



De l'accès aux droits à l'effectivité des droits, une nouvelle étape dans la société inclusive

Contribution de l'ADMDPH
à la CNH 2023

11 février 2023



Statut du document :

La présente contribution a été réalisée par l'association des directeurs de MDPH (ADMDPH) en vue de la Conférence nationale du handicap prévue au printemps 2023 : elle rassemble les propositions du réseau des MDPH pour faire progresser l'effectivité des droits des personnes en situation de handicap en France.

Elle a été coordonnée par les 20 administrateurs de l'ADMDPH en associant l'ensemble des MDPH de France. Pour la finalisation du document, 64 MDPH de l'hexagone et des outre-mer se sont mobilisées entre le mardi 7 et vendredi 10 février¹, 9 autres MDPH s'y sont associées dans les jours qui ont suivi. Ces 73 participants ont partagé leurs propositions et formalisé à l'unanimité leur soutien à la présente contribution, y compris des MDPH non adhérentes à l'ADMDPH (11% des participants au final).

La présente contribution est remise à Madame Geneviève Darrieussecq, ministre déléguée chargée des personnes handicapées, le 13 février 2023, en vue de sa présentation auprès d'elle le 15 février.

¹ Période de vacances scolaires concernant 32 départements.

Sommaire

Les MDPH 18 ans après leur création par la loi de 2005 : le chemin parcouru... et les virages encore à négocier 4

Les 7 valeurs-ajoutées des MDPH, sur lesquelles prennent appui nos propositions 5

1. Consolider la « porte d'entrée unique » pour les personnes en situation de handicap : doter les MDPH d'une capacité d'accompagnement des personnes vers la vie sociale 7

1.1. L'accompagnement au niveau de la MDPH et dans les territoires 7

1.2. Pour l'effectivité des droits, notamment en termes d'entrée en ESMS 7

1.3. Au-delà des droits, l'enjeu de la vie sociale des personnes 8

2. Les frontières entre le milieu spécifique au handicap et le milieu ordinaire se déplacent et s'estompent : mettons à jour avec les partenaires la matrice d'orientation des usagers et les besoins de création de places ou solutions supplémentaires 8

2.1. Pour les jeunes 8

2.2. Pour les adultes 8

3. Améliorer la lisibilité de certains droits et replacer en conséquence la valeur ajoutée des MDPH 9

3.1. Pour les jeunes et la scolarisation 9

3.1.1. Simplifier le droit d'option entre AEEH et PCH pour les familles 9

3.1.2. Réaffirmer la primauté de l'accessibilité scolaire avant d'envisager la compensation 9

3.1.3. Les AESH au cœur de nombreuses tensions : convenir d'un arbre de décision sur le besoin ou non d'AESH... 9

3.1.4. Rappeler le rôle de l'autorité en charge des examens en matière d'aménagements de ceux-ci 10

3.2. Pour l'emploi et les parcours professionnels 11

3.2.1. Supprimer l'orientation vers le marché du travail, en considérant qu'une RQTH suffit pour cela 11

3.2.2. Accompagner les réorientations et parcours entre Esat et marché du travail 11

3.2.3. Se doter d'un outil complémentaire d'appréciation de la RSDAE 12

3.3. Pour la vie quotidienne 12

3.3.1. Réserver le Plan personnalisé de compensation aux situations nécessitant un accompagnement 12

3.3.2. Donner corps aux prorogations sans demande 13

4. Donnons aux MDPH les moyens de la qualité de service aux usagers 14

4.1. Réévaluer les moyens accordés aux MDPH 14

4.1.1. Revaloriser la compensation des postes vacants de l'Etat à hauteur minimum de 7,8% 14

4.1.2. Donner une impulsion en faveur de la fonction d'accompagnement 14

4.1.3. Recalibrer et revaloriser les enseignants mis à disposition des MDPH 14

4.1.4. Pour les GIP employeur, prévoir une exonération des taxes sur les salaires des personnels 14

4.2. Un SIH soutenant et facilitant pour les professionnels, et permettant le pilotage 15

4.3. Un précieux accompagnement de la part de la CNSA 15

5. Annexes 16

5.1. Rôle de l'ADMDPH 16

5.2. Composition des instances de l'ADMDPH 16

5.3. Glossaire des principaux sigles utilisés 17

Les MDPH 18 ans après leur création par la loi de 2005 : le chemin parcouru... et les virages encore à négocier

Créées par la loi 2005 en réunissant les compétences « jeunes » (ex CDES) et « adultes » (ex Cotorep), ainsi que les Sites pour la vie autonome, les MDPH constituent un point de repère clair et unifié pour les personnes en situation de handicap, à tous les âges de la vie, quel que soit leur handicap et pour tous les besoins : vie scolaire, vie professionnelle, vie quotidienne.

Les MDPH ont ainsi accompagné l'évolution exponentielle de l'acceptation et de la reconnaissance du handicap dans la société : 4,8 millions de décisions sont prises annuellement par les MDPH, du parcours scolaire à la carte de stationnement, de l'aménagement du véhicule aux charges spécifiques pour incontinence, de l'amendement Creton² à l'accompagnement des usagers n'obtenant pas de place en ESMS, du droit d'option entre AEEH et PCH à l'orientation entre PCH et APA...

Les MDPH ont ainsi accompagné le déploiement de nouveaux droits, comme les droits sans limitation de durée (représentant 66% des AAH L821-1, 53 % des RQTH, 69 % des CMI Invalidité...), la nouvelle PCH parentalité en 2021 et actuellement en 2023 les nouvelles PCH PCMT (handicaps psychiques, mentaux, cognitifs et des troubles du neuro-développement) et surdicécité.

Pour cela, les usagers ont pu compter sur un atout essentiel des MDPH, conçu par le législateur en 2005 : un positionnement neutre et indépendant des GIP MDPH, leur permettant de se concentrer entièrement sur l'évaluation des besoins de la personne. Ce positionnement est appuyé par les ingrédients essentiels suivants :

- 4500 professionnels aux profils diversifiés (agents d'accueil, instructeurs, professionnels de santé, psychologues, conseillers d'insertion et d'orientation, enseignants...), s'appuyant sur des référentiels et barèmes nationaux et croisant leurs expertises au cours d'équipes pluridisciplinaires associant les acteurs de l'écosystème
- Des CDAPH combinant des associations de familles et d'usagers, les institutions partenaires du handicap (DSDEN, ARS, DDETS...) et les professionnels de la MDPH, pour délivrer les droits les plus adaptés aux situations de chacun.
- Et des Comex (commissions exécutives) consolidant ce partenariat à une échelle stratégique.

Que ce soit dans le domaine de l'insertion, du logement, du numérique... nombre de politiques publiques visent à édifier sinon un « guichet unique », tout du moins un point de repère clair pour ses usagers. Dans le handicap, avec les MDPH, ce point de repère unifié existe depuis 18 ans, avec le concours des associations de familles et d'usagers et les institutions partenaires du handicap (DSDEN, ARS, Ddets, CAF, CPAM...).

² Permettant la prolongation en ESMS de jeunes adultes au-delà de l'âge légal de 20 ans, faute de place en ESMS adulte.

Il s'agit à notre sens désormais d'adapter aux nouveaux enjeux ce point de repère unifié que constituent les MDPH, dans trois directions en particulier :

1. **Positionner clairement la fonction d'accompagnement des personnes et des familles** : au-delà de l'ouverture de droits, l'accès effectif aux droits nécessite un accompagnement pour certains publics et territoires. Cette fonction a vu les initiatives se multiplier au cours des dernières années, mais de façon morcelée, engendrant une superposition de dispositifs que l'on gagnerait aujourd'hui à rapprocher et à rendre plus lisibles pour les usagers (Pag, C360, DIH, PCPE, APPV...).
2. La progression de la société inclusive se traduit par des frontières entre le milieu spécifique au handicap et le milieu ordinaire qui se déplacent et s'estompent : l'école inclusive progresse, l'emploi en milieu ordinaire progresse, les modes d'accessibilité et de compensation du handicap évoluent (compétences, matériels, technologies...) de même que les capacités de traitement de certaines maladies, etc. Cette « tectonique des plaques » nécessite aujourd'hui une **mise à jour de la matrice d'orientation des usagers et un réalignement avec les partenaires**.
3. Le système des droits liés au handicap est riche et diversifié en France, ayant permis la progression de cette société inclusive. Il est également complexe et parfois contradictoire, générant de la confusion pour les usagers, et même pour les professionnels. **La lisibilité de ces droits et de la valeur ajoutée attendue de la MDPH est également à actualiser** : par exemple sur les AESH, sur le droit d'option entre AEEH et PCH ou sur les CMI...

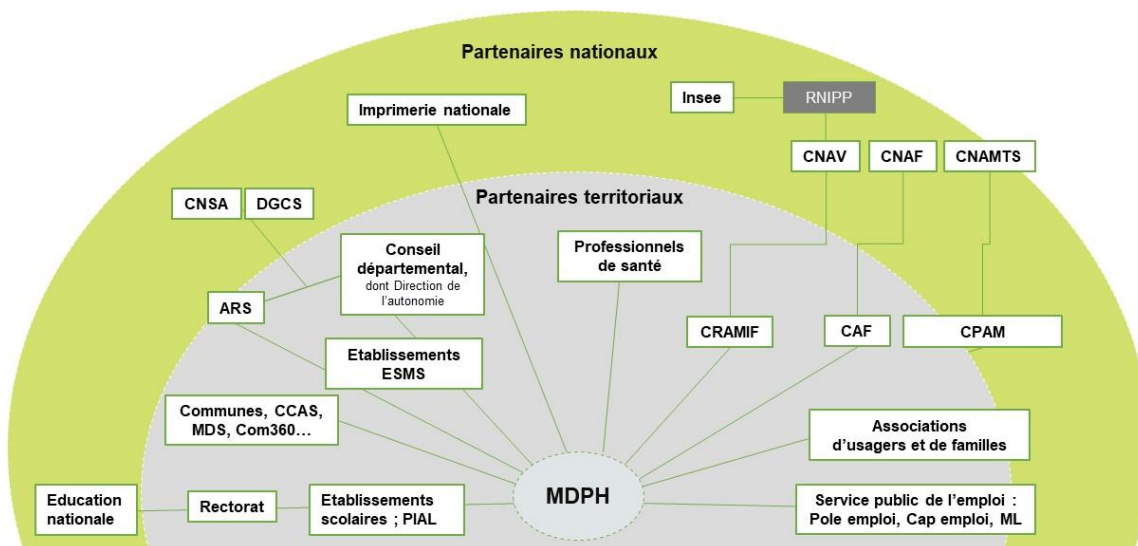
Les 7 valeurs-ajoutées des MDPH, sur lesquelles prennent appui nos propositions

- 1) Une organisation et des expertises internes entièrement tournées vers les **besoins de la personne** en situation de handicap et sa famille, dans le cadre d'une **approche globale** de ces besoins, à 360°, à tous les âges de la vie, tous les types de handicap et dans toutes situations, sans limitation : la MDPH doit être en capacité d'ouvrir l'accès à l'ensemble des droits attachés aux personnes en situation de handicap, sans exclusivité pour certains droits mais sans exception, de façon exhaustive, au risque de remettre en cause l'esprit du « guichet unique » voulu par la loi de 2005.
- 2) Un positionnement au carrefour des divers financeurs des droits et des associations de familles et usagers (incarné dans les Comex, CDAPH et équipes pluridisciplinaires, où s'organisent le croisement, l'assemblage et la synthèse des points de vue de chaque partie prenante), tout en étant **indépendant** de ceux-ci, permettant une **neutralité et objectivité** dans la relation à l'utilisateur, considérant ses besoins comme seule boussole.
- 3) Un relai du cadre national d'action sur le handicap (réglementation et référentiels nationaux d'évaluation des besoins des personnes), assurant une **équité entre usagers et territoires**.
- 4) Une valeur ajoutée avant tout sur les **grands aiguillages du parcours de vie**, en particulier entre droit commun et droit spécifique au handicap (IME, Esat, ESRP...), et sur le **plan de compensation**, en veillant ensuite à leur mise en œuvre (*les territoires, établissements, dispositifs... ayant chacun leurs marges de manœuvre dans la délivrance des droits notifiés par la MDPH*) et au décloisonnement entre droit commun et droit spécifique au handicap, condition absolue pour une complète fluidité des parcours.

- 5) Se faire le gardien des **justes équilibres entre accessibilité et compensation**, que ce soit à l'école comme dans l'emploi ou la vie quotidienne, en tant que condition pour une équité de prise en charge du handicap des personnes (et un bon usage des moyens publics dédiés au handicap) : éviter de surconsommer des moyens de compensation quand l'accessibilité pourrait suffire, et a contrario ne s'interdire aucun moyen de compensation quand l'accessibilité ne peut suffire.
- 6) Une capacité à **moduler et différencier la profondeur de relation à l'utilisateur** selon les situations : de l'approche simplifiée et accélérée (prorogation sans demande, renouvellement de droits...) à l'approche approfondie et prolongée (visite à domicile, plan personnalisé de compensation, plan d'accompagnement global...).
- 7) Une fonction centrale **d'observatoire des besoins** des personnes en situation de handicap, grâce au positionnement de « porte d'entrée unique », à l'approche globale des besoins et au système d'information très intégré dans les pratiques quotidiennes des agents en MDPH.

Les partenaires de l'inclusion

(schéma élaboré par la CNSA et adapté localement)



1. Consolider la « porte d'entrée unique » pour les personnes en situation de handicap : doter les MDPH d'une capacité d'accompagnement des personnes vers la vie sociale

1.1. L'accompagnement au niveau de la MDPH et dans les territoires

L'accompagnement est le prolongement naturel de « l'AIO » des personnes en situation de handicap assuré par les MDPH : accueil, information, orientation.

Or cette fonction d'accompagnement tend à se morceler au fil du temps, avec des initiatives positives comme les récentes communautés 360 ou les APPV, mais qui se traduisent dans les territoires par différents biais : superposition de moyens réduits et peu lisibles, engendrant des besoins de coordination, ainsi que des montages complexes (octroi de moyens à des associations ou ESMS, qui recrutent des emplois, puis les mettent à disposition de la MDPH...) ou des dispositifs peinant à trouver leur public alors que les besoins sont bien réels et nombreux.

L'ADMDPH recommande alors que **les MDPH coordonnent ces moyens d'accompagnement, et les internalisent** dans un double objectif de lisibilité et d'efficacité. Cet accompagnement serait à orienter en premier lieu vers les personnes ne parvenant pas à accéder à leurs droits (accès à un ESMS par exemple) ou celles en situation de rupture de parcours, **mais aussi celles en situation de réorientation du milieu spécialisé vers le milieu ordinaire** (d'un IME vers une Ulis, d'un Esat vers une EA...). Ces publics représentent une faible part des usagers de la MDPH mais méritent une attention soutenue et prolongée pour parvenir à débloquer les situations et réussir ces transitions.

Les **lieux d'accueil de proximité** que sont les communes et CCAS, les services sociaux du Département, les Maisons France Service et les ESMS sont à fédérer autour des MDPH pour parvenir à un véritable service de proximité aux personnes en situation de handicap.

1.2. Pour l'effectivité des droits, notamment en termes d'entrée en ESMS

En parallèle du renforcement de la fonction d'accompagnement, il convient également de s'assurer de **l'effectivité des droits notifiés par la MDPH**, au risque de fragiliser la crédibilité de la décision publique et de désorienter les personnes en situation de handicap et leur famille.

Les notifications des MDPH doivent alors à notre sens être davantage opposables :

- **Pour une offre d'ESMS et autres moyens de compensation adaptés aux besoins des personnes**, tant en volume (nombre de places, d'emplois...) que de nature (types de handicap...). Cela renvoie à la fonction clef d'observatoire des MDPH, dont la prise en compte serait à systématiser dans l'élaboration des schémas directeurs des ARS et Départements. **Des plans de rattrapage sont à impulser dans les territoires carencés**, sur la base d'indicateurs et ratios partagés au niveau national. La pénurie de certaines offres se traduit dans les territoires par des besoins accrus d'accompagnement et de service à domicile, sans pour autant pouvoir compenser l'absence de ces offres d'établissement.
- **Pour l'entrée en ESMS**. Le pilotage du dispositif d'orientation permanent (DOP) confié aux MDPH nécessite de plus en plus fréquemment une concertation partenariale dans la recherche et la mise en place de solutions adaptées. Cette activité peut être facilitée par une gestion collégiale et une analyse pluridisciplinaire des admissions en ESMS, notamment avec les

directeurs des ESMS qui ont la responsabilité de cette admission en établissement (Cf. articles D312-35 et D. 312-10-3 du CASF- code de l'action sociale et des familles). Une modification de la rédaction de ces articles favoriserait cette nécessaire démarche concertée.

1.3. Au-delà des droits, l'enjeu de la vie sociale des personnes

Au-delà du rôle essentiel des MDPH en matière d'accès aux droits associés au handicap, une nouvelle étape serait de favoriser l'accès à la vie sociale dans toute sa diversité : loisirs, sport, culture, habitat inclusif... Après des années de mise en accessibilité de ces offres, il s'agit maintenant d'en donner une large visibilité auprès des personnes en situation de handicap, via des cartographies interactives, des newsletters territoriales, des forums... Certains territoires réfléchissent également à élargir l'usage du fonds départemental de compensation du handicap pour accompagner cet accès à la vie sociale.

2. Les frontières entre le milieu spécifique au handicap et le milieu ordinaire se déplacent et s'estompent : mettons à jour avec les partenaires la **matrice d'orientation** des usagers et les **besoins de création de places ou solutions supplémentaires**

La transition vers la société inclusive, dans le droit fil des recommandations internationales (ONU en tête) et des engagements européens et nationaux, s'accompagne d'une évolution en profondeur du positionnement des structures spécialisées sur le handicap. Celles-ci sont appelées à s'ouvrir sur leur environnement et des dynamiques de parcours, tout en conservant la capacité à accueillir des situations de handicap ne s'accommodant pas du milieu ordinaire.

Ce déplacement progressif des frontières nécessite d'aligner les partenaires concernés dans leurs représentations et référentiels d'orientation. La qualité de cet alignement est sans doute le facteur n°1 pour éviter que les usagers soient renvoyés d'une structure à une autre, en considérant qu'elle serait mieux adaptée.

2.1. Pour les jeunes

Mettre à jour de façon partenariale la matrice d'orientation entre les différentes composantes suivantes : IME/ unités d'enseignement externalisées/ Ulis/ AESH/ MPA/ accessibilité de l'école/ école ordinaire...

Ce travail de mise à jour doit s'accompagner de plans de rattrapage de l'offre en IME et/ ou en Sessad dans les départements qui en sont carencés.

2.2. Pour les adultes

Mettre à jour de façon partenariale la matrice d'orientation entre les différentes composantes suivantes : Esat/ Emploi accompagné/ Entreprises adaptées/ CDD Tremplin et EATT/ contrats aidés/ RLH/ aménagement des situations de travail/ emploi ordinaire...

Ce travail de mise à jour doit s'accompagner de plans de rattrapage de l'offre en Esat et/ ou en EA dans les départements qui en sont carencés.

3. Améliorer la lisibilité de certains droits et replacer en conséquence la valeur ajoutée des MDPH

Les MDPH tentent de rendre les droits le plus compréhensible pour les usagers mais lorsque la complexité domine pour les usagers comme pour les professionnels de l'évaluation et de l'orientation, nous proposons de faire évoluer certains droits.

3.1. Pour les jeunes et la scolarisation

3.1.1. Simplifier le droit d'option entre AEEH et PCH pour les familles

Ce choix entre AEEH et PCH est cornélien pour les familles, et évolutif selon l'âge et le niveau d'autonomie des enfants concernés. Le devoir d'information par les MDPH ne suffit pas à rendre aisé cet exercice pour les familles.

Plusieurs scénarios sont alors à examiner mais la simplicité voudrait que l'on spécialise l'AEEH pour les enfants (jusqu'à 20 ans) et la PCH pour les adultes, voire que l'on fusionne ces deux droits, avec les compensations associées pour leurs financeurs (CAF et Département).

3.1.2. Réaffirmer la primauté de l'accessibilité scolaire avant d'envisager la compensation

L'ADMDPH note une certaine banalisation du dépôt d'un dossier à la MDPH pour obtenir un droit spécifique, qu'il s'agisse d'un AESH ou d'une orientation vers un dispositif alors que manifestement, dans bien des situations, il apparaît que le droit commun de l'accessibilité, s'il était mobilisé comme il se doit, pourrait répondre aux besoins des enfants.

Il nous apparaît essentiel de rendre opposable le recours à l'ensemble des leviers pouvant être activés dans le droit commun avant d'envisager une réponse spécifique au titre du handicap. Ces moyens du droit commun pourraient d'ailleurs être renforcés au bénéfice de l'ensemble des élèves, par le renforcement des équipes des RASED, voire par la création d'un nouveau métier d'agent d'accessibilité.

Le GEVASco, outil essentiel d'évaluation, devrait être modifié en conséquence afin de rendre compte de l'ensemble des mesures de droit commun mises en œuvre au bénéfice de l'élève et évaluer leur plus-value.

3.1.3. Les AESH au cœur de nombreuses tensions : convenir d'un arbre de décision sur le besoin ou non d'AESH

Les familles nourrissent de grandes attentes vis-à-vis des AESH et souhaiteraient bien souvent les systématiser pour tous les enfants en situation de handicap, parfois avec le soutien d'équipes éducatives démunies de moyens d'accessibilité, et avec les réserves de leur hiérarchie soucieuse de faire l'usage le plus pertinent de cette ressource rare que sont les AESH. Les tensions s'expriment également sur la quotité horaire et la modalité de ces AESH : individuels (1 AESH pour 1 enfant) ou mutualisés (1 AESH pour plusieurs enfants).

Il paraît alors fondamental que les MDPH **conservernt la décision d'accorder ou non un AESH**, en garantissant une cohérence globale : avec les référentiels nationaux, avec les actions d'accessibilité à mettre en œuvre en amont, avec le plan de compensation.

Il serait important de préciser davantage les conditions d'attribution d'un AESH (et en parallèle le référentiel d'orientation vers les dispositifs de type ULIS, en partageant ces référentiels avec l'ensemble de l'écosystème, tel que décrit dans le chapitre 2.1).

A la question de savoir si les MDPH doivent également continuer de se prononcer sur le caractère individuel ou mutualisé de l'AESH à attribuer, les avis divergent : certains y sont favorables pour s'assurer que les enfants ayant besoin d'un AESH individualisé en bénéficie réellement, d'autres considèrent que cela peut s'organiser au niveau des établissements (avec l'avantage de pouvoir tenir compte du nombre d'élèves concernés, des fluctuations de besoin selon les matières et au cours de l'année, des liens à établir avec le temps périscolaire et extrascolaire...). Une troisième voie pourrait être d'assurer une régulation collective au niveau des PIAL (Pôles inclusifs d'accompagnement localisé) et d'en rendre compte au niveau de la Commission exécutive des MDPH, s'assurant de la cohérence et des grands équilibres dans les territoires (% d'AESH I et M par territoire, ventilation des volumes horaires par strate...).

3.1.4. Rappeler le rôle de l'autorité en charge des examens en matière d'aménagements de ceux-ci

Le décret n° 2005-1617 du 21/12/2005 relatif aux aménagements des examens et concours de l'enseignement secondaire et de l'enseignement supérieur pour les candidats présentant un handicap prévoit la désignation, par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), d'un médecin auprès duquel les candidats devront s'adresser pour solliciter un aménagement des conditions d'examen ou de concours.

Le rôle de la CDAPH est donc de désigner un médecin auquel les demandes d'aménagement sont adressées par les élèves et étudiants concernés. A noter que les textes n'imposent en rien, et à juste titre, que ce médecin soit un médecin de la MDPH. Ils sont par ailleurs parfaitement explicites sur le fait que les demandes d'aménagement ne sont pas déposées auprès de la MDPH mais bien auprès de l'autorité en charge de l'organisation de l'examen concerné.

Pour autant, et par méconnaissance de ces textes ou par facilité, de trop nombreuses autorités académiques, rectorales comme certains services centraux des Ministères concernés laissent penser, voire signifient par voie de circulaire, que les demandes doivent être déposées à la MDPH.

A minima, un **rappel des règles** s'impose donc afin de mettre la pratique en conformité avec le droit, afin que chacun assume les responsabilités qui sont les siennes hors de tout transfert de responsabilité et de charges et bien sûr pour éviter que les usagers ne soient « promenés » d'une administration à une autre, au risque que les mesures qui leur sont nécessaires ne soient pas prises en temps et en heure.

On notera utilement que la désignation d'un médecin par la CDAPH n'apporte qu'une valeur ajoutée toute relative dans l'organisation finale des aménagements. Aussi, une mesure de simplification plus définitive consisterait à ce que **l'autorité en charge de l'organisation de l'examen désigne le médecin compétent au sein de ses services.**

3.2. Pour l'emploi et les parcours professionnels

3.2.1. Supprimer l'orientation vers le marché du travail, en considérant qu'une RQTH suffit pour cela

L'article L241-6 du CASF précise que la CDAPH est compétente pour « *se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale* ».

De fait, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est assortie d'une orientation prononcée par la CDAPH « vers le marché du travail » (le terme de « milieu ordinaire » étant juridiquement impropre), « vers un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) », ou « vers un établissement ou service de rééducation professionnelle (ESRP) ».

Cette précision sur l'orientation professionnelle n'a de sens qu'en cas d'orientation en ESAT ou en ESRP car elle permet alors utilement de préciser si la Personne handicapée relève d'un dispositif adapté.

A contrario, coupler une RQTH avec une orientation « vers le marché du travail » est une lapalissade qui ne fait aucunement sens. En effet, cette orientation ne figure pas dans le domaine d'intervention de la CDAPH en tant que tel. De plus, le droit au travail est un droit reconnu par la constitution dont on tirera sans peine la conclusion que l'orientation en milieu protégé n'interdit aucunement d'exercer une activité dans le cadre du marché du travail « ordinaire » si l'occasion s'en présente.

Supprimer ces orientations « vers le marché du travail » réduirait sensiblement l'activité administrative des MDPH sans restreindre les droits des Personnes handicapées.

On ajoutera que les CDAPH peuvent parfaitement, en l'état actuel de leurs compétences, assortir leurs décisions de préconisations, par exemple pour spécifier un besoin d'accompagnement par le service public de l'emploi en vue de l'accès ou du maintien dans l'emploi au bénéfice d'une personne relevant du marché du travail, qualifiant ainsi ses besoins d'accompagnement sans qu'il soit nécessaire de statuer sur une orientation qui est « de droit ».

En conclusion, il y a lieu de considérer que toute RQTH permet de plein droit une orientation vers le marché de travail.

3.2.2. Accompagner les réorientations et parcours entre Esat et marché du travail

La réforme des Esat, facilitant les sorties et créant un « droit au retour », offre de nouvelles possibilités de parcours pour ses usagers en capacité et volontaires pour emprunter d'autres voies d'insertion professionnelle.

Les MDPH disposent alors du positionnement permettant d'accompagner ces réorientations : expertise des besoins de la personne, expertise des Esat et du marché du travail, neutralité et indépendance... (Cf. encadré en page 5). Dans le cadre des **équipes pluridisciplinaires** associant Pôle emploi et autres acteurs de l'emploi et de la formation, les MDPH pourraient alors prononcer ces réorientations et mobiliser les outils associés (ESRP, plateforme, emploi accompagné, PMSMP, contrats aidés, adaptation du lieu de vie ...). Les équipes pluridisciplinaires présentent la composition et le positionnement adaptés et sont à conforter dans leurs missions d'accompagnement des parcours et des transitions. Les conventions usuelles de la MDPH avec le service public de l'emploi et avec les ESRP-ESPO appuieront ce fonctionnement.

3.2.3. Se doter d'un outil complémentaire d'appréciation de la RSDAE

La restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi (RSDAE) est un domaine dans lequel les usagers ne comprennent pas toujours les décisions prises, les amenant parfois à recourir aux tribunaux. Il serait alors utile d'actualiser et approfondir les outils existants d'appréciation de la RSDAE (notamment la circulaire DGCS/SD1/2011/413 du 27 octobre 2011, dans son annexe 2) et d'en assurer une appropriation partagée avec les tribunaux.

3.3. Pour la vie quotidienne

3.3.1. Réserver le Plan personnalisé de compensation aux situations nécessitant un accompagnement

L'article L146-8 du CASF prévoit que l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH « *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.* »

L'article R146-29 précise : « *Le plan personnalisé de compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire au terme d'un dialogue avec la personne handicapée relatif à son projet de vie. Il comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou prestations mentionnées à l'article L241-6, destinées à apporter, à la personne handicapée, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap.*

Le plan personnalisé de compensation comporte, le cas échéant, un volet consacré à l'emploi et à la formation professionnelle ou le projet personnalisé de scolarisation mentionné à l'article L112-2 du code de l'éducation.

Le plan de compensation est transmis à la personne handicapée ou, le cas échéant, à son représentant légal, qui dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître ses observations. La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est informée de ces observations »

Cette procédure complexe et théoriquement systématisée en amont de la CDAPH n'apporte pas de valeur ajoutée dans l'ensemble des situations et accroît les délais de traitement. Pour les demandes dites « simples » (notion qui devra être précisée dans le cadre d'une réflexion à mener avec les associations représentatives des Personnes handicapées) cette obligation pourrait être purement et simplement supprimée notamment lorsque son application conduit à répondre favorablement à la demande déposée. A titre d'exemple, on comprendra aisément le peu d'intérêt d'un PPC formalisé et d'une procédure contradictoire pour une demande de carte faisant l'objet d'un avis favorable, là où l'utilisateur est plus préoccupé par le délai d'octroi.

Cette mesure, déjà mise en œuvre dans plusieurs MDPH après discussion avec la CDAPH et accord de cette dernière, conduirait à mettre en cohérence le droit et la pratique. Serait accessoirement supprimé le risque, pour les MDPH, de faire l'objet de critiques de la part des usagers et de leurs représentants, de s'exposer à des difficultés en cas de contentieux dans les dossiers « sans PPC » et de se voir opposer comme priorité de « faire des PPC » pour toutes les situations évaluées.

Il serait préférable de substituer à ce systématisme qui ne fait pas sens, l'élaboration d'un PPC organisant l'accompagnement de la Personnes handicapée dans la durée (notion de parcours), en référence à ses besoins de compensation et à leur évolution dans le temps, à la mise en œuvre de réponses adaptées et durables tenant compte de la complexité des situations, de leurs évolutions possibles, y compris en terme de rupture.

Dans ce cadre, la notion de procédure contradictoire est fortement appréciée par les usagers qui n'hésitent pas à faire connaître leurs observations et remarques, par exemple lors d'une première attribution de PCH ou en cas d'avis contraire pour les demandes d'orientation.

3.3.2. Donner corps aux prorogations sans demande

Les prorogations sans demandes représentent un espoir important pour les usagers, comme les MDPH désireuses de concentrer leur action sur les publics en ayant le plus besoin.

Dans la pratique, ces prorogations concernent cependant une cible très restreinte (moins de 5% des décisions ? Donnée restant à préciser au niveau national, avec la CNSA), alors que des renouvellements de CMI requièrent peu de valeur ajoutée parmi les équipes d'évaluation au sein des MDPH.

Il conviendrait alors d'élargir la portée de ces prorogations.

4. Donnons aux MDPH **les moyens** de la qualité de service aux usagers

4.1. Réévaluer les moyens accordés aux MDPH

4.1.1. Revaloriser la compensation des postes vacants de l'Etat à hauteur minimum de 7,8%

Lors de la création des MDPH en 2005, l'État a mis à leur disposition les moyens mobilisés par ses services (ex-DDAS et ex-DDTEFP). Compte tenu des départs à la retraite et des mutations de ces personnels, il revient à l'État d'assurer la continuité en convertissant des mises à disposition en versement de subventions.

Cette compensation est essentielle au fonctionnement de la MDPH mais ne suffit plus car elle ne correspond pas au coût réel des postes recrutés en remplacement des agents État anciennement mis à disposition.

En effet, pour les agents partis en retraite, c'est le principe de la fongibilité asymétrique qui s'applique ; le calcul de la compensation se fonde alors sur la circulaire N°SG/2006/508 du 4 décembre 2006 relative aux personnels mis à disposition par l'Etat auprès des MDPH. Il s'agit de : 62 000 euros pour la catégorie A, 46 700 euros pour la catégorie B ; 33 000 euros pour la catégorie C, et en cas de retour d'un agent dans son administration d'origine, la compensation du poste s'élève forfaitairement à 30 000 €, quelle que soit la catégorie de l'agent.

Cette circulaire de référence prévoit que « *la revalorisation de la subvention se fera sur la base de l'évolution du point d'indice de la fonction publique* ». Or, depuis 2006 et la publication de la circulaire, le point d'indice annuel est passé de 53,9795 à 58,2004 euros **soit +7,8%**.

4.1.2. Donner une impulsion en faveur de la fonction d'accompagnement

Nous préconisons de recentrer au niveau des MDPH les moyens aujourd'hui morcelés (C360, APPV, DIH... Cf. [chap. 1.1](#)) et s'assurer que chaque territoire dispose d'une équipe d'accompagnement en nombre suffisant au regard du public à accompagner.

Il convient que chaque personne en situation de handicap faisant la demande d'accompagnement, ou en ayant besoin, puisse se voir prise en charge de façon qualitative, dans le cadre d'une approche globale, experte et à 360° telle que peut le proposer une MDPH.

4.1.3. Recalibrer et revaloriser les enseignants mis à disposition des MDPH

Le nombre d'enseignants mis à disposition des MDPH serait à réinterroger au regard de l'évolution des droits et des besoins sur le public jeune. L'attractivité de ces postes serait également à renforcer, pour éviter des pertes de ressource par rapport à leur poste antérieur et favoriser des évolutions positives de carrière à l'issue de leur mise à disposition.

4.1.4. Pour les GIP employeur, prévoir une exonération des taxes sur les salaires des personnels

Les GIP employeurs se substituent à l'Etat et aux collectivités dans l'emploi des personnels, se trouvant alors assujettis aux taxes sur les salaires sans disposer des compensations financières associées.

Les GIP MDPH employeurs pourraient bénéficier d'une exemption spécifique de la taxe sur les salaires, du fait de la nécessité de recruter du personnel pour compenser les défauts de mise à disposition du

personnel de l'Etat. Les MDPH subissent en effet une double peine : les compensations financières accordées ne suffisent pas à rémunérer les personnels recrutés mais les MDPH doivent en plus rembourser une partie de ces compensations en payant la taxe sur les salaires.

4.2. Un SIH soutenant et facilitant pour les professionnels, et permettant le pilotage

Les MDPH ont un savoir-faire devant être entièrement tourné vers les besoins de la personne. Or le système d'information harmonisé (SIH) occupe une place de plus en plus omniprésente : de plus en plus chronophage pour les professionnels (se traduisant par une « course au clic » pour tenir la cadence des demandes des usagers), des évolutions du SIH trop fréquentes et perturbantes pour les équipes (2 à 3 mois de tests + 2-3 mois de stabilisation = au moins 4 mois de perturbation pour chaque montée de version, opération à reproduire au moins 2 voire 3 fois par an pour les correctifs qui y sont apportés par la suite...).

Conscientes de la place incontournable du SIH, les besoins des MDPH se situent alors sur les points suivants :

- L'allègement de la fréquence des montées de version et correctifs, à travers des livraisons davantage sécurisées en amont, ainsi que l'automatisation des tests...
- L'ergonomie et l'allègement de la saisie, en faveur des délais de traitement des MDPH et de l'accompagnement des usagers.
- S'assurer du bon fonctionnement des fonctionnalités prévues (effectivité, simplicité, accessibilité...) : flux automatisés vers les partenaires, prorogations sans demande...
- Des fonctionnalités pratiques telles que la dématérialisation des correspondances avec les usagers fournissant leur mail (pouvant représenter 50% des usagers), avec des gains à la fois en termes de délais pour l'utilisateur, d'efficacité pour les agents, de coûts postaux...
- Un outil de pilotage adossé au SIH pour l'organisation et la priorisation des actions à mener par la MDPH, mais aussi pour orienter celles des partenaires (offre ESMS, postes AESH...).

Il est encore temps à ce titre de questionner la stratégie de développement du SIH : correction ciblée de dysfonctionnements (éditions par exemple) ou refonte globale, en rester aux fonctionnalités existantes ou en adjoindre de nouvelles (pilotage, correspondances usagers...), approche par briques successives ou bascule globale...

4.3. Un précieux accompagnement de la part de la CNSA

Les MDPH sont des organismes d'ouverture de droits et de prestations qui ont un haut niveau de technicité par l'application de nombreux textes réglementaires qui peuvent être sujets à interprétation. La CNSA a alors un rôle essentiel d'animation du réseau des MDPH : animation, mise en réseau, constitution de ressources, équité entre territoires, efficacité collective...

Au moment où la CNSA structure la branche de l'autonomie, son action envers le réseau des MDPH doit être maintenue et renforcée dans la continuité de la feuille de route « MDPH 2022 », tant sur l'expertise « métier » que sur l'expertise juridique dans le contexte particulièrement complexe et évolutif qu'est celui du handicap.

5. Annexes

5.1. Rôle de l'ADMDPH

Créée le 5 octobre 2007, l'Association des Directeurs de MDPH (ADMDPH) s'est donnée l'objet suivant :

- Affirmer la place et porter l'expertise des directeurs de MDPH auprès des instances décisionnelles et consultatives dans la mise en œuvre opérationnelle de la loi du 11 février 2005 et de ses évolutions ;
- Promouvoir, construire, mutualiser les expériences des différentes MDPH et créer les conditions de leur analyse et du partage d'expérience ;
- Affirmer le rôle spécifique de directeur de MDPH dans le cadre des missions dévolues par la loi et de valoriser les différentes compétences requises pour exercer la fonction de directeur de MDPH dans un environnement complexe

5.2. Composition des instances de l'ADMDPH

Le Bureau de l'ADMPDH :

Titre	civilité	Nom	Prénom	MDPH
Président	Monsieur	DUTOYA	JEAN	Essonne - 91
Vice-président	Monsieur	LEONI	JEAN-FRANÇOIS	Corse- 20
Vice-présidente	Madame	BARRET	LAETITIA	Var- 83
Vice-présidente	Madame	BARTHE	KARINE	Haute Vienne - 87
Secrétaire	Madame	AZOUZ	CECILE	Charente Maritime- 17
Secrétaire adjoint	Monsieur	LEMAIRE	JEROME	Creuse- 23
Trésorière	Madame	ROUSSE	CAROLINE	Meuse- 55
Trésorier adjoint	Monsieur	BADIA	BENJAMIN	Val de Marne - 94

Le Conseil d'administration de l'ADMDPH :

NOM	Prénom	Département	Statut
BLANC	DAVID	Hautes Alpes-05	Directeur
GOURDON	ISABELLE	Ardèche - 07	Directrice
NICOLAS	SABINE	Ardennes - 08	Directrice
MALNOURY	DIDIER	Aube -10	Directeur
AZOUZ	CECILE	Charente Maritimes- 17	Directrice
LEONI	JEAN-FRANÇOIS	Corse- 20	Directeur
LEMAIRE	JEROME	Creuse- 23	Directeur
MASSENEZ	SAMUEL	Gers- 32	Directeur
BOISSIER	EVELYNE	Lozère- 48	Directrice
ROUSSE	CAROLINE	Meuse- 55	Directrice
DEHAN	LAURENCE	Collectivité Alsace 67-68	Directrice
BARRET	LAETITIA	Var- 83	Directrice
GAUDUCHON	MARINE	Vienne - 86	Directrice
BARTHE	KARINE	Haute Vienne - 87	Directrice
DUTOYA	JEAN	Essonne - 91	Directeur
DURAND	CLOTILDE	Seine Saint Denis- 93	Directrice
BADIA	BENJAMIN	Val de Marne - 94	Directeur
DESORMEAUX	DENISE	Martinique- 972	Directrice
O'REILLY	AMINATA	Guyane - 973	Directrice
BALLAGER	CHANTAL	Mayotte- 976	Directrice

5.3. Glossaire des principaux sigles utilisés

AAH	Allocation adulte handicapé
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADMDPH	Association des directeurs de MDPH
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
C360	Communauté 360
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDCA	Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CNSA	Caisse Nationale des Solidarités et de l'Autonomie
CMI	Carte mobilité inclusion
DIH	Dispositif Intégré Handicaps
DOP	Dispositif d'orientation permanent
EPE	Equipe pluridisciplinaire d'évaluation
FDC	Fond de compensation (ou Fonds départemental de compensation du handicap)
GIP	Groupement d'intérêt public
LPI	Livret parcours inclusif
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
PCH	Prestation de compensation du handicap
PH	Personne handicapée
PPC	Plan personnalisé de compensation
RAPO	Recours administratif préalable obligatoire
RAPT	Réponse accompagnée pour tous
RIP	Référent insertion professionnelle
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social d'adultes handicapés
SAVS	Services d'accompagnement à la vie sociale
SIH	Système d'information harmonisé
SI MDPH	Système d'information des MDPH