



ASSOCIATION DES DIRECTEURS DE MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES

MDPH des Ardennes
55 Avenue Charles de Gaulle
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

COMMUNIQUE DE PRESSE

Dans un contexte difficile marqué par une activité qui ne cesse de croître depuis leur création en 2006, les MDPH doivent faire face à des injonctions sans cesse accrues en matière de qualité de service, de modernisation, de production de données sans oublier la mise en œuvre de missions nouvelles à moyens constants.

Afin de mieux répondre aux attentes légitimes des Personnes handicapées et de leurs familles, en matière d'accompagnement, de nombreux travaux sont engagés par les pouvoirs publics (*projet IMPACT, audit des systèmes d'information des MDPH, mission confiée à Monsieur Denis PIVETEAU, réflexions du SGMAP sur la scolarisation des élèves handicapés, etc.*).

Créée en 2007 et comptant parmi ses adhérents les représentants de 72 MDPH, l'ADMDPH, conformément à ses statuts, a notamment pour objet de « *porter l'expertise des directeurs de MDPH auprès des instances institutionnelles et consultatives dans la mise en œuvre opérationnelle de la loi du 11 février 2005 et de ses évolutions* ».

Dans ce cadre, l'ADMDPH vient d'adresser aux autorités publiques et aux différents acteurs qui agissent dans le champ du handicap onze propositions de simplification annexées au présent communiqué.

Les mesures proposées ont pour ambition de réduire de manière très significative le volume des demandes déposées auprès des MDPH pour dégager du temps et des moyens qui pourraient utilement être réorientés vers l'accompagnement des Personnes handicapées et de leurs familles.

En proposant de réunir les conditions pour mettre un terme, chaque fois que possible, aux traitements de masse à faible valeur ajoutée pour privilégier le renforcement d'une approche qualitative et personnalisée des besoins des Personnes handicapées, l'ADMDPH apporte sa contribution aux réflexions en cours et souligne, en outre, que ces évolutions seront source d'une meilleure appréciation de l'ensemble des besoins de chacun des usagers concernés.

Ces propositions constituent un levier indispensable à la réalisation des progrès attendus par les usagers.

Charleville-Mézières, le 23 mai 2014

Le Président de l'ADMDPH

Igor DUPIN

Pour toutes précisions complémentaires : igor.dupin@mdph08.fr



ASSOCIATION DES DIRECTEURS DE MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES

MDPH des Ardennes - 55 Avenue Charles de Gaulle
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

Mesures de simplifications Conseil d'administration du 11 avril 2014

L'ADMDPH a pris connaissance avec attention et intérêt des travaux engagés dans le cadre du projet « IMPACT » (Innover et Moderniser les Processus MDPH pour l'Accès à la Compensation sur les Territoires) visant à proposer des mesures d'amélioration de la qualité de service et de simplification.

Cette réflexion est à mettre en perspective avec la mission confiée à Monsieur Denis PIVETEAU, Conseiller l'Etat, à propos des modalités d'accueil des Personnes handicapées au sein des Etablissements et Services Médico-sociaux (ESMS), mission mandatée dans la droite ligne des dispositions prises par voie de circulaire pour mettre en œuvre dans chaque département et sous la responsabilité des MDPH, une commission des « situations critiques ». En effet, l'accompagnement par les MDPH des Personnes handicapées en recherche d'une solution de prise en charge est régulièrement évoqué comme une nécessité par de nombreux intervenants, ce qui pose, en corolaire, la question des moyens mobilisables pour assurer cette mission.

Ces questions sont d'autant plus d'actualité que les MDPH doivent simultanément :

- absorber chaque année des hausses importantes d'activité (activité doublée depuis 2006) situation qui ne cesse de s'aggraver encore en 2013, le tout sans aucune revalorisation des dotations versées par l'Etat depuis la création des MDPH en 2006
- assurer l'ensemble de leurs missions telles que définies par la Loi du 11 février 2005, ce qu'elles ne peuvent faire qu'imparfaitement
- satisfaire aux exigences de la Loi qui leur sont sans cesse rappelées par l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs
- développer de nouvelles démarches (observatoire, gestion des cas critiques)
- mettre en œuvre des réformes incessantes (PCH enfants, AAH, RSDAE, CES, AVS, etc.)
- moderniser en permanence leurs outils et procédures (GED, suivi des orientations, portail usager, dématérialisation des formulaires, etc.)
- répondre aux multiples études sur leurs pratiques et organisations (AAH, disparités PCH, évaluation, audit SI MDPH, projet IMPACT)
- satisfaire les besoins de statistiques et d'informations de tous les acteurs et répondre à des demandes souvent mal coordonnées (en matière d'AAH par exemple, avec des demandes quasi simultanées et pour un même objet de la DGCS et de la CNSA)

Dans ce contexte, l'ADMDPH propose onze mesures de simplifications qui permettraient de recentrer l'activité des MDPH sur des actes professionnels porteurs de sens pour les usagers plutôt que sur des procédures dont la principale « valeur ajoutée » est essentiellement administrative.

Ces propositions de simplification s'attachent tout particulièrement à ne pas induire d'effets négatifs indirects sur l'accompagnement des personnes. Ainsi, l'évaluation assurée par l'équipe pluridisciplinaire et les préconisations et décisions de la CDAPH doivent rester les garanties de la qualité de l'accompagnement des personnes concernées qui ne peut être améliorée qu'en éliminant les traitements de masse à faible valeur ajoutée pour renforcer une approche qualitative et personnalisée source d'une meilleure connaissance des besoins des usagers et des conditions de mise en œuvre des réponses attendues ainsi que cela se développe de plus en plus en matière de suivi des orientations en établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Sommaire

I.	Plan personnalisé de compensation (PPC)	3
II.	Durée d'ouverture des droits	4
III.	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur handicapé (RQTH).....	4
IV.	Orientation en milieu ordinaire.....	5
V.	AAH RSDAE	6
VI.	Complément de ressources	7
VII.	Cartes	7
	VII-1 - Carte de stationnement pour Personnes handicapée	8
	VII-2 - Carte d'invalidité	8
	VII -3 - Cartes de priorité	9
VIII.	Réforme des retraites	9
IX.	Aménagements d'examen	9
X.	Echanges de données avec les CAF	10
XI.	Financement des MDPH	10

I. Plan personnalisé de compensation (PPC)

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, imposée et systématisée en amont de la CDAPH, n'apporte pas de réelle valeur ajoutée pour 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 '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.

En outre, cette nouvelle approche de la notion de PPC serait source de cohérence dans les pratiques locales et pourrait servir une autre mesure de simplification liée à la durée des droits (cf. point suivant).

II. Durée d'ouverture des droits

L'article R241-31 du CASF prévoit que les décisions de la CDAPH « *sont prises au nom de la MDPH. Leur durée de validité ne peut être inférieure à un an ni excéder cinq ans, sauf dispositions législatives ou réglementaires spécifiques contraires* ».

Etendre la possibilité pour la CDAPH d'ouvrir des droits pour une durée supérieure à cinq ans (définitivement dans certains cas), sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire et en se référant à la capacité d'appréciation de la CDAPH, permettrait de simplifier les procédures imposées aux usagers et de limiter le nombre des demandes déposées dans les MDPH. Cette possibilité serait bien sûr à encadrer par voie réglementaire.

Cette mesure de simplification pourrait être assortie d'une disposition permettant d'éviter tout risque « d'oubli des usagers » en inversant la charge d'un contact régulier, contact qui pourrait être à l'initiative de la MDPH selon une périodicité à préciser et se référant à des préconisations de la CDAPH tenant compte des besoins de la personne handicapée, besoins explicitement définis dans le Plan Personnalisé de Compensation (cf. ci-dessus).

Dans cette logique, il conviendrait de veiller à faire tomber les dispositions spécifiques à tel ou tel type de droit qui rendent aujourd'hui impossible la cohérence attendue des usagers (une même échéance possible pour un ensemble de droits et/ou de préconisations). Cette harmonisation des échéances contribuera à renforcer l'un des principes fondamentaux de la Loi du 11 février 2005 : l'approche globale des situations individuelles.

Cette nécessaire harmonisation passe notamment par la remise en question des récentes dispositions relatives à l'AAH RSDAE et la Carte Européenne de Stationnement (cf. ci-après), dispositions qui viennent segmenter les réponses au détriment d'une approche globale portée par la loi de 2005, approche globale qui doit être source de cohérence et de simplification.

III. Reconnaissance de la Qualité de Travailleur handicapé (RQTH)

L'article L241-6 du CASF précise que la CDAPH est compétente pour « *reconnaître, s'il y a lieu, la qualité de travailleur handicapé ...* ».

Liée à la **simple reconnaissance d'une altération de fonction entraînant une réduction effective des possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi**, la RQTH ouvre l'accès à des possibilités d'accompagnement et/ou de financements spécifiques pour le maintien dans l'emploi ou l'accès à l'emploi. En outre, elle permet à un employeur de justifier du respect des obligations qui s'imposent à lui en matière d'emploi des travailleurs handicapés (à cet égard, on rappellera l'importance de rester attentif à ne pas susciter un « effet d'aubaine » conduisant à solliciter la RQTH pour des salariés ayant une altération de fonction ne réduisant pas leur possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi).

Ainsi, la RQTH ne peut être refusée dès lors que l'altération de fonction est objectivée et qu'elle a pour conséquence de limiter les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi. Aucun autre motif ne peut être mis en avant pour justifier un refus d'attribution. En effet, le droit au travail est un droit reconnu par la constitution auquel il ne saurait être porté atteinte par une décision de la CDAPH qui, par sa décision, statuerait sur l'impossibilité d'une personne à travailler. Des décisions de tribunaux administratifs ont d'ailleurs annulé des refus de cette nature.

La RQTH constitue donc simplement la reconnaissance d'un état (l'altération d'une fonction) et des conséquences de cet état sur les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi, appréciation ne nécessitant pas toujours la mobilisation d'une évaluation complexe.

Dans un grand nombre de cas, la RQTH pourrait découler automatiquement d'autres droits.

Il pourrait ainsi donc acté que toute ouverture de droit par la MDPH vaut RQTH. Il pourrait en être de même, par exemple, pour ce qui concerne les bénéficiaires d'une pension d'invalidité allouée au titre de l'assurance maladie et à fortiori d'une allocation supplémentaire d'invalidité.

Si cette mesure est adoptée, il conviendra de régler la question de la responsabilité de l'édition de la pièce justificative valant RQTH.

Il serait donc nécessaire, dans ce cadre, que les autorités compétentes pour décider de l'attribution de la pension d'invalidité (ou la rente accident du travail ou maladie professionnelle) attribuent elles-mêmes et directement la RQTH pour une durée donnée. A noter que le fait que les pensions d'invalidité et rentes AT-MP soient sans limitation de durée pourrait alors être considéré comme anachronique et poserait en effet problème sauf à mettre en œuvre les dispositions proposées en matière de durée des droits (cf. point précédent).

Il serait encore plus simple que la décision d'attribution de pension d'invalidité ou de rente AT-MP mentionne « la présente décision vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé au taux d'incapacité de 50% (pour les catégories 2 et 3) ou de moins de 50% (pour les catégories 1).

En allant encore plus avant dans la réflexion, la loi sur les retraites pourrait être modifiée pour préciser qu'en termes de départ en retraite anticipée, la pension d'invalidité catégorie 2 ou 3 entraîne les mêmes droits que la reconnaissance d'un taux d'au moins 50% puisque, dans le domaine du travail, la pension d'invalidité et la rente AT-MP sont prises en compte dans l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

Seules les personnes handicapées pour lesquelles cette reconnaissance est le seul droit ouvert au titre du handicap continueraient alors de déposer une demande de RQTH auprès de la MDPH (par exemple les malentendants qui peuvent ainsi prétendre aux aides AGEFIPH).

Cette proposition illustre parfaitement l'attention qui doit être apportée pour ne pas induire, par une mesure de simplification, des effets négatifs sur l'accompagnement des personnes rencontrant les plus grandes difficultés et qui nécessitent un accompagnement par un opérateur et/ou la définition de préconisations.

En matière d'insertion professionnelle, l'évaluation assurée par l'équipe pluridisciplinaire et les préconisations que peut faire la CDAPH doivent garantir de la qualité de l'évaluation des potentiels et des besoins et la pertinence de l'accompagnement des personnes concernées. C'est ainsi, dans ce domaine comme dans d'autres (cf. *propositions suivantes*) que l'on passera d'un traitement de masse à faible valeur ajoutée à une approche qualitative et personnalisée.

Cette évolution permettra, de plus, une meilleure connaissance des besoins des usagers, connaissance qui ne devra pas ignorer l'aspect « mise en œuvre » ainsi que cela se développe de plus en plus en matière de suivi des orientations en établissements et services médico-sociaux (ESMS).

IV. Orientation en milieu ordinaire

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 » (« milieu ordinaire », terme juridiquement impropre), « vers un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) », ou « vers un centre de rééducation professionnelle (CRP) ».

Cette précision sur l'orientation professionnelle n'a de sens qu'en cas d'orientation en ESAT ou en CRP 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 pour un maintien dans l'emploi (SAMETH) ou un accès à l'emploi (CAP 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.

V. AAH RSDAE

En application de l'article **L821-2** du code de la sécurité sociale (CSS), l'AAH est attribuée à toute personne handicapée dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 50 % et inférieur à 80 % et à qui la CDAPH reconnaît, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (**RSDAE**).

Le **décret n° 2011-974** du 16 août 2011 a introduit un nouvel **article D821-1-2 du CSS** qui définit les modalités d'appréciation de cette notion. Par ailleurs, ce décret modifie également l'article R. 821-5 du CSS pour **limiter à deux ans au lieu de cinq la durée d'attribution de l'AAH** accordée à ces personnes (première demande et renouvellement).

Cette mesure :

- limite le pouvoir d'appréciation de la CDAPH
- contraint les usagers à déposer des demandes tous les deux ans
- génère un flux de demande au sein des MDPH
- désorganise l'approche globale des situations, l'échéance de l'AAH RSDAE ne pouvant plus être mise en cohérence avec l'échéance des autres droits (sauf à réduire aussi ceux-ci à deux années)
- n'apporte aucune valeur ajoutée pour les bénéficiaires, notamment les personnes orientées en ESAT

Pour compléter ce point, une harmonisation ou, à minima, une clarification de la différence entre les critères d'attribution de l'AAH au titre de la RSDAE et le critère de restriction de capacité de travail utilisé pour l'ouverture du droit à la pension d'invalidité ou d'une rente AT-MP de cat 2 sont nécessaires. Les usagers font fréquemment part de leur incompréhension en cas de refus de reconnaissance de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi lorsqu'ils bénéficient d'une pension de 2ème catégorie qui est censée faire suite à une diminution des 2/3 de la capacité à occuper un emploi. Donc soit la pension d'invalidité 2 est équivalente à l'AAH RSDAE, soit il faut rendre les différences plus compréhensibles pour les usagers.

Enfin, le cadre normatif pourrait être complété en y intégrant les critères d'évaluation définis par la circulaire de n° DGCS/SD1/2011/413 du 27 octobre 2011 (arbre de décision). Les critères introduits par cette circulaire ne sont en effet pas opposables du fait de la nature du texte. Leur codification permettrait une bien meilleure motivation des décisions.

VI. Complément de ressources

Le complément de ressources (article L821-1-1 du CSS) est une allocation forfaitaire qui s'ajoute à l'allocation aux adultes handicapés (AAH) pour constituer une garantie de ressources dans le but de compenser l'absence durable de revenus d'activité des personnes handicapées dans l'incapacité de travailler. Il est octroyé aux bénéficiaires de l'AAH âgés de moins de 60 ans, ayant un taux d'incapacité au moins égal à 80 % et dont la capacité de travail est inférieure à 5 %, conditions qui doivent être vérifiées par les CDAPH sur le fondement de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Enfin, pour l'octroi de ce complément la CAF ou la MSA doivent vérifier la condition relative au logement indépendant.

Le concept de capacité de travail inférieure à 5 % est défini de façon imprécise par la circulaire DGAS 1C/2006/37. Celle-ci s'apprécie en effet en fonction de la situation de handicap de la personne, quel que soit le poste de travail envisagé et est assimilable à une quasi incapacité de travail. De plus, ce dispositif concerne a priori une situation non susceptible d'évolution favorable dans le temps, et est incompatible avec l'orientation d'un allocataire en milieu protégé.

Notre première proposition est donc de mieux qualifier les critères d'éligibilité liés à la capacité de travail.

Par ailleurs, il convient de rappeler que le taux d'acceptation des demandes de complément de ressources est faible (25 % selon la CNSA en 2012), traduisant un nombre important de demandes liées à une mauvaise compréhension du dispositif par les usagers.

Une seconde proposition consiste donc à modifier le nom de cette prestation, trop souvent formulée avec la demande d'AAH, juste parce que son adossement à l'AAH porte à confusion. Cette évolution devra aussi être envisagée de manière à éviter toute confusion avec la majoration pour la vie autonome.

Enfin, et tout comme la majoration pour la vie autonome, cette prestation pourrait être ouverte directement par la CAF ou la MSA pour les personnes disposant d'un taux d'incapacité de 80 %, bénéficiaire de l'AAH à taux plein (donc sans activité et dont la RSDAE est de fait reconnue), reconnues inaptés au travail et bénéficiant d'un logement indépendant. Parallèlement, la possibilité pourrait être laissée à la CDAPH, sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire, de statuer sur l'AAH « et son éventuel complément » dans les situations ne relevant pas d'une attribution induite par d'autres droits.

VII. Cartes

Une première mesure de simplification consisterait à ne conserver que deux types de cartes : carte européenne de stationnement et carte de priorité.

En effet, la carte d'invalidité, hormis la notion de priorité, traduit un droit fiscal. Or, les informations permettant de faire valoir ce droit devraient pouvoir être transmises directement aux impôts selon des modalités à préciser et qui pourraient mobiliser utilement les informations détenues par certains organismes (CAF par exemple) qui disposent d'ores et déjà de modalités d'échanges d'informations avec les services fiscaux.

Une seconde mesure, qualifiée de mesure de sécurisation, concerne la fabrication des cartes de stationnement, et de priorité.

La réalisation de ces documents est en effet consommatrice de temps, atteint le degré zéro de sécurité et témoigne de pratiques pour le moins surannées (supports cartonnés à œillets, ou au mieux, supports plastifiés) du milieu du 20^{ème} siècle. Afin de limiter les risques de copies, de falsification et/ou de production de faux documents, ces cartes pourraient être réalisées de manière automatisée à partir des données utiles comprises dans les logiciels métiers des MDPH, données qui seraient transmises à un opérateur national (agence de titres sécurisés, référence au modèle mis en œuvre pour les cartes vitales, etc.) en charge de la réalisation des cartes et de leur envoi aux bénéficiaires. L'élaboration d'un titre sécurisé serait un progrès indéniable en terme de sécurité des documents.

A noter, concernant la carte d'invalidité, que la production de la notification de décision d'attribution pourrait permettre aux usagers titulaire de ce droit de disposer, dans la vie courante, d'un moyen à même de leur permettre de bénéficier des avantages en matière de priorité d'accès sans avoir besoin d'une carte qui ne fait que réitérer le droit porté sur la décision qui leur est notifiée. Toutefois, ce moyen ne serait pas adapté à un usage quotidien car peu pratique, notamment pour les personnes nécessitant un besoin d'accompagnement. C'est pourquoi la carte de priorité doit être maintenue notamment parce qu'y figure la photographie du bénéficiaire.

Une troisième mesure de simplification des conditions d'attribution des cartes pourrait être envisagée en organisant une évaluation de critères d'éligibilité concomitante aux évaluations réalisées dans le cadre de l'APA.

La constitution d'un double dossier APA et MDPH et la réalisation d'une double évaluation sont en effet peu pertinentes pour ces publics. On notera utilement que ces situations vont croître de manière exponentielle et régulière avec l'évolution de la pyramide des âges de la population française et avec l'allongement de l'espérance de vie.

VII-1 - Carte de stationnement pour Personnes handicapée

L'article 17 de la loi n°2011-525 du 17 mai 2011, portant simplification et amélioration de la qualité du droit a complété les dispositions de l'article L241-3-2 du code de l'action sociale et des familles de la manière suivante : « *Toute personne, y compris les personnes relevant du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre et du code de la sécurité sociale, atteinte d'un handicap qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied ou qui impose qu'elle soit accompagnée par une tierce personne dans ses déplacements, peut recevoir une carte de stationnement pour personnes handicapées. Cette carte est délivrée par le préfet conformément à l'avis du médecin chargé de l'instruction de la demande dans un délai de deux mois suivant la demande. A défaut de réponse du représentant de l'État dans le département dans ce délai, la carte est délivrée au demandeur. »*

Cette disposition, contraire à la règle générale appliquée pour tous les autres droits faisant l'objet d'un dépôt de dossier auprès de la MDPH, crée des **distorsions dans le traitement des demandes** déposées par les Personnes handicapées et conduit à dissocier le traitement des demandes, **en contradiction avec le principe d'approche globale** des situations individuelles.

Pour terminer, le processus d'attribution et de réalisation des cartes est très variable d'un département à l'autre et met en jeu, de différentes façons, les services des MDPH et de l'Etat (DDCS) ; Il conviendrait de revenir à l'orthodoxie des textes, à savoir un dépôt de demande à la MDPH, un avis de l'équipe pluridisciplinaire transmis au représentant de l'Etat qui notifie sa décision à l'utilisateur et produit la CES (*cf. proposition ci-dessus*)

Une autre mesure de simplification des conditions d'attribution des cartes de stationnement pourrait être envisagée pour limiter le nombre des demandes en prévoyant l'octroi automatique de la CES aux personnes âgées classées en GIR 1 et 2, public en augmentation très forte comme rappelé précédemment. Afin de limiter la délivrance inutile de ces cartes, elles pourraient être réalisées sur simple présentation du justificatif du GIR au service chargé de la délivrance de la carte.

VII-2 - Carte d'invalidité

Ainsi que cela a été précisé en introduction du présent chapitre, la carte d'invalidité, est avant tout un droit fiscal puisqu'octroyant une demi-part supplémentaire pour le calcul de l'impôt. Elle est délivrée, sur demande, à toute personne dont le taux d'incapacité permanente déterminé par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH est au moins de 80 % ou qui est bénéficiaire d'une pension d'invalidité classée en 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale. De plus, elle donne droit à une priorité d'accès aux places assises et dans les files d'attente des lieux publics ainsi qu'à diverses réductions tarifaires.

Directement liée à une autre reconnaissance (*taux d'incapacité ou pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie*), sa fabrication pourrait aisément être supprimée sans porter atteinte aux droits actuels en prévoyant, simplement, la transmission directe des informations utiles aux services fiscaux ou la production de la notification fixant le taux d'incapacité (ou la pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie). La production d'un justificatif pour faire valoir les « droits de priorité » pourrait être traitée autrement (*cf. point relatif aux cartes de priorité*) afin de ne pas pénaliser les usagers dans la vie courante.

VII -3 - Cartes de priorité

La production de la notification de décision d'attribution ou la mise en œuvre de tout autre moyen moderne et plus à même de lutter contre la fraude (titre sécurisé, cf. ci-dessus) permettrait aux usagers titulaire d'une carte d'invalidité ou de priorité en ayant le besoin de disposer, dans la vie courante, d'un moyen à même de leur permettre de bénéficier des avantages en matière de priorité d'accès.

Cette carte mentionnera, le cas échéant, le besoin d'accompagnement du bénéficiaire. Ainsi une carte plastifiée et sécurisée, au format carte de crédit faciliterait son usage au quotidien et limiterait les contrefaçons.

On notera, par ailleurs et à titre d'exemple, que certains opérateurs établissent déjà certains titres eux-mêmes sur la base de justificatif (cf. carte famille nombreuses réalisée par la SNCF). Rien n'interdirait donc l'établissement d'une carte de priorité, les cas échéant avec mention d'un besoin d'accompagnement, sur simple présentation de la décision de la CDAPH. Pourquoi ne pas envisager que les acteurs publics ou privé puissent ouvrir d'autres droits potentiels, à charge pour eux de déterminer le format que doit prendre ceux-ci et d'en assurer la gestion

VIII. Réforme des retraites

La loi relative à la réforme des retraites publiée au journal officiel du 21 janvier 2014 comprend des dispositions relatives à la retraite anticipée des travailleurs handicapés :

- l'accès à une **retraite à taux plein** pour les personnes qui arrivent à la fin de leur vie professionnelle en situation de handicap est abaissé à **62 ans** (contre 65 actuellement) dès **lors qu'elles peuvent justifier d'un taux d'incapacité au moins égal à 50 %**
- l'accès à une **retraite anticipée** pour handicap est fondé, à compter du 1^{er} février 2014, uniquement sur la **reconnaissance d'un taux d'incapacité d'au moins 50 %**. Il est donc mis fin à la référence à la RQTH ou au taux de 80 %. Toutefois, et à titre transitoire, le critère RQTH est néanmoins maintenu jusqu'au 31/12/2015.

Suite à ces mesures, il faut s'attendre à des sollicitations nombreuses des MDPH par des usagers souhaitant uniquement se voir reconnaître un taux d'incapacité, demande qui ne peut être prise en compte en tant que tel, la MDPH fixant ce taux en référence à une demande de reconnaissance d'un droit lié à ce taux (demande de carte d'invalidité ou d'AAH).

Par ailleurs, il convient de rappeler que la MDPH ne peut apprécier la situation d'une personne avec effet rétroactif, or, de nombreuses personnes découvrent cette possibilité de bénéficier d'une retraite anticipée en raison de leur handicap au moment où elles préparent concrètement leur départ à la retraite.

L'ADMDPH insiste sur l'urgence de la réponse à apporter, qui ne relève pas seulement de la simplification. Certaines personnes avec une RQTH en cours de validité mais sans aucun autre droit, ni de taux d'incapacité posé commencent à se présenter à l'accueil des MDPH qui ne peuvent répondre à leurs demandes. Une mesure simple serait au moins de prévoir que les périodes validées sous une RQTH ouverte avant l'entrée en vigueur de la loi continuent à compter pour le calcul des droits à retraite anticipée.

IX. Aménagements d'examen

Le décret n° 2005-1617 du 21/12/2005 relatif aux aménagements des examens et concours de l'enseignement scolaire 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, voir signifient par voie de circulaire, que les demandes doivent être déposées à la MDPH (voir, par exemple l'arrêté ministériel du 27 novembre 2013 portant ouverture au titre de l'année universitaire 2014-2015 des épreuves classantes nationales donnant accès au 3^{ème} cycle des études médicales).

A minima, une clarification 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 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 aucune valeur ajoutée 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.

X. Echanges de données avec les CAF

En application des articles R541-3 (AEEH) et R821-2 (AAH) du Code de la sécurité sociale, les CAF doivent obtenir des MDPH la transmission d'une copie des formulaires de demandes d'AEEH et d'AAH et des notifications de la CDAPH. Les éléments du formulaire n'ont généralement aucun intérêt pour les CAF qui disposent d'informations souvent plus actualisées sur la situation des personnes.

Une mesure de simplification d'une efficacité indéniable et immédiate consisterait à limiter ce transfert d'informations réalisé à l'issue de chaque commission aux seules informations utiles et à l'organiser de manière automatisée. A défaut et dans l'attente d'une interface opérationnelle entre systèmes d'informations des CAF et des MDPH, un simple fichier extrait à partir du système d'information des MDPH et comportant les droits ouverts ainsi que les mentions nécessaires aux CAF serait suffisant, les MDPH gardant à la disposition de la CAF les documents originaux. On arrêterait ainsi de mobiliser des ressources hors de proportion pour une valeur ajoutée des plus faibles. La contrepartie serait évidemment que la MDPH s'engage à transmettre toutes les pièces sur demande de la CAF, pour contrôle de la qualité dans une logique de contrôle hiérarchisé comme celle déjà mise en œuvre avec les comptables publics.

XI. Financement des MDPH

La loi n°2011-901 du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des MDPH prévoit dans son article 4 (repris dans le code de l'action sociale et des familles à l'article L.146-4-2) la conclusion d'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM) signée entre la MDPH et les membres du GIP et annexée à la convention constitutive du GIP.

Le contenu de la « CPOM-type » sera fixé par arrêté ministériel. Cette convention, qui devait être signée pour le 31 décembre 2012, détermine pour trois ans les missions et objectifs assignés à la MDPH, ainsi que les moyens qui lui seront alloués pour les remplir. Elle fixera en particulier le montant de la subvention de fonctionnement versée par l'Etat et précisera, pour la part correspondant aux personnels mis à disposition, le nombre d'équivalents temps plein qu'elle couvre. Un avenant financier précisera chaque année, en cohérence avec les missions et les objectifs fixés par la CPOM, les modalités et le montant de la participation des membres du groupement.

Plusieurs projets de décrets et arrêtés doivent compléter le cadre législatif et déterminer les modalités d'applications de la loi susmentionnée. La publication de ces textes, quasiment finalisés, a été suspendue lors des débats sur l'acte III de la décentralisation. Bien que la décentralisation des MDPH n'ait finalement pas été retenue, cette publication n'a jamais été réalisée bien que l'obligation de signer les CPOM demeure dans le Code de l'Action Sociale et des Familles.

Par ailleurs, la CNSA et les Conseils généraux signent tout les trois ans une convention d'appui à la qualité de service (CAQuS - Article L14-10-7 du Code de l'action sociale et des familles) fixant, notamment, les modalités d'échanges de données entre les MDPH et la CNSA, des objectifs de qualité de service assignés aux MDPH et les modalités de l'appui de la CNSA aux professionnels des MDPH.

L'avant projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement (article 49) fait évoluer ces dispositions comme suit : « *Art. L14-10-7-1. – Une convention pluriannuelle signée entre la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le président du conseil général, dont le contenu est défini par décret, fixe leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle fixe des objectifs de qualité, en particulier pour la maison départementale des personnes handicapées. Cette convention précise notamment les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention relevant respectivement des 1°, 2° et 5° de l'article L233-1 et les modalités de versement des concours de la caisse au département.* »

Une mesure de simplification consisterait à regrouper en une seule et unique convention (la CPOM) l'ensemble des crédits consacrés au fonctionnement des MDPH (CNSA : 64 M€ et Etat : 60 M€) sous l'égide de la CNSA (transfert des crédits Etat du PLF au PLFSS) qui assurerait la gestion des crédits comme l'impact des évolutions conjoncturelles des dotations en ressources humaines de l'Etat (retour d'agents dans leurs administration d'origine et compensations financières).

Il serait ainsi possible de débattre en un seul lieu et en un seul temps des objectifs assignés aux MDPH, des indicateurs retenus pour la mesure des résultats et des moyens mis en œuvre, en référence aux missions fixées par la Loi du 11 février 2005.