



Fonctionnement des Maisons Départementales des Personnes Handicapées - Positions de l'APF -

La loi du 11 février 2005 ¹ a créé le dispositif des maisons départementales des personnes handicapées constituant ainsi un lieu d'informations, de conseils et un lieu d'accès unique à des droits spécifiques pour les personnes en situation de handicap et leur famille.

Sept ans après leur mise en place, l'APF porte un regard contrasté sur le bilan de leur fonctionnement et sur les réponses apportées aux personnes.

Si les conseils généraux et les équipes des maisons départementales se sont particulièrement mobilisés pour créer ce dispositif complexe, nous constatons de réelles difficultés de fonctionnement, un recul d'accès aux droits pour certaines catégories de personnes ainsi que de fortes disparités de fonctionnement et d'accès aux droits d'un département à l'autre.

Les missions des maisons départementales ne sont pas toutes garanties. De nombreuses difficultés de fonctionnement perdurent, liées notamment, à un manque de moyens financiers dû en partie à des dettes cumulées depuis 2006 de l'Etat aux GIP qui ont entraîné des recours contentieux de la part de certains Conseils Généraux. Malgré les engagements et les décisions de l'Etat les dettes cumulées ne nous semblent pas, à ce jour, totalement soldées.

Si sept ans après, un bilan de ces maisons départementales est nécessaire pour identifier les **avancées, les dysfonctionnements et le manque de moyens des structures, pour autant, nous ne souhaitons pas une modification du statut actuel. Nous sommes donc favorables à la loi Paul Blanc du 12 juillet 2011 qui maintient le statut GIP des MDPH.**

Enfin une attention est portée sur l'évolution, dans quelques départements, de MDPH en MDA (Maison de l'Autonomie) qui élargissent les missions des MDPH aux personnes âgées. Sans remettre en cause ce principe, l'APF souhaite que cette évolution soit accompagnée des moyens nécessaires et qu'elle ne se fasse pas au détriment des publics concernés.

¹ Chapitre 2 de la loi du 11 février 2005

1 - GARANTIR LA QUALITE ET LA TOTALITE DES MISSIONS DES MAISONS DEPARTEMENTALES

Nous recevons régulièrement de nombreux témoignages de nos adhérents et usagers exprimant des difficultés lors de leurs contacts avec les MDPH : accueils téléphoniques ou physiques difficiles, voire impossibles, manque d'informations, évaluations des besoins tronquées ou partiales, **examen de l'accès aux droits trop souvent réduit à une approche médicale, administrative ou liée à des considérations économiques**, délais moyens de réponses qui recommencent à s'allonger.

Les 8 missions de la MDPH qui comportent le chaînage de la demande aux réponses et aux recours sont cohérentes et doivent être maintenues comme telles.

- Les principes **d'un accueil et d'un accompagnement individualisé** posés par la loi du 11 février 2005 ne sont pas partout mis en œuvre. En particulier au moment de l'expression des attentes et des besoins des personnes et des familles.

Pour répondre à sa mission d'accueil, les personnels doivent bénéficier de formation et de sensibilisation au handicap ainsi que d'informations sur les procédures (le recours aux contrats aidés sur ces postes empêchent souvent ces qualifications).

Une généralisation des accueils individualisés et adaptés au handicap de la personne doit être proposée.

- Pour assurer **sa mission d'évaluation de la situation et des besoins des personnes** les équipes doivent pouvoir la co-construire avec la personne et autant que possible dans son milieu de vie ou en sa présence (80% des évaluations se font « sur dossier »²).

L'évaluation des besoins doit être effectuée par des équipes compétentes, sensibilisées au handicap et au « changement de culture » impulsé par la loi de 2005. Elles doivent respecter l'intimité de la personne et de son entourage et utiliser les outils élaborés par la CNSA (GEVA, GEVA-SCO...).

Elles doivent pouvoir prendre appui sur l'expérience des services externes en cas de besoin (ESMS, Services d'appui, CRRF, Cap emploi, personnes qualifiées, Centre ressources, associations...) pour mener à bien cette approche. Ce principe et cette pratique sont de plus en plus remis en cause (déconventionnements).

Il est nécessaire de mobiliser une équipe réellement pluridisciplinaire en application du texte de loi³ qui définit la composition d'une **Equipe Pluridisciplinaire** et qui fixe les éléments d'une composition variable suivant les besoins.

² Chiffres CNSA 2012

³ Article L 146-8 Loi du 11 février 2005

- **Un plan personnalisé de compensation** global doit pouvoir regrouper tous les éléments concernant les besoins et les réponses apportées à la personne afin d'être un outil de base **pour le suivi des décisions**, procédure qui reste à mettre en œuvre.

Une réflexion doit pouvoir être menée au sujet des Plans Personnalisés de Scolarité et plus largement sur les Plans Personnalisés de Compensation comme a pu le faire l'ODAS en 2009.⁴

- La **fonction de conciliateur** doit être reconnue et connue, une liste des personnes qualifiées doit être définie et mise à la disposition des usagers pour éviter des recours au contentieux directs (très longs) faute d'étape de conciliation.

- **La fonction de médiation** au sein de la MDPH doit également être identifiée, il faut informer les personnes de l'existence et du rôle du médiateur de la république.

- Enfin les **droits de recours au contentieux** doivent clairement être indiqués aux usagers et joints, ainsi que les autres modalités, aux décisions de la CDAPH.

Nous demandons la garantie d'une gestion individualisée des demandes des personnes et non une gestion « de masse » au motif d'une simplification des procédures et de moyens insuffisants : c'est l'essence même de la création des MDPH.

2 VEILLER A L'EGALITE ET A L'EQUITE DE TRAITEMENT

Par une participation très active de nos représentants associatifs au sein des commissions des droits et de l'autonomie, nous constatons régulièrement l'inadéquation et l'illégalité des décisions (souvent prises par une méconnaissance de la loi ou une mauvaise interprétation des textes). **La CNSA a été missionnée pour garantir l'équité de traitement des demandes des personnes sur tout le territoire en élaborant des outils et en initiant des pratiques communes**, ce rôle doit être renforcé et il faudrait que son action puisse être opposable aux Conseils Généraux dans le cadre des conventions d'objectifs et de moyens.

L'État doit également jouer son rôle de garant de l'égalité et de l'équité de traitement sur tout le territoire en maintenant sa participation au sein des instances. Ainsi, le préfet (et ses représentants), l'ARS et les services déconcentrés de l'Etat doivent conforter leur position en COMEX et en CDAPH. Ils sont les garants de l'application locale des textes réglementaires nationaux, ils doivent exercer leur contrôle de légalité et assurer le relais et la mise en œuvre des décisions de la MDPH auprès des acteurs locaux de l'Education nationale, du Pôle emploi etc.

La présence et le rôle du **médiateur de la république** doivent être renforcés en s'appuyant sur les délégués départementaux qui sont en relation avec la MDPH. Le médiateur participe à cette garantie d'égalité de traitement en assurant un contrôle local des décisions prises et en permettant un comparatif national dans son rapport annuel.

⁴ Rapport ODAS (Observatoire de l'Action Sociale) 2009 sur les PPC

Enfin, des séances d'information et de formation doivent régulièrement être tenues auprès des équipes et des membres de la **CDAPH** afin de respecter les droits et de prendre en compte le nouveau « regard » que la loi demande de porter sur les personnes en situation de handicap à partir de l'expression de leurs attentes (projet de vie).

Ces formations et informations devraient pouvoir être proposées aux services payeurs des Conseils Généraux qui ont de réelles difficultés à s'approprier l'esprit de la loi du 11 février 2005.

Articulation entre la MDPH et les services payeurs des Conseils Généraux

Les services payeurs des Conseils Généraux ont souvent des difficultés à s'approprier l'esprit de la loi du 11 février 2005, notamment en ce qui concerne la prestation de compensation.

Depuis longtemps, ils sont habitués à la gestion de l'APA et de l'ACTP. Or, la réglementation concernant la PCH est différente : dépenses affectées, paiements sur factures acquittées.

Les virements des prestations aux personnes se font sans détails, d'où une source de confusion extrême. Les témoignages des personnes bénéficiaires de la PCH nous font part de réelles difficultés dans leurs relations avec ces services (versement, modalités de contrôles, réclamations d'indus ...) ⁵

Un réel effort doit être fait en direction de ces personnels, tant en terme d'informations que de formations sur les droits des personnes. Dans le même temps un assouplissement des règles de paiement et de contrôles à posteriori doit être mené pour permettre aux usagers de bénéficier plus sereinement de leurs droits.

Difficultés d'appropriation des EPE (équipes pluridisciplinaires d'évaluation) dans la mise en œuvre de la PCH pour les Enfants

Concernant la **PCH pour les enfants**, nous constatons des difficultés d'appropriation par les équipes de ce dispositif qui reste «transitoire» depuis 2008. Celles-ci semblent mal informées et elles sont, par exemple, amenées à négliger et/ou refuser le comparatif demandé par les parents. Dans certains départements, certaines équipes vont même jusqu'à remettre en cause les droits liés aux compléments de l'AEEH au motif de l'existence de la PCH. Les équipes ont un réel besoin d'accompagnement sur cette question pour leur permettre de mieux informer et accompagner les parents.

⁵ Voir le livret de l'APF «du droit à compensation à la reconnaissance du risque Autonomie » (www.reflexe-handicap.org)

3- LE FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION : FORTE INEGALITE DE FONCTIONNEMENT ET D'ACCES SUR LE TERRITOIRE ET UN FONDS FRAGILISÉ.

Les MDPH ont la responsabilité de la création et la gestion d'un fonds départemental de compensation chargé de financer les restes à charges liés au droit à compensation.

Des fonds fortement diversifiés et inégalitaires.

Chaque fonds a un règlement intérieur qui lui est propre, il n'y a aucune cohérence et harmonisation des pratiques.

Il y a des fonds qui ne traitent que des restes à charge concernant les adaptations de logements, d'autres qui ne traitent que des aides techniques.

Dans la plupart des fonds, les demandes concernant les restes à charge de l'élément aide humaine des bénéficiaires de la PCH sont exclues.

L'accès aux fonds est soumis, dans la plupart des départements, à des conditions de ressources, conditions différentes d'un département à l'autre.

Si une demande aboutie enfin, elle est soumise, sur certains départements, à un paiement sur facture acquittée obligeant la personne à avancer les sommes et si elle ne le peut pas à renoncer à l'acquisition du droit et sur d'autres départements c'est une avance de 30% qui est accordée à la personne lorsqu'elle ne peut avancer les financements.

Dans certains départements, les personnes ne sont pas informées de l'existence du fonds.

Les bénéficiaires de l'ACTP sont exclus directement ou indirectement de l'accès à la plupart des fonds.

Une incertitude quant aux budgets des fonds départementaux

Malgré le réengagement de l'Etat en 2011 (11 millions d'Euros sur 3 ans), l'APF dénonce l'incertitude liée aux budgets des fonds.

Le désengagement total de l'Etat depuis 2008 qui, à terme, a freiné la participation des autres contributeurs (CG et fonds sociaux des CPAM) a engendré de lourds déficits.

Outre le fait que cette dotation ponctuelle ne suffit pas, aucun contrôle de l'affectation de ces fonds n'est effectué par la DGCS, c'est ainsi que des départements ont pu utiliser cette dotation pour éponger des dettes auprès des Conseils Généraux et que les fonds n'ont pas été utilisés aux financements des restes à charge des usagers.

L'APF a toujours milité pour une compensation intégrale des conséquences du handicap et demande, à ce titre, une prise en charge totale de tous les coûts réellement supportés par les personnes. Nous militons pour une revalorisation de tous les tarifs des divers éléments de la PCH, pour un élargissement du périmètre actuel de la PCH (activités domestiques,

parentalité, ...) et une solution satisfaisante pour les bénéficiaires de l'ACTP.⁶ Ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui, c'est la raison pour laquelle nous avons toujours besoin de l'intervention des fonds départementaux de compensation.

Dans ce contexte, nous sommes favorables aux recommandations formulées par la mission de l'IGAS et de l'IGA et par les sénatrices Claire-Lise Champion et Isabelle Debré⁷ au sujet de la consolidation de la participation de l'Etat et de l'élargissement des publics éligibles aux fonds.

4 - DEVELOPPER LES COOPERATIONS

Sur certains territoires, nous constatons de réelles difficultés de coopération entre la MDPH et les services partenaires.

Concernant les liens avec les établissements et services médico-sociaux, l'APF réaffirme la nécessité de la collaboration entre les MDPH et les services et établissements notamment dans le cadre des missions d'évaluation de situations et de besoins.

Par ailleurs, nous constatons souvent des refus d'orientations de la part des CDAPH (notamment vers les SAVS), liés le plus souvent à un manque d'informations et de connaissances des services et des prestations proposés par ces prestataires.

Un réel effort doit être porté dans ce domaine (un groupe de travail CNSA est en cours sur cette question).

Concernant les liens avec l'Éducation Nationale, l'enseignant référent (dont le rôle est la mise en œuvre du PPS) est visiblement partout identifié et ses difficultés (manque de moyens pour pouvoir accomplir ses missions) sont les mêmes que ses autres collègues des fonctions publiques d'Etat.

Nous saluons les travaux en cours (CNSA et DGESCO) concernant une déclinaison de l'outil de recueil de données (le GEVA) aux enfants et à leur parcours de scolarisation (le GEVA-SCO) Par contre, l'Éducation Nationale rencontre toujours de grandes difficultés pour la gestion des AVS (recrutement) et des difficultés pour sensibiliser et former au handicap les équipes scolaires (sujet traité par ailleurs).

La MDPH rencontre des difficultés pour informer et accompagner les parents dans le choix des différents dispositifs (ordinaires, institutionnels)

Concernant les liens avec le service public de l'Emploi, au sein des MDPH le référent insertion professionnelle est partout nommé et il est le lien avec le réseau Cap Emploi, l'AFPA, l'AGEFIPH, le FIPH etc.

⁶ Texte de revendication de l'APF sur le droit à compensation

⁷ Rapport IGAS sur la PCH 2011 et Rapport de la commission des lois du sénat 2012

Dans le cadre de la réforme de l'AAH (article 76 de la loi de finance 2009), les MDPH sont chargées d'étudier systématiquement «l'employabilité» d'une personne lors de toute demande d'AAH.

Pour l'APF, la valeur « travail » ne peut pas automatiquement et uniquement s'imposer lorsqu'il s'agit d'instruire une demande d'AAH pour une personne en situation de handicap.

Nous savons que de multiples facteurs, notamment environnementaux viennent plus particulièrement impacter l'accès à l'emploi d'une personne en situation de handicap, **les équipes des MDPH sont loin d'avoir aujourd'hui les moyens, la formation et les outils requis pour prendre ce type de décisions dans l'intérêt des usagers.**

La DGCS, dans le cadre de la réforme de l'AAH (étude systématique de l'employabilité pour toute demande de renouvellement et tout nouveau demandeur d'AAH) et dans le cadre du décret du 16 août 2011 (RSDAE : étude de la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi pour les titulaires d'un taux d'invalidité entre 50 et 79 %) propose un outil.

L'«arbre de décision» et le plan de formation à l'outil aux agents des directions départementales de la cohésion sociale siégeant dans les CDAPH et aux équipes pluridisciplinaire d'évaluation chargées d'évaluer ces critères d'employabilité, ne répond pas aux intérêts des usagers.

C'est un véritable outil de «tri» des personnes.

Les premiers résultats d'une expérimentation, menée dans une dizaine de MDPH, sont loin d'être concluants, ils font part de démarches disparates qui rendent difficiles la production d'un outil commun.

Les liens entre la MDPH et ces partenaires sont particulièrement importants au regard des réponses à apporter en matière d'accueil et d'accompagnement médico-social, d'accès à l'école, d'accès à l'emploi et de manière générale d'accès à la vie dans la « cité » pour les personnes en situation de handicap et leurs familles. Cette égalité d'accès doit être garantie sur tout le territoire.

5 - RENFORCER LES MOYENS ET AMELIORER LA GESTION DES PERSONNELS

Le manque de personnel et la disparité des statuts des personnels sont une source de confusion et d'instabilité pour les équipes. Les usagers en sont les premières « victimes ». Les services des MDPH s'adressent à des personnes en situation de handicap (personnes le plus souvent fragilisées par leur situation).

Le désengagement possible de l'État dans le cadre de la réforme de la décentralisation trouble les équipes. Les usagers en situation de handicap sont les premières victimes des incertitudes que connaissent les personnels et des dysfonctionnements qui en résultent.

Nous demandons que l'Etat maintienne et élargisse sa participation. Il doit continuer à assurer ses missions et ses obligations auprès des MDPH, il faut que sa quote-part financière puisse être garantie, actualisée et pérenne afin de permettre aux MDPH de fonctionner correctement.

Par ailleurs, nous demandons que les dispositions prises par la loi Paul Blanc ⁸et qui sont en cours de discussion entre la DGCS et l'ADF sur le sujet des personnels mis à disposition aboutissent rapidement et que les CPOM prévus dans cette même loi et qui contractualisent les apports de chaque acteur du GIP puissent être rapidement élaborés et mis en place, au plus tard en janvier 2014.

6- PRESERVER LA GOUVERNANCE ACTUELLE DES MDPH SOUS LA FORME D'UN GIP (Groupement d'Intérêt Public).

La question du statut des MDPH sous la forme d'un GIP est aujourd'hui interrogée dans le cadre d'une nouvelle étape de la Décentralisation.

Nous constatons que les MDPH, sous ce statut, ont réussi à avoir un fonctionnement structurel satisfaisant ⁹ Par conséquent, les dysfonctionnements constatés - notamment en ce qui concerne la gestion du personnel - ne sont pas liés au statut du Groupement d'Intérêt Public.

L'APF souhaite fermement le maintien du statut actuel qui garantit l'équilibre entre :

- une réelle **représentativité des usagers** tant au niveau des instances politiques (COMEX) que des instances « d'instruction des demandes et de prise de décisions » (CDAPH)
- **la présence de l'État, co-contributeur et garant de l'égalité de traitement sur tout le territoire** ; cette présence maintient également la coopération entre la MDPH et les partenaires institutionnels intervenant dans des champs d'action de droit commun transversaux ou spécifiques : le Service public de l'emploi, l'Éducation Nationale, les ESMS..
- le **maintien du département** dans son rôle de responsable de la MDPH.

⁸ Loi Paul Blanc sur le fonctionnement des MDPH Juillet 2011

⁹ Voir l'Association des Directeurs des MDPH

