnels de l'Etat dans les MDPH.

Selon une enquête du secrétariat général des ministères sociaux réalisée en mars 2008, seuls 76,7 % des agents devant être transférés des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) et des directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) vers les MDPH (soit 1 266 ETP) avaient accepté la mise à disposition, contre près de 80 % en août 2007 et 83,6 % en juillet 2006.

Taux de couverture des mises à disposition dues aux MDPH en 2008
(hors éducation nationale)

	Ddass	DDTEFP	TOTAL
Mises à disposition dues en ETP	758	508	1 266
Part des mises à disposition effectives	87,2 %	60,8 %	76,7 %

Source : secrétariat général des ministères sociaux, mars 2008.

Afin de tenir ses engagements et de couvrir les coûts des postes non mis à disposition, l'Etat a décidé l'ouverture de crédits exceptionnels de 7,9 millions d'euros au titre de 2006 et de 8,25 millions d'euros au titre de 2007. En revanche, rien n'a été prévu pour 2008.

Financièrement acculées, certaines MDPH ont procédé au début de l'année 2009 à l'émission d'un titre de recettes à l'encontre de l'Etat, en vue de l'assigner, si cette émission n'était pas suivie d'effets, devant le tribunal administratif. Certaines MDPH ont même indiqué qu'en l'absence d'arrivée des crédits correspondants et faute de trésorerie, elles seraient contraintes de licencier du personnel. D'autres ont fait le choix de différer l'opération de numérisation des dossiers faute de moyens pour embaucher les personnels nécessaires. Enfin, nombre d'entre elles bénéficient du renfort du conseil général, qui contribue à l'équilibrage de leur budget ou met gracieusement à leur disposition des personnels¹.

En réponse aux difficultés rencontrées par les MDPH, Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, s'est engagée, lors du débat à l'Assemblée nationale sur le bilan de l'application de la loi du 11 février 2005², à ce que les postes devenus vacants depuis la création des MDPH soient effectivement pourvus et que ceux qui ne le seraient pas soient systématiquement compensés sur le plan financier. Elle a ainsi annoncé **un premier versement provisionnel au titre de 2009, avant l'été, qui devrait s'élever à 10 millions d'euros, le solde devant être versé en fin d'année, vers la mi-novembre en fonction des postes qui seront encore vacants à cette date.**

¹ Résultats de l'enquête sur les financements de l'Etat menée auprès de soixante-neuf MDPH par l'association des directeurs de MDPH - novembre 2008.

² Débat d'initiative parlementaire du 2 juin 2009 relatif au bilan de l'application de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Versements en compensation des postes non mis à disposition

(en euros)

	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Fongibilité asymétrique (retraite, mutation)	527 985	11 885 667	11 300 000	10 000 000	33 713 652
Absence de mise à disposition (retour, congés, refus...)	7 931 000	8 250 000	en attente	non défini, prévu en novembre	16 181 000
TOTAL	8 458 985	20 135 599	11 300 000	10 000 000	49 894 652

Source : secrétariat d'Etat chargé de la solidarité, 2009.

c) Les engagements pris par l'Etat doivent être précisés et honorés pour permettre le développement de l'activité des MDPH

Malgré cet effort supplémentaire de l'Etat et le complément de 15 millions d'euros versé par la CNSA aux MDPH pour couvrir les coûts des nouvelles missions qui leur ont été confiées, les crédits demeurent en deçà des engagements pris lors de la création des maisons départementales.

De plus, l'évaluation des moyens attribués aux MDPH lors de leur création reste fondée sur leur valeur initiale de 2005, définie de manière forfaitaire par la circulaire du 6 décembre 2006. **Il résulte de l'absence d'indexation du montant de la compensation des postes un manque à gagner par rapport au coût actuel des emplois qui avoisine 10 % de leur valeur initiale.**

Une attention toute particulière doit être portée à cette situation, alors que les MDPH n'ont pas encore atteint leur rythme de croisière. Les chantiers en cours sont nombreux et nécessitent des moyens importants pour y faire face ainsi que la mobilisation pleine et entière des équipes. Elles doivent de surcroît assumer la surcharge de travail qui résulte des dernières réformes législatives sur l'AAH et la PCH enfant, dont l'ampleur est encore à ce stade difficile à mesurer.

Aussi, pour permettre aux MDPH d'assumer le développement de leurs missions, vos rapporteurs suggèrent la signature de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens, précisant, pour au moins trois ans, les financements alloués à chaque structure par l'Etat et la CNSA.

Les « chantiers » en cours des MDPH

- Résorption des stocks hérités des Cotorep et CDES
- Informatisation et numérisation des dossiers
- Développement des télétransmissions (téléchargement et renseignement des dossiers par Internet)
- Renforcement des moyens dédiés à l'accueil
- Mise en œuvre de la réforme de l'AAH avec l'accroissement prévisible des décisions d'orientation professionnelle
- Poursuite de la montée en charge de la PCH enfant et adulte
- Amélioration du suivi des décisions
- Développement des procédures de conciliation et de médiation
- Développement des partenariats (tourisme, établissements médico-sociaux, service public de l'emploi, etc.)
- Expérimentation des maisons de l'autonomie (convergence) dans certains départements

C'est pourquoi, vos rapporteurs souhaitent, qu'à l'occasion de l'état des lieux réalisé à l'heure actuelle pour évaluer le nombre de postes non mis à disposition et non compensés, ceux-ci soient pris en compte au coût réel. **Cet inventaire devra être, dans la mesure du possible, contradictoire, au niveau de chaque collectivité, et réalisé à partir d'une méthode de décompte (équivalent temps plein) définie conjointement, en tenant compte des grades, de l'ancienneté et des régimes indemnitaires des agents concernés.**

La convention devra en outre comporter une « clause de revalorisation des financements », afin de prendre en compte l'évolution des prix et les modifications éventuelles du périmètre des missions des MDPH.

Ainsi, dans l'éventualité d'un transfert de personnels, chaque MDPH aura connaissance, poste par poste, du montant et des modalités des compensations financières dont elle doit bénéficier de la part de l'Etat.

*

Réunie le 24 juin 2009, la commission des affaires sociales a approuvé les conclusions du présent rapport et autorisé sa publication.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION

*Réunie le **mardi 24 mars 2009**, sous la **présidence de Nicolas About, président**, la commission a **procédé à l'audition de Laurent Vachey, directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur la situation des maisons départementales des personnes handicapées (Paul Blanc et Annie Jarraud-Vergnolle, rapporteurs).***

Laurent Vachey, directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), a tout d'abord présenté les comptes de la CNSA pour l'exercice 2008 et les perspectives pour 2009. L'exercice 2008 s'achève avec une sous-consommation significative des crédits consacrés à l'objectif global de dépenses destiné aux personnes âgées, de l'ordre de 500 millions d'euros, et une légère surconsommation 30 millions - de ceux dédiés aux personnes handicapées. La situation, pour les personnes âgées, s'explique, cette année encore, à la fois par les délais d'installation des places financées, en moyenne de deux à trois ans, et par les retards pris dans la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

En ce qui concerne le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et de la prestation de compensation du handicap (PCH), les concours de la CNSA sont répartis entre les départements en fonction de ses recettes et non de leurs dépenses, même lorsque la recette est supérieure à la dépense, ce qui a été le cas pour la PCH depuis 2006. Cette surdotation est arrivée à son terme vers la fin 2008 et le concours moyen de la CNSA va couvrir environ 98 % de la dépense des départements.

Ceci étant, la situation est loin d'être la même dans tous les départements : si certains vont encore bénéficier de surdotations au titre de la PCH, d'autres recevront des crédits inférieurs à leurs besoins. Pour l'Apa, la situation est moins favorable, les dépenses des départements ayant été seulement couvertes à hauteur de 33 % en 2008.

Si les recettes de la CNSA ont été supérieures aux prévisions en 2008, grâce au produit plus élevé que prévu de la contribution solidarité autonomie (CSA) et de la contribution sociale généralisée (CSG), ainsi que des placements de trésorerie, la situation va se dégrader en 2009. La baisse de la recette globale sera notable, en raison de la crise économique et financière, et l'on estime que le concours de la CNSA au financement des deux prestations (PCH et Apa) devrait subir une baisse de 100 millions d'euros.

Les sections 4 et 5 du budget, consacrées respectivement au financement des dépenses de formation des personnels et aux actions innovantes, devraient être à l'équilibre en 2008, après plusieurs années de sous-consommation des crédits.

Enfin, les frais de fonctionnement, qui ne représentent que 0,1 % des dépenses totales de la caisse, devraient atteindre 14,5 millions d'euros en 2008.

Paul Blanc, rapporteur, a souhaité connaître l'évolution des crédits versés aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) depuis leur création.

Laurent Vachey a indiqué que la contribution pérenne de la CNSA a été portée à 45 millions d'euros en 2008. A la demande du secrétariat d'Etat en charge de la solidarité, un complément de 15 millions d'euros, prélevé sur la première section du budget de la caisse, devrait être accordé aux MDPH en 2009 pour leur permettre de faire face à la montée en charge de la PCH enfant et à la mise en œuvre de la réforme de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), cette dernière devant se traduire par plus de cent mille demandes annuelles de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) dès 2009.

Guy Fischer a souhaité savoir si cette augmentation du concours de la CNSA, porté à 60 millions d'euros, sera confirmée en 2010 et les années suivantes.

Laurent Vachey n'a pas exclu que cette contribution soit maintenue en 2010, à la condition que le concours de 19 millions d'euros que la CNSA verse à la branche famille au titre de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) aux parents isolés soit supprimé, en vertu du principe de séparation des mesures qui relèvent de la seule compensation du handicap et de celles qui s'inscrivent dans le cadre de la politique familiale.

Paul Blanc, rapporteur, s'est enquis des mesures prévues afin de permettre la mise en œuvre rapide de la réforme de l'AAH et de réduire les délais de traitement des dossiers.

Laurent Vachey a annoncé la présentation prochaine d'un rapport précisant les modalités d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées. Outre la formation des personnels concernés, les MDPH devront nouer des partenariats avec le Pôle emploi, le réseau « Cap Emploi »,

l'association pour la gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph) et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) afin d'assurer l'accompagnement vers l'emploi des personnes ayant obtenu une RQTH.

A cet égard, il a fait observer que les quinze à vingt équivalents temps plein (ETP) supplémentaires prévus pour la mise en œuvre de la réforme de l'AAH sont notoirement insuffisants.

En ce qui concerne le traitement des demandes, il a rappelé qu'en 2007, les délais moyens d'examen des dossiers ont été de 4,4 mois pour les adultes et de 2,1 mois pour les enfants. En 2008, on devrait observer une réduction des délais de traitement des demandes de prestations destinées aux adultes et, à l'inverse, une légère augmentation pour celles réservées aux enfants.

Afin d'améliorer le fonctionnement des MDPH, la CNSA a organisé un système d'information sur les bonnes pratiques qui comprend une lettre électronique hebdomadaire, des séquences de formations régulières, « Les jeudis de la compensation », et une évaluation du fonctionnement et de l'organisation des MDPH. Par ailleurs, la CNSA met en place des groupes de travail ouverts aux personnels des MDPH, aux représentants des associations ou des administrations concernées pour traiter de sujets d'actualité, tels que la prise en charge des frais de transport, l'organisation de l'accueil dans les MDPH, etc.

***Annie Jarraud-Vergnolle, rapporteur,** a demandé que soient mis en évidence les dysfonctionnements et les atouts des MDPH, s'interrogeant en particulier sur l'adéquation de leur statut à leurs missions.*

***Laurent Vachey** est convenu de la nécessité de trouver un cadre juridique plus adapté, permettant en particulier de stabiliser les personnels mis à disposition des MDPH par l'Etat. Le groupement d'intérêt public (Gip) a l'avantage de permettre la participation des associations, dont tout le monde s'accorde à reconnaître qu'elles ont contribué à améliorer le fonctionnement du système. La solution retenue devra donc permettre à la fois de stabiliser les concours financiers de l'Etat aux MDPH ainsi que les personnels mis à leur disposition et de maintenir la présence des associations. Le statut d'établissement public départemental, qui permet de combiner ce triple objectif, pourrait être une bonne solution de compromis.*

***Paul Blanc, rapporteur,** s'est inquiété des inégalités de traitement observées d'une MDPH à l'autre.*

***Laurent Vachey** a reconnu que les interprétations parfois divergentes de la réglementation conduisent à un traitement inégalitaire des demandes. Tel est le cas pour l'octroi des aides à l'aménagement du logement des personnes handicapées, certaines commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) estimant, à tort, que le financement relève de l'office HLM lorsqu'il s'agit d'un logement social. La lettre*

« Inforéseau » de la CNSA vise précisément à créer un corpus d'interprétation commune pour harmoniser les pratiques, en particulier par la diffusion d'analyses juridiques des textes en vigueur.

Il subsiste néanmoins des difficultés liées à la disparité des moyens dont disposent les MDPH pour faire face à leurs missions et aux stocks de dossiers hérités des commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) et des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep). Les conseils généraux contribuent en effet de façon inégale au fonctionnement des MDPH. Certains ont ciblé leurs efforts sur l'insertion professionnelle, l'orientation scolaire ou encore l'accueil, tandis que d'autres ont privilégié l'aide à l'aménagement du logement.

Enfin, on observe que le retour des personnels mis à disposition n'a pas toujours été compensé par l'Etat.

En réponse à Annie Jarraud-Vergnolle, rapporteur, qui s'interrogeait sur l'existence de statistiques départementales sur les ratios d'encadrement au sein des MDPH, **Laurent Vachey** a répondu par l'affirmative.

Samia Ghali a suggéré que les aides à l'aménagement du logement accordées dans le cadre de la PCH soient augmentées, en particulier lorsque les personnes handicapées ne sont pas éligibles aux aides de l'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (Anah).

Laurent Vachey a fait valoir que certaines MDPH ont conclu des partenariats avec l'Anah, qui établit généralement le diagnostic d'accessibilité du logement. Toutefois, l'Anah ne peut intervenir dans les logements sociaux. Enfin, l'aide octroyée dans le cadre de la PCH étant plafonnée, il peut en résulter une iniquité de traitement par rapport aux personnes handicapées ayant bénéficié d'une intervention de l'Anah.

Guy Fischer s'est dit préoccupé par les inégalités de traitement d'un département à l'autre.

Laurent Vachey a souligné que les disparités observées ne concernent en réalité que treize départements, dont les délais de traitement des demandes de prestations destinées aux adultes excèdent six mois, soit 1,6 mois de plus que le délai moyen. Trois d'entre eux seulement présentent des délais égaux ou supérieurs à huit mois. Pour les demandes de prestations réservées aux enfants, les délais de traitement n'excèdent généralement par le délai légal de quatre mois.

Alain Gournac a fait valoir les efforts réalisés par les offices HLM pour adapter les logements et orienter les personnes handicapées ou les personnes âgées indépendantes vers des habitations accessibles.

Laurent Vachey a confirmé que l'Anah intervient en fonction du statut social ou privé - du logement et que la PCH représente une aide substantielle fréquemment mobilisée par les personnes handicapées pour l'aménagement de leur logement. Il a également souligné l'intérêt

d'augmenter le nombre d'habitations accessibles ou adaptées aux personnes en situation de perte d'autonomie, lors de la construction et de la réhabilitation d'ensembles immobiliers publics ou privés.

***Paul Blanc, rapporteur,** a rappelé que la loi prévoit la mise en accessibilité obligatoire des logements nouvellement construits ou rénovés - à partir d'un certain montant de travaux.*

***Alain Gournac** a fait observer que si la loi est respectée pour les constructions de nouveaux logements, elle ne l'est pas toujours pour les rénovations.*

***Paul Blanc, rapporteur,** a souligné, à cet égard, le rôle essentiel que doit jouer le Parlement dans l'exercice de ses pouvoirs de contrôle de l'application de la loi.*

***Annie Jarraud-Vergnolle, rapporteur,** a demandé si l'ensemble des MDPH ont développé des partenariats avec l'Agefiph, le FIPHFP et le réseau « Cap Emploi » et formé les personnels à l'évaluation des aptitudes professionnelles des personnes handicapées et à l'accompagnement vers l'emploi.*

***Laurent Vachey** a fait valoir l'intensification des relations avec le ministère de l'éducation nationale grâce à la participation accrue des correspondants des inspections académiques et des professeurs référents aux décisions d'orientation scolaire des enfants handicapés.*

***Alain Gournac** a également souligné l'intérêt, pour ces enfants, d'une intégration à mi-temps dans l'école ordinaire et dans les classes d'intégration scolaire (Clis).*

***Laurent Vachey** s'est félicité des progrès réalisés dans la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire même si des difficultés subsistent pour permettre un accompagnement par des auxiliaires de vie scolaire (AVS), dont la formation demeure insuffisante. Il en résulte un mouvement de reconversion des instituts médico-éducatifs (IME) et une orientation prioritaire des financements vers des services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad) et des services d'accompagnement vers le milieu ordinaire.*

En ce qui concerne l'insertion professionnelle, chaque MDPH dispose normalement d'un référent, même si ce dernier n'exerce pas toujours à temps plein. En réalité, son rôle consiste essentiellement à orienter les personnes handicapées vers les interlocuteurs de droit commun du service public de l'emploi - Pôle emploi, maisons de l'emploi, missions locales - ou le réseau « Cap Emploi ». A cet égard, il conviendra d'améliorer le service d'accompagnement des personnes handicapées dans leur parcours d'insertion professionnelle au sein du service public de l'emploi.

Samia Ghali a déploré que certains enfants handicapés ne puissent être scolarisés du fait du manque d'AVS, alors que leur intégration scolaire est déterminante, par la suite, pour leur insertion professionnelle. Le problème se pose également pour l'accueil des jeunes enfants en crèche. Elle s'est interrogée sur la façon d'imposer aux collectivités territoriales la mobilisation des moyens nécessaires pour atteindre cet objectif.

En outre, elle s'est inquiétée de l'absence de prise en compte, par les missions locales et le service public de l'emploi, des spécificités du handicap et des obstacles qu'il représente pour accéder à l'emploi.

Enfin, si elle est convenue des progrès réalisés dans la mise en accessibilité des constructions nouvelles, elle a regretté que cette préoccupation soit encore peu présente lors des rénovations, en particulier dans le parc social, alors que de plus en plus de personnes en situation de perte d'autonomie devront disposer d'un logement adapté.

Paul Blanc, rapporteur, a fait valoir tous les progrès que la loi du 11 février 2005 a permis en moins de quatre ans. Il a néanmoins reconnu que des difficultés subsistent, ce qui justifie la vigilance permanente du Parlement qui doit jouer le rôle d'aiguillon.

Samia Ghali s'est dit pleinement favorable à l'ensemble des dispositions de la loi du 11 février 2005, souhaitant néanmoins que son application effective soit rapide pour répondre dans les meilleurs délais aux attentes et aux espoirs qu'elle a suscités pour les personnes handicapées et leurs familles.

Laurent Vachey a rappelé que cette loi traite de l'ensemble des sujets de préoccupation des personnes handicapées, qu'il s'agisse de la compensation du handicap ou de l'insertion professionnelle, de l'intégration scolaire ou de la mise en accessibilité des bâtiments, des voiries et des moyens de transport. Son application pose néanmoins de nombreux problèmes pratiques dont la résolution nécessite parfois un peu de temps et de concertation.

Paul Blanc, rapporteur, a émis le vœu que la question du handicap psychique soit également mieux prise en compte.

Marie-Thérèse Hermange a souhaité savoir si la diminution du nombre de personnes atteintes de trisomie 21, du fait des dépistages systématiques et des avortements thérapeutiques, allait se traduire à l'avenir par une disparition des structures qui les accueillent et par la transformation des établissements pour répondre à de nouveaux besoins.

Laurent Vachey a expliqué que le financement des places destinées aux personnes âgées et handicapées fait l'objet, depuis plusieurs années, d'une évaluation précise des besoins au niveau départemental. Il en résulte une programmation de la création des places au travers des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac). Il ressort des analyses actuelles une augmentation des

demandes de places pour des enfants prématurés touchés par des handicaps lourds, qui nécessitera une plus grande médicalisation des structures.

Il manque en revanche un système d'information partagé au niveau des MDPH permettant d'avoir une meilleure visibilité des places disponibles et d'adapter en conséquence les décisions d'orientation des CDAPH.

II. EXAMEN DU RAPPORT

Réunie le **mercredi 24 juin 2009**, sous la **présidence de Nicolas About, président**, la commission a **procédé à l'examen du rapport d'information de Paul Blanc et Annie Jarraud-Vergnolle sur le bilan des maisons départementales des personnes handicapées.**

Annie Jarraud-Vergnolle, rapporteur, a tout d'abord rappelé que les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont été créées par la loi « Handicap » du 11 février 2005 pour devenir les interlocuteurs uniques des personnes handicapées et les accompagner dans leurs démarches. Juridiquement constituées le 1^{er} janvier 2006, elles se sont progressivement mises en place dans l'ensemble des départements. Quatre ans après leur création, il est donc légitime de dresser un premier bilan de leur fonctionnement. Ce travail a nécessité de nombreuses auditions, la visite de six MDPH et le témoignage de plusieurs conseils généraux.

Malgré les difficultés qu'elles ont rencontrées lors de leur mise en place, les MDPH ont été globalement opérationnelles dès l'année 2007, grâce à l'appui logistique et financier de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et à la mobilisation, plus ou moins forte selon les cas, des conseils généraux.

Du fait de l'instabilité de leurs moyens financiers et de leurs personnels, les MDPH n'ont pas encore atteint leur rythme de croisière mais elles sont sur la bonne voie pour remplir les missions qui leur ont été confiées : information, accueil et écoute des personnes handicapées ; aide à la définition du projet de vie ; évaluation des demandes ; décisions d'attribution et d'orientation et suivi de leur mise en œuvre ; enfin, accompagnement et médiation.

La mission d'accueil est essentielle, puisqu'elle vise à informer les personnes handicapées et leurs familles, à les accompagner dans leurs démarches et dans la formulation de leurs demandes. En 2007, cette activité a fait l'objet de vives critiques de la CNSA, ce qui a conduit de nombreux départements à renforcer les équipes, à accroître leur formation et leur polyvalence, à hiérarchiser les demandes, à simplifier les démarches, à améliorer l'accessibilité des bâtiments ou à mieux prendre en compte le handicap sensoriel.

Ces efforts doivent être poursuivis pour faire face à l'afflux croissant des demandes : les MDPH reçoivent entre 3 000 et 8 000 appels par mois, dont 40 % à 50 % n'obtiennent pas de réponse immédiate, et accueillent de 10 000 à 32 000 personnes chaque année, la hausse de la fréquentation atteignant jusqu'à 40 % dans certaines maisons depuis 2006. L'équité devrait

conduire à augmenter la durée d'ouverture au public pour atteindre trente-cinq heures hebdomadaires et celle des permanences téléphoniques, ce qui suppose que l'Etat et la CNSA octroient des moyens supplémentaires.

En ce qui concerne la qualité de l'accueil, la modernisation des systèmes de saisie et de traitement des demandes, qui nécessite la numérisation et la dématérialisation de plusieurs dizaines de milliers de dossiers, permettrait de délivrer instantanément les informations requises par les usagers sur le suivi de leur demande. Cette migration, engagée par plus de la moitié des MDPH, devrait être effective pour toutes d'ici à la fin de l'année 2009, grâce à la mobilisation d'effectifs supplémentaires ou au recours à des prestataires extérieurs.

Par ailleurs, le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires et de la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH) témoigne d'une meilleure maîtrise de l'approche pluridisciplinaire et de la forte implication des associations, malgré la fréquence et la longueur des réunions. On observe toutefois des difficultés de recrutement pour certains professionnels de santé (médecins, psychiatres, ergothérapeutes en particulier) constituant ces équipes.

*A ce sujet, **Annie Jarraud-Vergnolle, rapporteur**, a déploré que les souhaits de la personne handicapée et son environnement soient insuffisamment pris en compte dans la construction de son projet de vie dont l'élaboration n'est pas systématique et se limite encore trop souvent à la juxtaposition d'éléments administratifs destinés à accorder le bénéfice de la prestation de compensation du handicap (PCH).*

Ainsi, bien qu'elle ne représente que 6 % des demandes « adultes » et à peine 1 % des demandes « enfants », l'instruction de la PCH occupe le quart des moyens des MDPH et pèse fortement sur leur activité.

Il en est de même des décisions d'orientation scolaire, qui représentent 37 % des demandes « enfants » et font l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation qui doit être réévalué chaque année : malgré la forte implication des enseignants référents, les décisions se heurtent souvent à un nombre insuffisant de places dans les établissements spécialisés ainsi qu'à la difficulté de trouver des auxiliaires de vie scolaire (AVS).

Par ailleurs, avec 293 000 demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), 179 500 demandes d'orientation professionnelle et la mise en œuvre, depuis le 1^{er} janvier 2009, de la réforme de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'insertion professionnelle va représenter près de la moitié des dossiers « adultes » traités par les MDPH et devenir une de leurs missions principales. Ceci nécessitera de nouveaux recrutements, la formation des personnels et une réorganisation des équipes, mais aussi le développement de partenariats avec le service public de l'emploi ainsi que la participation plus active des MDPH aux plans départementaux d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH).

Cet afflux de demandes supplémentaires a ralenti considérablement le processus de résorption des stocks hérités des commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) et des Cotorep. Globalement, si les dossiers en attente pour les demandes « adultes » ont diminué, ils ont augmenté de 8 % pour les enfants et les stocks s'élèvent, en moyenne, à quatre mille dossiers par maison, ce qui justifie la poursuite des opérations engagées par les MDPH pour réduire les retards accumulés.

Ceci étant, les délais moyens de traitement des demandes sont pratiquement conformes, désormais, au délai légal de quatre mois : 2,5 mois pour les enfants et 4,2 mois pour les adultes, même si des disparités existent selon les MDPH et selon les prestations, le délai moyen d'examen de la PCH étant de 7,2 mois pour les adultes et de 6,7 mois pour les enfants. Il est vrai que certaines demandes complexes (PCH, orientation professionnelle ou évaluation du handicap psychique) nécessitent un temps d'instruction plus long, tandis que d'autres, plus simples (délivrance de cartes ou renouvellement de prestations) pourraient être examinées plus rapidement. D'ailleurs, les nouveaux formulaires de demandes offrent la possibilité aux usagers d'opter pour une procédure simplifiée, ce qui permet de réduire les délais d'instruction sans contourner le droit de la personne handicapée à exprimer ses souhaits.

Deux autres pistes sont envisageables pour améliorer les conditions d'examen des demandes en CDAPH : la mise en place de formations restreintes ou de commissions spécialisées thématiques pour statuer sur les cas les plus simples en laissant à la commission plénière le soin de trancher les cas litigieux ; et, pour certaines MDPH de grande taille, la possibilité de créer des commissions géographiques par secteur.

Enfin, il faut noter la grande utilité des instances de conciliation et de médiation créées par les MDPH, qui interviennent en cas de désaccord avec les décisions prononcées par la CDAPH : 84 % des maisons ont nommé un ou plusieurs conciliateurs qui traitent des recours gracieux et 62 %, un médiateur, chargé d'orienter les usagers vers les services sociaux ou le médiateur de la République, en cas de réclamations individuelles relatives aux droits fondamentaux. Les solutions proposées ont souvent permis d'éviter les recours contentieux.

*A cet égard, plusieurs MDPH ont exprimé des inquiétudes sur l'iniquité des décisions prises par les tribunaux du contentieux et de l'incapacité (TCI) et par la cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (Cnitaat), instance d'appel. Le manque de formation des médecins experts et des magistrats mais aussi la non-reconnaissance de la pluridisciplinarité des évaluations réalisées par les MDPH en sont la cause. Outre un effort de formation aux évolutions législatives récentes, **Annie Jarraud-Vergnolle, rapporteur**, a suggéré qu'une disposition législative précise que l'approche pluridisciplinaire doit également s'appliquer aux décisions prises par les TCI et la Cnitaat.*

Puis **Paul Blanc, rapporteur**, a fait observer que l'instabilité des moyens financiers des MDPH et de leurs personnels les empêche de satisfaire pleinement les usagers, ce qui conduit à revoir les conditions de fonctionnement des MDPH et à s'interroger sur l'éventuelle évolution de leur statut.

Conformément à la loi, les MDPH ont été constituées en groupements d'intérêt public (Gip), réunissant de droit l'Etat, les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales, ainsi que le département, qui en assure la tutelle administrative et financière. Ainsi, le conseil général y occupe une place prépondérante puisque son président nomme le directeur et préside la commission exécutive (Comex), qui comprend : pour moitié, des représentants du département ; pour un quart, des membres des associations de personnes handicapées ; et, pour le quart restant, des représentants de l'Etat et des organismes locaux de la sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, des représentants des autres membres du Gip.

Ce statut présente l'avantage d'être assez souple et de s'adapter aux réalités locales. Ainsi, selon les cas, les MDPH sont soit relativement autonomes, avec une part majoritaire de personnels recrutés directement par le Gip, soit plus fortement intégrées aux services du conseil général, qui leur offrent un soutien logistique substantiel (locaux, personnels, gestion de la paye, aide pour les marchés publics, accès à certains avantages en nature...).

Dans l'ensemble, on constate une implication réelle, bien que variable, des conseils généraux, ainsi que la participation active des associations à la Comex et à la CDAPH, dont la valeur ajoutée a été unanimement soulignée. Enfin, le Gip a pour avantage de permettre de développer des partenariats avec les autres acteurs du handicap (association pour la gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées, Agefiph, établissements médico-sociaux, service public de l'emploi, etc.) et de créer ainsi des synergies de réseau qui facilitent la mise en œuvre des décisions de la CDAPH.

Malgré ces atouts, et afin de résoudre les difficultés liées à la multiplicité des statuts des personnes et à l'instabilité des agents mis à disposition par l'Etat, le Gouvernement envisage une évolution de la gouvernance des MDPH, dans le respect de quatre principes : donner à l'Etat les moyens d'assurer son rôle de garant de l'équité territoriale ; confirmer le département dans son rôle de responsable de la MDPH et lui donner une certaine souplesse de gestion ; préserver l'innovation que constitue la participation des associations à la gouvernance des maisons ; poser les bases d'une évolution vers des maisons départementales de l'autonomie et de la création d'un cinquième risque couvrant la perte d'autonomie liée au grand âge ou au handicap.

Trois options sont envisagées :

- le maintien du Gip et son aménagement pour améliorer la gestion des personnels et mieux garantir les financements ;

- l'intégration du Gip dans les services du conseil général, avec la création probable d'un service unique de prise en charge de la dépendance et une décentralisation complète des compétences des MDPH et de leurs personnels ;

- la création d'un établissement public administratif départemental qui, bien qu'indépendant, serait plus clairement placé sous l'autorité du conseil général, ce qui permettrait l'intégration des personnels d'Etat à la fonction publique territoriale et leur affectation à l'établissement. Celui-ci conserverait le caractère ambigu du Gip, entre service décentralisé et déconcentré, l'Etat, le conseil général et les associations pouvant siéger au conseil d'administration.

***Paul Blanc, rapporteur**, a indiqué sa préférence pour le maintien du Gip, avec une clarification des contributions financières de l'Etat et une stabilisation des personnels mis à disposition, afin de ne pas bouleverser l'organisation encore fragile des maisons. Toutefois, le détachement définitif des personnels ou leur intégration dans la fonction publique territoriale n'est pas réalisable dans le cadre juridique actuel.*

La solution de l'intégration des MDPH dans les services du conseil général, qui a la faveur de nombreux présidents de conseils généraux, présente le double risque d'un désengagement de l'Etat et de la remise en cause de la participation des associations.

*Reste donc l'option de la transformation du Gip en établissement public administratif départemental. Sans y être résolument hostile, **Paul Blanc, rapporteur**, a toutefois estimé qu'elle procède d'une « décentralisation non avouée », dont il faut préalablement définir plus clairement les contours (périmètre des compétences transférées, conditions financières de ce transfert, etc.). En l'absence de précisions sur les conditions de prise en charge de la dépendance et la création des maisons de l'autonomie, il semble difficile de répondre à ces questions.*

De surcroît, il en résulterait deux chocs successifs imposés aux MDPH (changement de statut et évolution vers les maisons de l'autonomie), alors qu'elles ont déjà de nombreux défis à relever. Favorable à un nouvel examen du statut des MDPH, il est souhaitable de prendre le temps d'examiner soigneusement chaque possibilité au regard des missions que le conseil général et les MDPH seront amenés à assumer à l'égard des personnes âgées et handicapées.

Par ailleurs, les statuts multiples des personnels (fonctionnaires d'Etat ou du conseil général mis à disposition, personnels de droit public ou privé, agents détachés...), entraînent de nombreux dysfonctionnements : difficultés à mettre en place des rythmes de travail commun, en particulier pour les congés des personnels de l'éducation nationale ; problèmes du financement des formations organisées par le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), normalement réservées aux agents territoriaux ; instabilité des personnels mis à disposition par l'Etat, qui ont le

droit, à tout moment, de demander leur retour dans leur administration d'origine ; enfin, absence de perspectives de carrières pour les personnels d'Etat et les contractuels du Gip.

En ce qui concerne la formation, des solutions conventionnelles ont été trouvées par la CNSA et le CNFPT pour offrir à tous les personnels, sans distinction, des formations adaptées aux besoins des MDPH. Par ailleurs, la CNSA a lancé un processus de référencement des formations proposées par différents organismes et a parallèlement recruté des « formateurs relais » pour organiser des sessions thématiques.

Enfin, pour donner des perspectives de carrière aux personnels d'Etat mis à disposition et conserver leur expertise, le Gouvernement envisage de leur proposer une affectation définitive à la MDPH, avec un droit d'option valable un an pour le retour à leur corps d'origine.

Comme cela a été le cas pour les techniciens de la direction départementale de l'équipement (DDE) et les techniciens, ouvriers et de services (Tos) des collèges et des lycées, l'affectation définitive des personnels aux MDPH pourrait prendre la forme : soit d'une intégration dans la fonction publique territoriale, soit d'un détachement sans limitation de durée.

Sans nier l'avantage de cette formule, **Paul Blanc, rapporteur**, s'est dit cependant réservé sur deux points :

- sur l'utilité de proposer un détachement sans limitation de durée, cette innovation législative dérogatoire du droit commun pouvant poser des problèmes juridiques et s'étant révélée peu attractive pour les agents de la DDE et les Tos, qui ont préféré intégrer la fonction publique territoriale, plus avantageuse ;

- sur le risque que l'attachement des personnels enseignants à leur métier et l'impossibilité de l'exercer à l'avenir au sein de la fonction publique territoriale constituent un motif de retour dans leur administration d'origine, ce qui serait très préjudiciable aux MDPH qui ont besoin de leur expertise.

Pour ces personnels, il a suggéré soit un détachement de droit commun, conventionnellement fixé à cinq ans renouvelables, soit une affectation à la MDPH, tout comme les professeurs sont affectés dans un lycée ou un collège, qui ont le statut d'établissements publics locaux d'enseignement. Dans ce cas, l'affectation à un Gip étant actuellement juridiquement impossible, seule l'option de l'établissement public départemental pourrait être envisagée.

Le dernier sujet concerne les problèmes liés au financement.

Selon la CNSA, les dépenses de fonctionnement des MDPH s'élevaient, en 2008, à environ 230 millions d'euros : 75 % de dépenses de personnel, 20 % pour les autres dépenses de fonctionnement et 5 % consacrés à l'investissement.

Au total, l'Etat et la CNSA apportent plus des deux tiers des moyens, tandis que les conseils généraux y contribuent, en moyenne, à hauteur de 32 %. Ces chiffres ne reflètent pourtant pas fidèlement la réalité, la moitié des dépenses des MDPH n'étant pas budgétées et celles-ci bénéficiant souvent, à titre gracieux, de services du conseil général.

Il en résulte deux motifs de préoccupation :

- la grande disparité de situations entre les départements, la part de l'Etat variant de 12 % à 67 % et celle des conseils généraux devant souvent s'ajuster en conséquence, ce qui pose un problème d'équité ;

- la question de la compensation financière des personnels mis à disposition par l'Etat : en vertu du principe de fongibilité asymétrique, lorsqu'un agent ainsi mis à disposition d'une maison départementale part à la retraite ou est muté dans un autre département, l'Etat doit le remplacer ou verser une compensation financière. Or, ce principe ne s'applique pas en cas de congé maladie ou maternité ou lorsque les personnels n'ont pas opté au départ pour la mise à disposition ou sont retournés dans leur administration d'origine. Dans ce cas, la compensation occasionne pour l'Etat une charge supplémentaire, puisqu'il doit financer à la fois le poste vacant qu'il s'était engagé à mettre à disposition et celui de l'agent qui a choisi de rester ou de retourner dans son administration d'origine. Pour couvrir le coût des postes vacants, l'Etat a ouvert des crédits exceptionnels de 7,9 millions d'euros en 2006 et de 8,25 millions d'euros en 2007 mais rien n'a été prévu pour 2008.

Financièrement acculées, certaines MDPH ont procédé, au début de l'année 2009, à l'émission d'un titre de recettes à l'encontre de l'Etat, en vue de l'assigner devant le tribunal administratif. D'autres maisons ont fait savoir que faute de trésorerie, elles seraient contraintes de licencier du personnel ou de différer l'opération de numérisation des dossiers. Enfin, nombre d'entre elles ont dû bénéficier du renfort du conseil général pour équilibrer leur budget et maintenir leurs effectifs.

Cette situation difficile a conduit la secrétaire d'Etat chargée de la solidarité à s'engager à pourvoir les postes devenus vacants et, à défaut, à verser une compensation prélevée sur une première enveloppe de 10 millions d'euros, au titre de 2009. Mais le financement pour 2008 n'est pas réglé et l'on peut craindre que ces pratiques ne se traduisent par l'incapacité des MDPH à poursuivre leur montée en charge, faute de certitude sur les moyens qui leur seront alloués.

*Enfin, **Paul Blanc, rapporteur**, a recommandé qu'une attention particulière soit portée aux méthodes retenues par le Gouvernement pour déterminer la valeur de ses engagements vis-à-vis des MDPH. L'évaluation reste à ce jour fondée sur la valeur des postes en 2005, ce qui, en l'absence d'indexation, correspond à un différentiel d'environ 10 %. En cas de transfert des personnels, il faudrait que l'évaluation des coûts qui en résultera pour les conseils généraux soit établie au coût réel.*

Pour conclure, il a émis le vœu que les MDPH dépassent leur phase de construction et entrent dans une phase de consolidation institutionnelle et professionnelle, dans le respect de l'esprit de la loi du 11 février 2005.

***Guy Fischer** a souligné que le rapport témoigne bien des difficultés auxquelles sont confrontées les MDPH, malgré les améliorations apportées par la loi du 11 février 2005. Il a dit partager l'ensemble des constats des rapporteurs et, en particulier, le souci d'améliorer le fonctionnement des maisons afin de leur permettre d'offrir aux personnes handicapées des services de proximité regroupés en un lieu unique.*

Il s'est inquiété de la situation des personnels, certains agents recrutés en contrat aidé se trouvant dans une situation précaire, tandis que les personnels mis à disposition par l'Etat, qui peuvent retourner à tout moment dans leur corps d'origine, contribuent à déstabiliser l'organisation des MDPH. Il en résulte, pour les autres agents, une surcharge d'activité et une dégradation de leurs conditions de travail.

A cet égard, il a évoqué la persistance de stocks de demandes en attente qui pèse sur l'activité des maisons et de leurs personnels.

Il a souhaité que l'ensemble de ces problèmes puisse être résolu dans les plus brefs délais, insistant tout particulièrement sur la nécessité de corriger les inégalités territoriales dues à la plus ou moins grande implication financière des conseils généraux. Il a enfin demandé quel est le montant moyen de la PCH.

***Isabelle Debré** a déploré la remise en cause d'environ mille postes d'AVS d'ici à la fin de l'année scolaire, ceux-ci ayant été créés en 2003 et relevant de contrats de trois ans renouvelables une seule fois. Elle a évoqué la possibilité pour l'Etat de proposer aux associations qui gèrent ces personnels une délégation de service public, afin de permettre aux agents dont le contrat arrive à échéance de poursuivre leur activité et de se professionnaliser.*

***André Lardeux** a voulu connaître les raisons pour lesquelles les rapporteurs ne sont pas favorables à l'intégration des MDPH dans les services du conseil général, se disant dubitatif sur l'amélioration apportée par une transformation du Gip en établissement public. Par ailleurs, il s'est inquiété de la diminution des recettes de la CNSA qui avoisine 4 % en 2009 et qui risque de suivre la même tendance en 2010. Il s'est interrogé à ce propos sur l'opportunité d'augmenter le taux de prélèvement des impôts et cotisations qui financent les MDPH et la PCH.*

***Alain Vasselle** a approuvé l'initiative des deux rapporteurs d'effectuer un contrôle de l'application de la loi, souhaitant que cette démarche se développe à l'avenir. Puis il a signalé les difficultés de certains établissements sociaux et médico-sociaux à recruter des psychiatres, des médecins, des kinésithérapeutes, des infirmiers ou des aides soignants, qui ne sont pas dénuées de conséquences financières pour la sécurité sociale, les personnes handicapées devant systématiquement être transférées à l'hôpital.*

Il s'est également étonné du faible succès de la PCH, s'interrogeant sur les raisons qui expliquent la préférence pour l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ainsi que sur la durée des délais d'instruction. Il a par ailleurs confirmé le caractère inéquitable des décisions des TCI et le manque de formation des magistrats.

Revenant sur la question du statut des personnels, il a regretté de ne pas avoir eu connaissance du rapport avant l'examen du projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires » car ces analyses auraient permis de mieux apprécier la solution qui a été retenue pour les personnels transférés aux agences régionales de santé (ARS).

Enfin, parmi les trois options possibles pour le futur statut des MDPH, il a souhaité connaître la solution ayant la préférence des rapporteurs.

***Claude Jeannerot** a demandé une analyse plus approfondie de la répartition des dotations versées aux départements pour financer la PCH : en effet, certains conseils généraux pour lesquels la montée en charge de cette prestation a été plus rapide, ont déjà consommé leur enveloppe et doivent puiser dans leurs propres réserves, ce qui pose un problème d'équité. Il a souhaité qu'une solution puisse rapidement être trouvée.*

***Bernard Cazeau** est convenu de la grande disparité de situations des MDPH selon l'implication financière des conseils généraux. Il s'est dit favorable à une intégration des MDPH dans les services du conseil général afin que les personnels mis à disposition par l'Etat puissent être stabilisés s'ils souhaitent opter pour la fonction publique territoriale. Il a rappelé que le Gip avait été imposé, à l'époque, sous la pression des associations nationales : or, si celles-ci sont très écoutées en haut lieu, le regard des associations locales est souvent différent et elles entretiennent d'excellents rapports avec les collectivités territoriales. Très souvent, les associations nationales entrent en conflit avec les conseils généraux, afin de reprendre le contrôle sur leurs déclinaisons locales. Enfin, il s'est dit convaincu de la prochaine montée en charge progressive de la PCH.*

***Annie David** a souhaité que des suites puissent être données aux conclusions du rapport et qu'il soit fait mention des problèmes spécifiques qui se posent pour les AVS, dont le statut, la formation et les perspectives de carrière ne sont pas satisfaisants, ce qui n'est pas sans conséquence pour les enfants handicapés. Elle a évoqué la multiplicité des statuts de ces personnels, certains étant recrutés soit par les rectorats, soit directement par les établissements scolaires, soit encore par des associations. Elle s'est également inquiétée que certains établissements remplacent les AVS par des emplois vie scolaire (EVS), dont le niveau de qualification est inférieur.*

***Nicolas About, président,** a proposé que les recommandations des rapporteurs soient traduites dans une proposition de loi, en y intégrant des dispositions relatives au statut des AVS, et que le rapport soit officiellement remis au Gouvernement, assorti d'une liste de préconisations précises.*

Marie-Thérèse Hermange a signalé le retard pris dans la mise en accessibilité des bâtiments publics, souhaitant qu'un contrôle spécifique soit réalisé sur ce sujet. Elle s'est demandé dans quelle mesure la solution retenue pour les futurs personnels des ARS pourrait être applicable au cas des MDPH. Enfin, elle s'est étonnée de l'augmentation importante des dossiers en attente pour les demandes « enfants », souhaitant en connaître les raisons.

Nicolas About, président, a indiqué que cette dégradation provient de la récente mise en œuvre de la PCH enfant.

Jacky Le Menn a souligné la disproportion qui existe entre la faible part des demandes de PCH, 6 %, et celle des effectifs mobilisés pour son instruction, 25 %. Il s'est également inquiété des moyens mis à disposition des MDPH pour faire face à la montée en charge de cette prestation.

De même, faisant valoir l'intérêt d'installer des antennes de proximité pour rapprocher les services des personnes handicapées, il s'est demandé comment les départements vont trouver les moyens de les financer. De façon plus générale, cela pose la question du maintien du rôle de garant de l'équité territoriale assuré par l'Etat et de sa contribution au financement des maisons. A cet égard, il a rappelé que les conseils généraux offrent à titre gracieux de nombreux services aux MDPH, dont le coût n'est pas pris en compte.

Comme ses collègues, il s'est dit favorable à l'élaboration rapide d'une proposition de loi relative au statut des personnels et des MDPH. Enfin, il a souligné l'enjeu majeur que représente la formation des personnels pour améliorer la qualité du service rendu ainsi que l'urgence d'augmenter les moyens des MDPH pour éviter une surcharge d'activité des agents en place.

Yves Daudigny s'est dit en accord avec le diagnostic exposé par les deux rapporteurs et avec les pistes proposées. Il a souligné l'implication plus ou moins forte des conseils généraux, selon les départements, qui explique le positionnement variable des présidents de conseils généraux au sein de l'assemblée des départements de France (ADF). Leurs positions ont sensiblement évolué depuis le début de l'année : alors que la majorité était au départ favorable à la suppression du Gip, les avis sont aujourd'hui plus nuancés. En revanche, le constat est unanime sur l'urgence de prévoir des solutions financières à très court terme.

A titre personnel, il s'est dit favorable à l'option retenue par les rapporteurs qui privilégient le maintien du Gip, à condition que cette solution soit juridiquement compatible avec une stabilisation des personnels mis à disposition et une clarification des responsabilités financières de chaque contributeur. Une étude plus approfondie devra être faite sur ce sujet. Il a néanmoins rappelé que de nombreux présidents de conseils généraux privilégient l'intégration des MDPH dans les services du conseil général, cette solution ayant le mérite de mettre en cohérence et de regrouper les services offerts aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

Par ailleurs, il a indiqué que l'essentiel des dépenses supportées par les départements concerne la PCH. Si, en 2008, les montants versés par la CNSA ont été supérieurs aux dépenses engagées par les départements, le taux de couverture, en 2009, ne devrait pas excéder 70 %. Le différentiel devra forcément se reporter sur la fiscalité des conseils généraux. C'est un sujet qui ne pourra être éludé dans les années à venir.

***Raymonde Le Texier** s'est dite frappée par les dysfonctionnements mis en évidence par les rapporteurs alors que les MDPH ont déjà plus de trois ans d'existence. Elle s'est montrée particulièrement sensible aux difficultés de recrutement des AVS qui empêchent plus d'une centaine d'enfants de son département d'être scolarisés en milieu ordinaire, sans parler de ceux qui ont bénéficié des services d'un AVS pendant deux ans puis qui, faute de personnel, n'ont plus pu être scolarisés ensuite.*

***Nicolas About, président**, a signalé que les rapporteurs présenteront leurs conclusions à la presse le 1er juillet et a souhaité qu'elles fassent l'objet d'une proposition de loi dès que possible, avant que le Gouvernement n'avance sur ce dossier.*

*En réponse aux différentes interventions, **Annie Jarraud-Vergnolle, rapporteur**, a expliqué que l'accumulation de dossiers en attente et la longueur des délais d'instruction de certaines demandes proviennent :*

- d'une part, de la réforme de l'AAH qui rend plus difficile l'évaluation des demandes et pour laquelle les personnels concernés ne disposent d'aucun guide, le rapport du groupe de travail missionné sur ce sujet étant attendu pour la fin du mois de juillet ;

- d'autre part, du fait que l'évaluation des demandes de PCH nécessite plus de temps en raison de leur complexité, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes atteintes d'un handicap psychique. Le faible nombre de psychiatres et de médecins mis à disposition des MDPH peut aussi expliquer l'engorgement que connaissent certaines maisons.

Ceci étant, la plupart des MDPH ont quasiment résorbé leurs stocks et, souvent, les dossiers en souffrance correspondent à des demandes qui ont reçu des réponses négatives mais non transmises. Par ailleurs, elle a signalé que le montant moyen des PCH accordées s'élève à environ 1 090 euros.

S'agissant des AVS, elle a distingué deux cas : celui des professionnels qui accompagnent des enfants handicapés moteur, qui exercent très souvent à temps partiel, dans le cadre de contrats aidés, et qui ont un faible niveau de qualification ; et celui des AVS plus spécialisés, placés auprès d'élèves atteints d'un handicap psychique, qui ont ainsi acquis une compétence qui mérite d'être valorisée et justifie une pérennisation de leur statut. Dans l'ensemble, elle a souhaité une stabilisation et une professionnalisation de ces personnels.

Isabelle Debré a fait valoir que les moyens mis en œuvre pour scolariser les enfants handicapés constituent un investissement pour l'avenir, puisqu'ils permettent de les préparer à l'acquisition d'une qualification professionnelle et à une éventuelle insertion dans la vie active. Les questions financières ne peuvent donc être avancées pour justifier une limitation des moyens.

Annie Jarraud-Vergnolle, rapporteur, a dit partager cette analyse qui relève de la théorie du « coût évité ».

Paul Blanc, rapporteur, est convenu de la nécessité de créer un véritable statut des AVS, tout en soulignant la valeur ajoutée que représente la présence des enseignants spécialisés au sein des équipes pluridisciplinaires et des CDAPH, qui participent à la construction du PPS et aux décisions d'orientation scolaire. Leur expertise leur permet d'apprécier en particulier la réelle nécessité de la présence d'un AVS aux côtés des élèves pour les scolariser en milieu ordinaire, celle-ci pouvant être inopportune l'année suivante pour favoriser leur autonomie. Le rôle de l'enseignant référent est précisément de surmonter les réticences des professeurs qui craignent que la présence d'un enfant handicapé déstabilise la classe, mais aussi d'expliquer aux familles que la scolarisation en milieu ordinaire n'est pas toujours la meilleure solution et que la présence d'un AVS n'est pas forcément recommandée pour le développement de l'enfant.

En réponse à Alain Vasselle, Annie Jarraud-Vergnolle, rapporteur, a indiqué que la PCH vient d'être étendue aux enfants et qu'elle nécessite une étude comparative relativement lourde afin que les parents puissent choisir entre le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et cette nouvelle prestation. Pour les adultes, la PCH est encore peu attractive car elle prend mal en compte les aides ménagères et nécessite la transmission de justificatifs qui ne sont pas demandés pour l'ACTP. Une réflexion des directeurs des MDPH est en cours sur ce sujet.

Au sujet des décisions prises par les TCI et la Cnitaat, elle a précisé que de nombreux jugements mettent en évidence la non-prise en compte de l'approche pluridisciplinaire par les magistrats et les médecins experts. Cette dérive par rapport à l'esprit de la loi du 11 février 2005 a été signalée par le médiateur de la République, Jean Paul Delevoye. Elle pourrait faire l'objet d'une disposition spécifique dans la future proposition de loi.

En réponse à Marie-Thérèse Hermange, elle a évoqué les problèmes d'accessibilité de la MDPH du Val-de-Marne, qui doit bientôt changer de locaux.

En réponse à Jacky Le Menn, elle s'est dite pleinement en accord avec la nécessité d'augmenter les moyens en personnels pour faire face aux nouvelles missions des MDPH.

Paul Blanc, rapporteur, a rappelé que la loi de 2005 résulte pour une grande part du rapport d'information et de la proposition de loi établis par la commission des affaires sociales en 2002. Il a fallu trois ans au Gouvernement pour se saisir de la question et soumettre au Parlement un projet de loi pour réformer la loi précédente datant de 1975. S'il a reconnu les insuffisances de la loi de 2005, il a relativisé l'ampleur de ses dysfonctionnements, dès lors que sa mise en œuvre est relativement récente. Favorable à l'élaboration d'une proposition de loi pour améliorer le fonctionnement des MDPH, il a néanmoins estimé nécessaire de réaliser une expertise juridique plus approfondie sur le statut des personnels et des maisons.

En réponse à André Lardeux et Bernard Cazeau, il a indiqué que l'intégration des MDPH aux services du conseil général présente deux inconvénients majeurs : la difficulté de garantir la participation des associations et le risque d'un désengagement de l'Etat.

Au sujet des financements, il a partagé l'inquiétude d'André Lardeux sur la diminution des recettes de la CNSA, celles-ci ayant d'ores et déjà subi une baisse de l'ordre de 100 millions d'euros, qui affectera, dès 2009, le montant des dotations allouées aux conseils généraux.

En revanche, n'ayant eu aucun écho de revendications relatives aux conditions de travail, il s'est dit moins pessimiste que Guy Fischer sur l'état d'esprit des personnels des MDPH et la précarité de leur statut, les contrats aidés étant peu nombreux.

Par ailleurs, il a souligné le paradoxe de la difficulté à pourvoir des postes dans les MDPH alors qu'on observe parallèlement une augmentation du taux de chômage. Il a souhaité que le ministère de l'éducation nationale se mobilise pour développer les filières sociales et médico-sociales.

En ce qui concerne la PCH, il a rappelé que la faible prise en compte des aides ménagères explique en grande partie sa faible attractivité par rapport à l'ACTP, qui est souvent considérée comme un complément de revenu. Cet inconvénient appelle des aménagements qui pourraient figurer dans la future proposition de loi.

En réponse à Marie-Thérèse Hermange, il a fait observer que la loi a fixé à 2015 l'échéance pour la mise en accessibilité des bâtiments. Le diagnostic doit être en revanche établi d'ici à la fin de l'année 2009. Il a salué à cet égard la mobilisation exemplaire des DDE qui organisent des réunions avec les communes pour les accompagner dans cette démarche. Toutefois, il a reconnu la difficulté de mettre en accessibilité, dans les délais, les matériels roulants et les quais de gare. En effet, la durée d'amortissement de ces matériels est au minimum de quinze à vingt ans et l'homologation des nouveaux transports n'a pas fait l'objet d'un contrôle suffisamment rigoureux.

Revenant sur l'évolution possible du statut des MDPH, il a mis en évidence la souplesse et l'adaptabilité du Gip aux choix locaux sans pour autant que le rôle de garant de l'équité territoriale assuré par l'Etat soit remis en cause. Il a insisté sur la nécessité de trouver une solution qui permette de conserver l'expertise des personnels mis à disposition. Enfin, s'agissant de la réforme de l'AAH, il a regretté que le rapport du groupe de travail missionné sur ce sujet pour élaborer un guide de l'employabilité intervienne si tardivement.

*A l'issue de ce débat, la **commission a approuvé les conclusions de ce rapport d'information et autorisé sa publication.***

ANNEXES

ANNEXE N° 1

PRINCIPAUX TEXTES LÉGISLATIFS RELATIFS AUX MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES

Les missions d'accueil des maisons départementales des personnes handicapées

• **Article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles :**

Afin d'offrir un accès unique aux droits et prestations mentionnés aux articles L. 241-3, L. 241-3-1 et L. 245-1 à L.245-11 du présent code et aux articles L. 412-8-3, L. 432-9, L. 541-1, L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale, à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services ainsi que de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille, il est créé dans chaque département une maison départementale des personnes handicapées.

La maison départementale des personnes handicapées exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

[...]

La maison départementale des personnes handicapées assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en oeuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en oeuvre peut requérir. Elle met en oeuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap.

Pour l'exercice de ses missions, la maison départementale des personnes handicapées peut s'appuyer sur des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ou des organismes assurant des services d'évaluation et d'accompagnement des besoins des personnes handicapées avec lesquels elle passe convention.

La maison départementale des personnes handicapées organise des actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux concernant les personnes handicapées.

Un référent pour l'insertion professionnelle est désigné au sein de chaque maison départementale des personnes handicapées.

Chaque maison départementale recueille et transmet les données mentionnées à l'article L. 247-2, ainsi que les données relatives aux suites réservées aux orientations prononcées par la commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées, notamment auprès des établissements et services susceptibles d'accueillir ou d'accompagner les personnes concernées.

• **Article L. 146-7 du code de l'action sociale et des familles :**

La maison départementale des personnes handicapées met à disposition, pour les appels d'urgence, un numéro téléphonique en libre appel gratuit pour l'appelant, y compris depuis un terminal mobile.

La maison départementale des personnes handicapées réalise périodiquement et diffuse un livret d'information sur les droits des personnes handicapées et sur la lutte contre la maltraitance.

Composition et missions de l'équipe pluridisciplinaire

Article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles :

Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. Elle entend, soit sur sa propre initiative, soit lorsqu'ils en font la demande, la personne handicapée, ses parents lorsqu'elle est mineure, ou son représentant légal. Dès lors qu'il est capable de discernement, l'enfant handicapé lui-même est entendu par l'équipe pluridisciplinaire. L'équipe pluridisciplinaire se rend sur le lieu de vie de la personne soit sur sa propre initiative, soit à la demande de la personne handicapée. Lors de l'évaluation, la personne handicapée, ses parents ou son représentant légal peuvent être assistés par une personne de leur choix. La composition de l'équipe pluridisciplinaire peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente.

L'équipe pluridisciplinaire sollicite, en tant que de besoin et lorsque les personnes concernées en font la demande, le concours des établissements ou services visés au 11° du I de l'article L. 312-1 ou des centres désignés en qualité de centres de référence pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares.

**Composition et missions
de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées**

Article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles :

« Une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prend, sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8, des souhaits exprimés par la personne handicapée ou son représentant légal dans son projet de vie et du plan de compensation proposé dans les conditions prévues aux articles L. 114-1 et L. 146-8, les décisions relatives à l'ensemble des droits de cette personne, notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation, conformément aux dispositions des articles L. 241-5 à L. 241-11. ».

Statut et organisation des maisons départementales des personnes handicapées

Article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles :

La maison départementale des personnes handicapées est un **groupement d'intérêt public**, dont le département assure la tutelle administrative et financière.

Le département, l'Etat et les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général de sécurité sociale [...] sont membres de droit de ce groupement.

D'autres personnes morales peuvent demander à en être membres, notamment les personnes morales représentant les organismes gestionnaires d'établissements ou de services destinés aux personnes handicapées, celles assurant une mission de coordination en leur faveur et les autres personnes morales participant au financement du fonds départemental de compensation [...].

La maison départementale des personnes handicapées est administrée par une **commission exécutive** présidée par le président du conseil général.

Outre son président, la commission exécutive comprend :

1° Des membres représentant le département, désignés par le président du conseil général, pour moitié des postes à pourvoir ;

2° Des membres représentant les associations de personnes handicapées, désignés par le conseil départemental consultatif des personnes handicapées, pour le quart des postes à pourvoir ;

3° Pour le quart restant des membres :

a) Des représentants de l'Etat désignés par le représentant de l'Etat dans le département et par le recteur d'académie compétent ;

b) Des représentants des organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général [...];

c) Le cas échéant, des représentants des autres membres du groupement prévus par la convention constitutive du groupement.

Les décisions de la maison départementale des personnes handicapées sont arrêtées à la majorité des voix. En cas d'égal partage des voix, celle du président est prépondérante.

Le **directeur** de la maison départementale des personnes handicapées est nommé par le président du conseil général.

La **convention constitutive** du groupement précise notamment les modalités d'adhésion et de retrait des membres et la nature des concours apportés par eux.

A défaut de signature de la convention constitutive au 1^{er} janvier 2006 par l'ensemble des membres prévus aux 1° à 3° ci-dessus, le président du conseil général peut décider l'entrée en vigueur de la convention entre une partie seulement desdits membres. En cas de carence de ce dernier, le représentant de l'Etat dans le département arrête le contenu de la convention constitutive conformément aux dispositions d'une convention de base définie par décret en Conseil d'Etat.

Statuts des personnels des MDPH

- **Article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles :**

[...]

Le personnel de la maison départementale des personnes handicapées comprend :

1° Des personnels mis à disposition par les parties à la convention constitutive ;

2° Le cas échéant, des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en détachement ;

3° Le cas échéant, des agents contractuels de droit public, recrutés par la maison départementale des personnes handicapées, et soumis aux dispositions applicables aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale ;

4° Le cas échéant, des agents contractuels de droit privé, recrutés par la maison départementale des personnes handicapées.

Médiation et conciliation

- **Article L. 146-10 du code de l'action sociale et des familles :**

Sans préjudice des voies de recours mentionnées à l'article L. 241-9, lorsqu'une personne handicapée, ses parents si elle est mineure, ou son représentant légal estime qu'une décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 méconnaît ses droits, ils peuvent demander l'intervention d'une personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation. La liste des personnes qualifiées est établie par la maison départementale des personnes handicapées.

L'engagement d'une procédure de conciliation suspend les délais de recours.

- **Article L. 146-13 du code de l'action sociale et des familles :**

Pour faciliter la mise en oeuvre des droits énoncés à l'article L. 114-1 et sans préjudice des voies de recours existantes, une personne référente est désignée au sein de chaque maison départementale des personnes handicapées. Sa mission est de recevoir et d'orienter les réclamations individuelles des personnes handicapées ou de leurs représentants vers les services et autorités compétents.

Les réclamations mettant en cause une administration, une collectivité territoriale, un établissement public ou tout autre organisme investi d'une mission de service public sont transmises par la personne référente au Médiateur de la République, conformément à ses compétences définies par la loi n° 73-6 du 3 janvier 1973 instituant un Médiateur de la République.

Les réclamations mettant en cause une personne morale ou physique de droit privé qui n'est pas investie d'une mission de service public sont transmises par la personne référente soit à l'autorité compétente, soit au corps d'inspection et de contrôle compétent.

ANNEXE N° 2

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **M. Patrice Tripoteau**, responsable du Pôle d'actions nationales et **Mme Malika Boubekeur**, conseillère nationale pour les politiques de compensation de l'Association des paralysés de France (APF) ;
- **M. Jean-Paul Le Divenah**, directeur de cabinet et **Mme Caroline Bachschmidt**, conseillère technique chargée des personnes handicapées au Cabinet de Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité ;
- **M. Jean-Louis Garcia**, président de l'association pour adultes et jeunes handicapés (Apajh) ;
- **M. Arnaud de Broca**, secrétaire général et **M. Karim Felissi**, conseiller national de l'association des accidentés de la vie (Fnath) ;
- **M. Régis Devoldère**, président et **M. Thierry Nouvel**, directeur général de l'union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei) ;
- **M. Fabrice Heyriès**, directeur général de l'action sociale et **Mme Pierrette Tisserand**, Sous-directrice chargée des personnes handicapées ;
- **M. Yves Daudigny**, sénateur de l'Aisne, président de la commission « Politiques Sociales » de l'assemblée des départements de France (ADF) ; **Mme Marylène Jouvien**, chargée des relations avec le Parlement ; **M. Jean-Michel Rapinat**, chef du pôle des affaires sociales ;
- **M. Patrick Gohet**, délégué interministériel aux personnes handicapées ;
- **M. Laurent Vachey**, directeur général de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; **Mme Bernadette Moreau**, directrice de la direction de la compensation et **Mlle Emilie Delpit**, directrice de projet, chargée de la qualité et de la prospective ;
- **Mme Laurence Sturm**, correspondant handicap ; coordinatrice juridique et sociale et **Mme Christelle Durrieu**, direction de la formation au centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) ;
- **M. Frédéric Von Roekeghem**, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)
- **M. Jean-Michel Coignard**, conseiller technique EPS - sport - handicap - santé scolaire au cabinet de M. Xavier Darcos, ministre de l'éducation nationale et **M. Pierre-François Gachet**, chef du bureau de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés à la direction générale de l'enseignement scolaire ;
- **Mme Solange Fasoli**, chargée de l'enseignement adapté et **Mme Catherine Perret**, union nationale des syndicats de l'éducation nationale - confédération générale du travail (Unsen-CGT) ;

- **Mme Catherine Champon-Kucklick** et **M. Jean-Luc Lhemanne**, cabinet de M. André Santini, secrétaire d'Etat chargé de la fonction publique ; **M. Joël Martin**, attaché principal à la direction générale des collectivités locales (DGCL) ;
- **Mme Michelle Zorman** et **M. Joël Devoulon**, secrétaires nationaux et **M. Pierre Margerie**, secrétaire fédéral des syndicats généraux de l'éducation nationale - confédération française démocratique du travail (Sgen-CFDT).

*

ANNEXE N° 3

PERSONNES RENCONTRÉES LORS DES DÉPLACEMENTS

• MDPH de Paris :

- **Mme Véronique Dubarry**, présidente ;
- **Mme Marie-Noëlle Villedieu**, directrice ;
- **Michèle Pivin**, directrice adjointe ;
- **Mme Elisabeth Chancerel**, membre de l'association « Les papillons blancs », vice-présidente de la CDAPH ;
- **Mme Geneviève Gueydan**, directrice action sociale, enfance et santé ;
- **Mme Peyraud**, responsable du paiement de la PCH ;
- **Mme Bouet**, service réglementation ;
- **Mme Marie-José Bichat**, responsable administration générale ;
- **Mme Emmanuelle Faure**, responsable administration des droits ;
- **M. Grégory Tosti**, médecin coordonnateur ;
- **Mme Sylvia Beaudoin**, responsable pôle accueil ;
- **Mme Nathalie Etienne**, responsable pôle ressource médico-social.

• MDPH du Val-de-Marne :

- **M. Christian Fournier**, vice-président du conseil général, président de la MDPH ;
- **Mme Chantal Bonno**, directrice adjointe des services aux personnes âgées et aux personnes handicapées du conseil général ;
- **Mme Nadia Laporte-Phoeun**, chef du service « Instruction et administration » de la MDPH ;
- **Mme Colette Patzierkovsky**, médecin, chef du service « Evaluation et suivi » de la MDPH ;
- **Mme Soraya Cardinal**, Chef du service « Accueil, animation du réseau, fonds de compensation » de la MDPH ;
- **Mme Chantal Rialin**, travailleur social ;
- **M. Claude Boulanger**, président de la CDAPH, délégué départemental de l'APF ;
- **Mme Françoise Truffy**, représentante de l'Union nationale des amis et des familles de malades mentaux (Unafam) ;

• **MDPH de Seine-et-Marne :**

- **M. Gérard Bernheim**, vice-président du conseil général, président de la **MDPH de Seine-et-Marne** ;
- **Mme Christine Dupré**, directrice ;
- **Mme Christine Boubet**, directrice générale adjointe solidarité du conseil général ;
- **M. Guillaume Quercy**, directeur adjoint ;
- **Mme Claire Germain**, médiatrice.

• **MDPH des Ardennes :**

- **M. Benoît Huré**, Sénateur, président du conseil général ;
- **M. Marc Laménie**, sénateur, vice-président du conseil général, rapporteur du budget ;
- **M. Patrice Groff**, président de la Comex et de la CDAPH ; premier vice-président du conseil général ;
- **Mme Elisabeth Faille**, vice-présidente du conseil général ;
- **M. Igor Dupin**, directeur ;
- **M. Alain Guillaumin**, directeur général des services du conseil général ;
- **les membres de la CDAPH.**

• **MDPH de l'Yonne :**

- **M. Jean-Marie Rolland**, Président du Conseil général, député ;
- **M. Bernard Le Naour**, directeur général adjoint, chargé de la solidarité au conseil général ;
- **Mme Anne-Laure Moser-Moulaa**, directrice ;
- **Mme Sandrine Dhenin**, adjointe de direction, responsable administrative ;
- **Madame Christine Benard**, référente « Insertion professionnelle » ;
- **Melle Cécile Carroue**, référent « Partenariat et contentieux » ;
- **M. Guy Paris**, conseiller général ;
- **Mme Isabelle Picault**, Inspecteur de l'Education nationale ;
- **Mme le docteur Marie-Josèphe Giesenfeld**, médecin coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation.

• **MDPH du Calvados :**

- **Madame Sylvie Lenourrichel**, vice-présidente de la commission des affaires sociales du conseil général, présidente de la CDAPH ;
- **Mme Annie Coletta**, directrice ;
- **Mme Maureen Mazar**, directrice de la Ddass ;
- **M. Frédéric Ollivier**, directeur général du conseil général ;

- **M. Dominique Chrétien**, directeur général adjoint de la solidarité ;
- **M. Bruno Guillem**, directeur-adjoint de la DDTEFP ;
- **M. Jacques Serpette**, directeur d'Esat et membre d'Ardicath.
- **M. Didier Himbert**, responsable du Pôle « Evaluation, accompagnement » ;
- **M. le vice-président du CDCPH**, représentant des associations, et les membres de la CDAPH ;
- **Docteur Jacqueline Gaussens**, médecin ;
- **M. Guy Philippine**, conseiller éducation nationale ;
- **Mme Michèle Lavollé**, en charge de la médiation et de la conciliation.

*

ANNEXE N° 4

COMPARAISON DES GRILLES INDICIAIRES
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE D'ETAT

DEROULEMENTS COMPARES DES CARRIERES DE CATEGORIE A DANS LA FPT ET LA FPE

FPT
Catégorie A

Directeur territorial

Echelons	I.B	I.M.	Rém. brute	Durées mini	Durées maxi
7	985	798	3 647,36	-	-
6	935	760	3 473,68	2 ans 6 mois	3 ans
5	881	719	3 286,28	2 ans 6 mois	3 ans
4	830	680	3 108,03	2 ans 6 mois	3 ans
3	780	642	2 934,34	2 ans 6 mois	3 ans
2	741	612	2 797,22	1 an 6 mois	2 ans
1er	701	582	2 660,10	1 an 6 mois	2 ans

Attaché territorial principal

Echelons	I.B	I.M.	Rém. brute	Durées mini	Durées maxi
10	966	783	3 578,80	-	-
9	916	746	3 409,69	2 ans 3 mois	3 ans
8	864	706	3 226,86	2 ans	2 ans 6 mois
7	821	673	3 076,03	2 ans	2 ans 6 mois
6	759	626	2 861,21	1 an 6 mois	2 ans
5	712	590	2 696,67	1 an 6 mois	2 ans
4	660	551	2 518,41	1 an 6 mois	2 ans
3	616	517	2 363,01	1 an 6 mois	2 ans
2	572	483	2 207,61	1 an 6 mois	2 ans
1er	504	434	1 983,65	1 an	1 an

Attaché territorial

Echelons	I.B	I.M.	Rém. brute	Durées mini	Durées maxi
12	801	658	3 007,47	-	-
11	759	626	2 861,21	2 ans 6 mois	3 ans
10	703	584	2 669,25	2 ans 6 mois	3 ans
9	653	545	2 490,99	2 ans 6 mois	3 ans
8	625	524	2 395,01	2 ans 6 mois	3 ans
7	588	496	2 267,03	2 ans	2 ans 6 mois
6	542	461	2 107,06	2 ans	2 ans 6 mois
5	500	431	1 969,94	2 ans	2 ans 6 mois
4	466	408	1 864,82	1 an 6 mois	2 ans
3	442	389	1 777,97	1 an	2 ans
2	423	376	1 718,56	1 an	2 ans
1er	379	349	1 595,15	1 an	1 an

FPE

Conseiller d'administration

Echelons	I.B	I.M.	Rém. brute	Durées mini	Durées maxi
éch. Spécial	HEA		3 984,69	-	-
7	1015	821	3 752,48	2 ans 6 mois	3 ans
6	985	798	3 647,36	2 ans 6 mois	3 ans
5	946	768	3 510,24	2 ans 6 mois	3 ans
4	901	734	3 354,84	2 ans 6 mois	2 ans
3	850	695	3 176,58	2 ans 6 mois	2 ans
2	800	657	3 002,90	2 ans 6 mois	2 ans
1er	750	619	2 829,22	1 an 6 mois	2 ans
éch. prov.	700	581	2 655,53	1 an	1 an

Attaché principal

Echelons	I.B	I.M.	Rém. brute	Durées mini	Durées maxi
10	966	783	3 578,80	-	-
9	916	746	3 409,69	2 ans 3 mois	3 ans
8	864	706	3 226,86	2 ans	2 ans 6 mois
7	821	673	3 076,03	2 ans	2 ans 6 mois
6	759	626	2 861,21	1 an 6 mois	2 ans
5	712	590	2 696,67	1 an 6 mois	2 ans
4	660	551	2 518,41	1 an 6 mois	2 ans
3	616	517	2 363,01	1 an 6 mois	2 ans
2	572	483	2 207,61	1 an 6 mois	2 ans
1er	504	434	1 983,65	1 an	1 an

Attaché territorial

Echelons	I.B	I.M.	Rém. brute	Durées mini	Durées maxi
12	801	658	3 007,47	-	-
11	759	626	2 861,21	2 ans 6 mois	3 ans
10	703	584	2 669,25	2 ans 6 mois	3 ans
9	653	545	2 490,99	2 ans 6 mois	3 ans
8	625	524	2 395,01	2 ans 6 mois	3 ans
7	588	496	2 267,03	2 ans	2 ans 6 mois
6	542	461	2 107,06	2 ans	2 ans 6 mois
5	500	431	1 969,94	2 ans	2 ans 6 mois
4	466	408	1 864,82	1 an 6 mois	2 ans
3	442	389	1 777,97	1 an	2 ans
2	423	376	1 718,56	1 an	2 ans
1er	379	349	1 595,15	1 an	1 an

des classes de seconde des lycées d'enseignement général et technologique. Les horaires des classes de première et terminale sont établis en référence à ceux de la section A I de ces mêmes lycées.

Classes de seconde

DISCIPLINES	NOMBRE de séquences (*)
Français.....	6
Histoire géographie.....	5
Langue vivante 1.....	3
Langue vivante 2.....	4
Mathématiques.....	4
Physique-chimie.....	1,5
Biologie-géologie.....	1,5
Education physique et sportive.....	2
Total.....	27

(*) 1 séquence : 45 minutes.

Classes de première

DISCIPLINES	NOMBRE de séquences (*)
Français.....	6
Histoire géographie.....	4
Langue vivante 1.....	3
Langue vivante 2.....	3
Mathématiques.....	6
Physique-chimie.....	1,5
Biologie-géologie.....	1,5
Education physique et sportive.....	2
Total.....	27

(*) 1 séquence : 45 minutes.

Classes de terminale

DISCIPLINES	NOMBRE de séquences (*)
Philosophie.....	9
Histoire, géographie.....	4
Langue vivante 1.....	3
Langue vivante 2.....	3
Mathématiques.....	6
Education physique et sportive.....	2
Total.....	27

(*) 1 séquence : 45 minutes.

Art. 5. - L'organisation des enseignements relevant de l'école élémentaire fait l'objet d'un projet pédagogique soumis à l'approbation de l'inspecteur départemental de l'éducation nationale de la circonscription et de l'inspecteur d'académie. Pour les élèves des classes de danse de l'Opéra scolarisés au niveau du collège et du lycée, les modalités pratiques de l'enseignement de l'éducation physique et sportive sont précisées dans une convention signée entre l'école de danse et les établissements de rattachement, sous contrôle de l'autorité académique.

Art. 6. - Le directeur des écoles et le directeur des lycées et collèges au ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports et le directeur de la musique et de la danse au ministère de la culture, de la communication, des grands travaux et du Bicentenaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 16 mai 1990.

Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports,

LIONEL JOSPIN

Le ministre de la culture, de la communication,

des grands travaux et du Bicentenaire,

JACK LANG

Arrêté du 30 mai 1990 fixant l'échelonnement indiciaire applicable aux professeurs agrégés de l'enseignement du second degré et aux personnels assimilés

NOR : MENF9000976A

Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives, et le ministre délégué auprès du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget,

Vu le décret n° 48-1108 du 10 juillet 1948 portant classement hiérarchique des grades et emplois des personnels civils et militaires de l'Etat relevant du régime général des retraites, ensemble les textes qui l'ont modifié et complété ;

Vu le décret n° 89-669 du 18 septembre 1989 modifiant le décret n° 72-580 du 4 juillet 1972 relatif au statut particulier des professeurs agrégés de l'enseignement du second degré,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - L'échelonnement indiciaire applicable aux professeurs agrégés hors-classe est fixé, en indices bruts, ainsi qu'il suit :

	Indices bruts
5 ^e échelon (1).....	1 015
4 ^e échelon.....	966
3 ^e échelon.....	901
2 ^e échelon.....	852
1 ^{er} échelon.....	801

(1) La carrière dans ce corps se poursuit hors-échelle.

Art. 2. - L'échelonnement indiciaire applicable aux professeurs agrégés de classe normale et aux professeurs assimilés (secrétaires généraux et directeurs des études de l'Ecole française d'archéologie d'Athènes, de l'Institut français d'archéologie du Caire et de la Casa de Velásquez) est fixé, en indices bruts, ainsi qu'il suit :

	Indices bruts
11 ^e échelon.....	1 015
10 ^e échelon.....	966
9 ^e échelon.....	901
8 ^e échelon.....	835
7 ^e échelon.....	772
6 ^e échelon.....	716
5 ^e échelon.....	664
4 ^e échelon.....	618
3 ^e échelon.....	565
2 ^e échelon.....	506
1 ^{er} échelon.....	427

Art. 3. - Les dispositions de l'arrêté du 22 mai 1978 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux professeurs agrégés de l'enseignement du second degré et aux professeurs assimilés sont abrogées.

Art. 4. - Le présent arrêté prend effet au 1^{er} septembre 1989 et sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 30 mai 1990.

Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général des finances et du contrôle de gestion,

B. CIEUTAT

Le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives,

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur général de l'administration et de la fonction publique :

Le sous-directeur,

L. MARIOTTE

ARRETE DU 30 MAI 1990 FIXANT L'ECHELONNEMENT INDICIAIRE APPLICABLE
AUX PROFESSEURS CERTIFIES, AUX PERSONNELS ASSIMILES
ET AUX PROFESSEURS BI-ADMISSIBLES A L'AGREGATION

Version consolidée au 21 avril 1998

Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives, et le ministre délégué auprès du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget,

Vu le décret n° 48-1108 du 10 juillet 1948 portant classement hiérarchique des grades et emplois des personnels civils et militaires de l'Etat relevant du régime général des retraites, ensemble les textes qui l'ont modifié et complété, et notamment le décret n° 89-675 du 13 septembre 1989;

Vu le décret n° 72-581 du 4 juillet 1972 modifié relatif au statut particulier des professeurs certifiés,

Arrêtent :

Article 1

L'échelonnement indiciaire applicable aux professeurs certifiés hors-classe, aux professeurs de lycée professionnel hors classe, aux professeurs techniques adjoints hors-classe et chefs de travaux pratiques hors-classe du cadre de l'Ecole nationale supérieure d'arts et métiers et chefs de travaux hors-classe de l'Ecole centrale des arts et manufactures est fixé, en indices bruts, ainsi qu'il suit :

Echelons	Indices bruts
7e échelon	966
6e échelon	910
5e échelon	850
4e échelon	780
3e échelon	726
2e échelon	672
1er échelon	587

Article 1-1 (abrogé au 21 avril 1998)

L'échelonnement indiciaire applicable aux professeurs techniques adjoints hors-classe et chefs de travaux pratiques hors classe du cadre de l'Ecole nationale supérieure d'arts et métiers et chefs de travaux hors-classe de l'Ecole centrale des arts et manufactures est fixé, en indices bruts, ainsi qu'il suit :

Echelons	Indices bruts
6e échelon	901
5e échelon	840
4e échelon	773
3e échelon	720
2e échelon	667
1er échelon	587

Article 2

L'échelonnement indiciaire applicable aux professeurs de classe normale bi-admissibles à l'agrégation est fixé, en indices bruts, ainsi qu'il suit :

Echelons	Indices bruts
11e échelon	841
10e échelon	801
9e échelon	741
8e échelon	682
7e échelon	629
6e échelon	593
5e échelon	553
4e échelon	514
3e échelon	487
2e échelon	457
1er échelon	406

Article 3

L'échelonnement indiciaire applicable aux professeurs certifiés de classe normale, aux professeurs de lycée professionnel hors classe, aux professeurs techniques adjoints de classe normale et chefs de travaux pratiques de classe normale du cadre de l'Ecole nationale supérieure d'arts et métiers et chefs de travaux de classe normale de l'Ecole centrale des arts et manufactures est fixé, en indices bruts, ainsi qu'il suit :

Echelons	Indices bruts
11e échelon	801
10e échelon	741
9e échelon	682
8e échelon	634
7e échelon	587
6e échelon	550
5e échelon	510
4e échelon	480
3e échelon	450
2e échelon	423
1er échelon	379

Article 4

Les dispositions des arrêtés du 1^{er} mars 1976 modifié fixant l'échelonnement applicable aux professeurs licenciés ou certifiés et personnels assimilés et du 31 mai 1976 modifié fixant l'échelonnement indiciaire applicable aux professeurs bi-admissibles à l'agrégation sont abrogées.

Article 5

Le présent arrêté prend effet au 1^{er} septembre 1989 et sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 30 mai 1990.

ARRETE DU 22 AOUT 1990 FIXANT L'ECHELONNEMENT INDICIAIRE APPLICABLE AUX PROFESSEURS DES ECOLES

Versión consolidée au 7 septembre 1990

Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives, et le ministre délégué auprès du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget,

Vu le décret n° 48-1108 du 10 juillet 1948 portant classement hiérarchique des grades et emplois des personnels civils et militaires de l'Etat relevant du régime général des retraites, ensemble les textes qui l'ont modifié et complété, et notamment le décret n° 90-671 du 25 juillet 1990;

Vu le décret n° 90-680 du 1er août 1990 relatif au statut particulier des professeurs des écoles,

Arrêtent :

Article 1

L'échelonement indiciaire applicable aux professeurs des écoles hors classe est fixé, en indices bruts, ainsi qu'il suit :

	Indices bruts
7e échelon	966
6e échelon	910
5e échelon	850
4e échelon	780
3e échelon	726
2e échelon	672
1 ^{er} échelon	587

Article 2

L'échelonement indiciaire applicable à compter du 1^{er} septembre 1990 aux professeurs des écoles de classe normale est fixé, en indices bruts, ainsi qu'il suit :

	Indices bruts
11e échelon	801
10e échelon	741
9e échelon	682
8e échelon	634
7e échelon	587
6e échelon	550
5e échelon	510
4e échelon	480
3e échelon	450
2e échelon	423
1 ^{er} échelon	379

Article 3

Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 22 août 1990.

ANNEXE N° 5

COURRIER DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE NATIONAL DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE



Le Directeur Général

Direction de la formation

Paris, le

09 JUIN 2009

Nos références : CC/CB/09-033

Monsieur Paul BLANC
Sénateur des Pyrénées Orientales
Sénat
Palais du Luxembourg
15 rue de Vaugirard
75006 PARIS

Objet : Mission sénatoriale sur les maisons départementales des personnes
handicapées (MDPH)

Monsieur le Sénateur,

Dans le cadre de la mission sénatoriale sur les MDPH que vous présidez, le CNFPT a été récemment sollicité en vue d'une audition sur les formations organisées en direction des personnels des MDPH.

Compte tenu des délais très courts proposés par vos assistants et de la période de renouvellement des instances de notre établissement, aucun membre de la direction générale du CNFPT n'a malheureusement pu se rendre disponible et croyez que je le regrette sincèrement. J'ai néanmoins été tenu informé par les deux collaboratrices que vous avez rencontrées, des thèmes évoqués lors de cette audition et je tenais à préciser à nouveau les conditions de l'intervention de notre établissement à destination des MDPH.

Je rappellerai en premier lieu que plusieurs types d'actions sont actuellement mis en œuvre dans le cadre de la convention nationale signée entre la CNSA et le CNFPT.

Il s'agit notamment d'une étude analysant les emplois et les métiers des MDPH permettant de recenser les principaux besoins de formation des personnels de ces établissements. Il s'agit également de nombreux programmes adaptés aux différents contextes départementaux et organisés conjointement par les MDPH et les délégations régionales du CNFPT concernées. A titre d'exemple, de nombreuses actions ont déjà été menées dans les régions Languedoc-Roussillon, Basse Normandie, Pays de la Loire, Rhône-Alpes...

Ces programmes prévoient des formations sur l'accueil des personnes handicapées, sur l'évaluation des handicaps et également sur des fonctions transversales (Finances, Ressources Humaines, marchés publics...) Ces formations sont, pour certaines, organisées en « intra » afin de pouvoir toucher l'ensemble d'une équipe pluridisciplinaire d'une MDPH. Un itinéraire de formation à destination des directeurs de MDPH est également en cours de construction.

Enfin, je tenais à vous informer que le 17 juin prochain, le « pôle social » du CNFPT organise une réunion regroupant des représentants de la CNSA, des directeurs de MDPH et du CNFPT afin de procéder à un point d'étape du partenariat engagé sur les formations MDPH et de poursuivre le développement des actions de formation en direction des agents MDPH.

S'agissant du financement de ces actions, je tiens à confirmer l'obligation pour le CNFPT d'utiliser le produit de la cotisation versée par les collectivités pour la seule formation des agents territoriaux.

Les contrôles effectués par la Cour des comptes rappellent régulièrement cette règle de gestion dans les rapports concernant le CNFPT. Aussi les formations concernant des personnels de MDPH non territoriaux doivent nécessairement trouver des financements distincts de la cotisation, ce qui ne devrait pas remettre en cause l'intérêt de formations communes pour tous les types de publics concourant aux mêmes missions de service public.

Regrettant vivement de ne pas avoir pu vous rencontrer, je tenais à vous transmettre ces quelques informations et je reste à votre disposition pour de plus amples précisions.

Je vous prie de croire, Monsieur le Sénateur, en l'assurance de ma considération distinguée.



Michel PASTOR

ANNEXE N° 6

EXEMPLE DE DEMANDE D'AAH SUITE À LA RÉFORME



M.D.P.H. Yonne
Pôle Administratif

E-Mail : cbenard@cg89.fr

Affaire suivie par : **Christine Bénard**

Tel : **0 800. 502.510**

Perrigny, le

PLAN PERSONNALISE DE COMPENSATION	M
Dossier :	
Date de naissance :	89
Demande(s) concernée(s) Allocation Adulte Handicapé du	

Depuis le 1^{er} janvier 2009 la réglementation en vigueur nous conduit à proposer un Plan Personnalisé de Compensation (PPC) pour toute nouvelle demande relative à une demande d'Allocation Adulte Handicapé (AAH).

Vous trouverez dans ce plan une proposition concernant une demande d'AAH mais aussi une évaluation professionnelle qui peut avoir pour conséquence une décision de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) ainsi qu'une orientation professionnelle (ORP).

Après avoir pris connaissance de ce document, il conviendra de nous faire connaître vos observations éventuelles en nous retournant le récépissé que vous trouverez ci-dessous, avant le :

Ce projet, accompagné de ces observations, sera présenté à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personne Handicapés (CDAPH) pour validation.

Les décisions susceptibles d'être prises par la CDAPH concernant la RQTH et l'ORP ont un caractère non contraignant. Ce sont des décisions personnelles qu'il vous conviendra d'utiliser quand vous le jugerez opportun.

✂-----

Récépissé relatif à une demande d'AAH/RQTH/ORP à retourner avant le :

à la Maison Départementale des Personnes Handicapées : 10 route de Saint GEORGES – 89000 PERRIGNY

*En cas de non-réponse de votre part au delà de cette date, **votre accord sera réputé acquis.***

M , domicilié(e) à , accuse réception du plan de compensation ci-joint proposé par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, dans le cadre de votre demande d'AAH :

J'accepte cette proposition de plan de compensation

Je refuse ce plan de compensation et souhaite apporter les remarques suivantes :

Le

Signature du demandeur

M..... ,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-après une proposition de Plan personnalisé de compensation élaborée après l'étude de votre situation par l'équipe pluridisciplinaire :

Proposition liée à l'Allocation Adulte Handicapé - AAH

- Accord d'AAH** Durée :
- Taux d'incapacité au moins égal à 80%
 - Taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % **AVEC** une restriction substantielle et durable compte tenu du handicap pour l'accès à l'emploi.
- Refus d'AAH**
- Taux d'incapacité inférieur à 50%
 - Taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % **SANS** restriction substantielle et durable compte tenu du handicap pour l'accès à l'emploi.

Article L 821.1 du Code de la sécurité Sociale (CSS) - article D.821-1 CSS
Article L 821.2 du CSS – article D.821-1 CSS
Article 131 de la Loi n° 2006-1666 du 21 décembre 06

Proposition liée à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé - RQTH

- Accord RQTH**
« est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique ».

La Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) vous permet de bénéficier, en tant que public prioritaire :

- D'un parcours personnalisé d'accès à l'emploi avec le soutien de Pôle emploi, du réseau de placement spécialisé Cap Emploi ou de maintien dans l'emploi avec le Service Aide au Maintien en Emploi des Travailleurs Handicapés.
- D'un certain nombre de dispositifs de droit commun de la politique de l'emploi, notamment, les contrats aidés.
- Des dispositifs spécifiques à l'emploi des travailleurs handicapés, comme des stages de formation professionnelle.
- De bénéficier d'aides proposées par l'Agefiph et le FIPHFP (prime à l'insertion, formations spécifiques, aide à la création d'entreprise ou à l'aménagement de poste...)
- De mesures d'intégration professionnelle appropriées telles que l'aménagement de poste et d'horaires de travail que les employeurs doivent proposer en pouvant bénéficier des financements requis ; ou bénéficier de règles particulières, par exemple en matière de préavis de licenciement.
- D'un accès à la fonction publique, par concours ou par recrutement spécifique, avec la possibilité d'aménager le temps de travail.
- De l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en ce qui concerne les établissements de 20 salariés et plus, privés ou publics, y compris l'Etat. A ce titre le recrutement d'un travailleur handicapé permet à l'établissement ou organisme employeur de remplir, en tout ou partie, son obligation.

Période d'ouverture des droits pour cet élément de la prestation :

- Refus RQTH en date du :**
Motif :

Vos possibilités d'obtenir un emploi ne sont pas suffisamment réduites pour vous permettre de bénéficier de la RQTH.

Votre état de santé vous rend inapte actuellement au travail

Article L.323-10

Articles L.323-1 et L.323-2 du Code du travail

Article L.323.7 du Code du travail

Lorsque la RQTH ne peut être proposée, vous ne recevrez pas de notification.

Réf Pro- MDPH 89

Proposition liée à votre situation professionnelle - ORP

M ...

L'équipe pluridisciplinaire vous propose :

- de faire valoir cette RQTH auprès de **Pôle Emploi** afin de bénéficier d'un accompagnement spécifique.
- de faire valoir cette RQTH auprès de **Pôle Emploi** et de **Cap Emploi** ou de la Mission locale, afin de bénéficier d'un accompagnement spécialisé.
- de postuler auprès d'un **établissement et services d'aide par le travail** (Esat) relevant du milieu « protégé ».

Les ESAT sont chargés d'accueillir des personnes handicapées dont la CDAPH a constaté que les capacités de travail ne permettent pas, momentanément ou durablement, à temps plein ou à temps partiel, de travailler dans une entreprise ordinaire. Ils offrent des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social.

La liste des établissements vous sera communiquée avec l'envoi de la notification.

- de vous inscrire comme demandeur d'emploi auprès d'une **Entreprise Adaptée** (EA).
Les EA embauchent des personnes handicapées orientés par la CDAPH vers le milieu ordinaire et qui ne peuvent intégrer une entreprise « classique ».
La liste des établissements vous sera communiquée avec l'envoi de la notification.
- d'effectuer un **stage de pré orientation** auprès du Centre de Formation Professionnel.

Objectif : élaborer un projet d'orientation professionnelle qui tienne compte de la situation professionnelle, du handicap, des aspirations, des capacités et des perspectives d'emploi.

Durée : 12 semaines maximum

- d'effectuer un **stage de pré orientation spécialisée** auprès du Centre de Rééducation Professionnelle et de Formation.

Objectif : aider à déterminer une orientation socioprofessionnelle en correspondance avec son potentiel et les composantes de la pathologie psychiatrique.

Durée de 8 à 12 semaines

- d'effectuer un **stage de pré orientation UEROS** (Unité d'évaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle).

Structure qui accueille et accompagne les personnes dont le handicap résulte d'un traumatisme crânien ou de toute lésion cérébrale acquise.

Objectif : réentraînement sur l'autonomie globale, sociale et/ou un travail, élaboration d'un projet de vie et /ou professionnel.

Durée de 15 à 18 semaines.

- de passer des **tests psychotechniques** auprès du Service d'Orientation Professionnelle de l'Afpa de l'Yonne.

Objectif : étudier l'opportunité d'un parcours de formation, de sa pertinence, et des possibilités de mise en œuvre, en dispositif de droit commun ou spécialisé, au regard du projet professionnel envisageable.

- Autre :**

Période d'ouverture des droits pour cet élément de la prestation :

- Ne vous propose pas d'orientation professionnelle du fait que vous êtes actuellement déclaré, par l'équipe pluridisciplinaire, inapte au travail.
- Ne vous propose pas d'orientation professionnelle car vous devez au préalable obtenir la Qualité de Travailleur Handicapé.