

N° 1432

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 octobre 2013.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *de finances pour 2014*,

TOME IV

SOLIDARITÉ, INSERTION ET ÉGALITÉ DES CHANCES

HANDICAP ET DÉPENDANCE

PAR MME MARTINE CARRILLON-COUVREUR,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. LES CRÉDITS DU PROGRAMME « HANDICAP ET DÉPENDANCE » POUR 2014 : UN EFFORT MAINTENU MALGRÉ UN CONTEXTE ÉCONOMIQUE DIFFICILE	7
A. LE SOUTIEN APPORTÉ AU FONCTIONNEMENT ET À LA MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES D'AIDE PAR LE TRAVAIL (ESAT)	9
B. LA GARANTIE DES RESSOURCES D'EXISTENCE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	11
1. L'allocation aux adultes handicapés (AAH)	11
2. L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	13
C. LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE ENVERS LES ADULTES HANDICAPÉS ET LES PERSONNES ÂGÉES ..	14
II. LE PROJET DE VIE, PRINCIPE AU CŒUR DE L'ACTION DES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)	17
A. LES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES : UNE INSTITUTION ORIGINALE FINANCÉE DE MANIÈRE SUBSTANTIELLE PAR L'ÉTAT	17
1. Un cadre législatif et réglementaire en évolution	17
a. Une institution issue de la loi du 11 février 2005	17
b. Des instances internes chargées de l'évaluation et de la prise de décision	19
c. Des moyens humains importants	20
2. Des crédits d'État significatifs	21
a. L'évolution de la dotation relative aux MDPH	21
b. L'objet des crédits sollicités pour le prochain exercice	23
B. LE PROJET DE VIE, UNE NOTION ESSENTIELLE CONFRONTÉE À DES DÉFIS NOUVEAUX	23
1. Une approche individualisée du handicap	23
a. L'élaboration d'un projet de vie	23
b. L'évaluation des besoins de la personne handicapée	25

c. La construction d'un plan personnalisé de compensation.....	25
d. La prise de décisions relatives aux droits de la personne handicapée	26
2. Des défis à relever.....	26
a. L'insuffisante personnalisation de la pratique des MDPH.....	26
b. La réduction du délai de renouvellement des demandes et la montée en puissance de nouveaux types de handicaps.....	28
c. La situation incertaine des fonds départementaux de compensation	29
C. DE PREMIERS PROGRÈS QUI RESTENT TOUTEFOIS À AMPLIFIER.....	31
1. Des progrès déjà réalisés.....	31
a. La mise en place du Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA).....	31
b. L'amélioration du fonctionnement des MDPH.....	33
2. De nouvelles étapes à franchir	33
a. Une approche individualisée du handicap à renforcer	33
b. Une mutualisation des bonnes pratiques et une amélioration du système d'information à développer sous l'égide de la CNSA	34
TRAVAUX DE LA COMMISSION : EXAMEN DES CRÉDITS.....	37
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE	39

INTRODUCTION

La mission interministérielle « Solidarité, insertion et égalité des chances » s'inscrit dans le cadre d'une politique volontariste en matière de solidarité, de cohésion sociale et d'égalité des chances. Son objet premier est d'assurer un revenu minimum à ceux qui, pour des raisons de famille ou de santé, ne peuvent subvenir à leurs besoins par le travail. Cette mission obéit tout particulièrement à des principes d'objectivité, d'inclusion sociale et de participation des personnes concernées. Soucieuse du décloisonnement de l'action publique, elle met l'État en relation avec d'autres acteurs tels que les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Son budget global pour 2014 s'élève à 13,8 milliards d'euros en autorisations d'engagement et en crédits de paiement.

Cette mission comporte cinq programmes dont l'un, intitulé « Handicap et dépendance », concentre à lui seul plus de 80 % des crédits de la mission ⁽¹⁾. En effet, les crédits sollicités pour 2014 au titre de ce programme s'élèvent à 11,4 milliards d'euros en autorisations d'engagement et en crédits de paiement, dont plus de 8,4 milliards d'euros pour la seule allocation aux adultes handicapés (AAH). Les moyens financiers ainsi dégagés par l'État, en augmentation de plus de 2,4 % par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2013, sont avant tout destinés à fournir des ressources d'existence aux personnes en situation de handicap et à offrir un soutien financier tant aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) qu'aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Dans un contexte où les économies en matière de dépenses publiques apparaissent comme une condition impérative au rétablissement des finances publiques, l'effort financier ainsi consenti, au nom des valeurs de solidarité et d'égalité, mérite d'être largement salué. Il confirme, s'il en était besoin, la volonté du Gouvernement de préserver le financement des politiques de solidarité au profit des personnes et des familles les plus vulnérables. Il traduit plus généralement son souci de continuer à répondre aux besoins d'aide à l'autonomie, qu'ils soient consécutifs au handicap, au vieillissement ou à la pauvreté, dans la fidélité notamment aux principes fixés par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cet engagement résolument volontariste du Gouvernement avait trouvé, dès le début du quinquennat, une traduction particulièrement forte dans la décision d'inclure dans tous les projets de loi un volet handicap ⁽²⁾. Il s'est encore manifesté de façon toute récente à l'occasion du Comité interministériel du

(1) *En plus du programme relatif au handicap et à la dépendance, la mission recouvre les programmes suivants : Lutte contre la pauvreté : revenu de solidarité active et expérimentations sociales (n° 304), Actions en faveur des familles vulnérables (n° 106), Égalité entre les femmes et les hommes (n° 137) et Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative (n° 124).*

(2) *Cf. Circulaire du 4 septembre 2012 relative à la prise en compte du handicap dans les projets de loi, JORF n° 0206 du 5 septembre 2012 page 14345.*

handicap du 25 septembre 2013, qui a donné lieu à un relevé de décisions particulièrement riche, s'agissant, pour ne citer que deux exemples, des compléments à apporter au volet accessibilité de la loi du 11 février 2005 ou du développement du temps partiel dans les ESAT.

L'analyse détaillée des crédits relevant de la compétence du rapporteur spécial de la commission des finances, votre rapporteure pour avis a choisi de consacrer le présent avis budgétaire plus spécialement à la question du projet de vie de la personne handicapée, en vue de dresser un bilan de la prise en considération de cette notion dans la loi du 11 février 2005, d'apprécier le travail d'évaluation des besoins effectué par les équipes pluridisciplinaires et de s'interroger sur l'adaptation des moyens des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) à l'exercice de leurs missions.

Afin d'éclairer son analyse, votre rapporteure pour avis a rencontré, au cours de sept auditions, plusieurs acteurs importants de la politique du handicap. Que l'ensemble des personnes entendues, dont la liste est annexée au présent rapport, trouvent ici l'expression de ses remerciements.

L'article 49 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 fixe au 10 octobre la date butoir pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires adressés aux trois ministères plus spécialement concernés.

À cette date, **96 %** des réponses étaient parvenues.

I. LES CRÉDITS DU PROGRAMME « HANDICAP ET DÉPENDANCE » POUR 2014 : UN EFFORT MAINTENU MALGRÉ UN CONTEXTE ÉCONOMIQUE DIFFICILE

Le programme n° 157 « Handicap et dépendance » de la mission interministérielle « Solidarité, insertion et égalité des chances » regroupe pour l'essentiel des crédits destinés aux personnes en situation de handicap. Les crédits sollicités pour 2014 au titre de ce programme s'élèvent à 11,44 milliards d'euros en autorisations d'engagement et en crédits de paiement, soit une augmentation de plus de 2,4 % par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2013, qui étaient eux-mêmes en hausse de plus de 6,3 % par rapport à 2012. L'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes handicapées reste donc au premier rang des préoccupations du Gouvernement.

Piloté par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), ce programme comprend six actions d'importance inégale, dont les quatre premières concernent le champ du handicap. Les moyens du programme sont destinés principalement à financer le versement des ressources minimales garanties aux personnes handicapées (action n° 3 : 75,6 % des crédits du programme), par le biais de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). Ils tendent ensuite (action n° 2) à encourager l'activité professionnelle des personnes handicapées dans le cadre des établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Ces deux actions cumulées représentent 11,35 milliards d'euros, c'est-à-dire plus de 99 % des crédits du programme. Celui-ci inclut également la participation financière de l'État, à hauteur de 64,4 millions d'euros, au fonctionnement des MDPH (action n° 1).

ÉVOLUTION ET RÉPARTITION PAR ACTION DES CRÉDITS DEMANDÉS POUR 2014 AU TITRE DU PROGRAMME N° 157 « HANDICAP ET DÉPENDANCE »

(en millions d'euros et en crédits de paiement)

Numéro et intitulé de l'action	Crédits ouverts en LFI 2013	Projet de loi de finances pour 2014		Évolution 2014/2013 (%)
		(En montant)	(En % des crédits du programme)	
01. Évaluation et orientation personnalisée des personnes handicapées (MDPH)	63,3	64,4	0,6	+ 1,7
02. Incitation à l'activité professionnelle (ESAT)	2 678,7	2 706,6	23,7	+ 1
03. Ressources d'existence (dont l'AAH)	8 404,8	8 648,3	75,6	+ 2,9
04. Compensation des conséquences du handicap	16	15,8	0,1	- 1
05. Personnes âgées	2,5	2,4	~ 0	- 6,2
06. Pilotage du programme	3,9	4,1	~ 0	+ 4,5
Total des crédits du programme	11 169,2	11 441,4	100	+ 2,4

LFI : loi de finances initiale.

Source : tableau réalisé d'après les données présentées dans le projet de annuel de performance de la mission « Solidarité, insertion, égalité des chances » annexé au projet de loi de finances pour 2014.

On y trouve par ailleurs la contribution de l'État à la compensation des conséquences du handicap (action n° 4), pour un montant de 15,8 millions d'euros. Cette contribution prend la forme d'un soutien financier au fonctionnement des cinq instituts nationaux de jeunes déficients sensoriels (sourds, aveugles). Les subventions en cause sont destinées à la rémunération des personnels enseignants. Des crédits sont également prévus pour le financement du Centre national de formation des enseignants intervenant auprès des déficients sensoriels (CNFEDS) de Chambéry qui assure la formation initiale et continue des enseignants de l'ensemble des établissements médico-sociaux publics et privés accueillant les jeunes déficients sensoriels.

L'action n° 5 est consacrée aux personnes âgées. Des dépenses d'intervention d'un montant de 2,4 millions d'euros sont inscrites afin de financer la politique de lutte contre la maltraitance et d'aider des associations reconnues en matière de recherche et de prévention du vieillissement.

Enfin, l'action n° 6, pourvue de 4,1 millions d'euros, a trait au « pilotage du programme ». Elle a pour objet d'assurer l'accompagnement de l'ensemble des actions du programme « Handicap et dépendance », à travers l'animation d'un grand nombre d'opérateurs, nationaux et locaux, ainsi que le développement d'outils d'observation, d'évaluation et d'études. Outre des crédits de fonctionnement destinés à couvrir des frais de justice (0,2 million d'euros), plusieurs types de dépenses sont ici visés :

– une participation au financement de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)⁽¹⁾, créée en 2007 et constituée sous forme de groupement d'intérêt public (1,6 million d'euros), en liaison avec la CNSA⁽²⁾ ;

– une dotation aux Centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREAI)⁽³⁾ (0,78 million d'euros) ;

(1) L'ANESM a pour missions, d'une part, de valider ou élaborer des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) en fonction des catégories d'établissements et de services, au regard desquels ces établissements et services procèdent à leur évaluation interne ou font procéder à leur évaluation externe et, d'autre part, d'habilitier les organismes en charge des évaluations externes des établissements. À ces fins, elle peut réaliser des études et faire appel à des intervenants extérieurs.

(2) La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a notamment pour missions, aux termes de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, de « contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire » et « d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation ».

(3) Dix-sept CREAI interviennent aujourd'hui dans vingt-trois régions, dans le secteur du handicap mais aussi dans ceux des personnes âgées, de la protection de l'enfance et des majeurs et de l'exclusion. Ils exercent des fonctions de conseil et d'appui aux acteurs, d'observation, d'étude, d'évaluation et de formation.

– des crédits d’ingénierie, d’observation et recherche, permettant la réalisation de plusieurs études dans le domaine du handicap et de la dépendance (0,36 million d’euros) ;

– des subventions à des associations jouant un rôle majeur à l’échelon national dans le soutien aux personnes handicapées ou dépendantes et à leurs familles et amenées à dialoguer à ce titre avec les pouvoirs publics (0,7 million d’euros).

S’ajoute à ces dépenses le financement du Centre national d’information sur la surdité (CNIS), pour un montant de 0,42 million d’euros. Ce Centre national est destiné à remplacer à la fin de l’année 2013 les différents centres d’information sur la surdité (CIS) actuellement existants. Il fonctionnera avec le même budget que celui qui était auparavant dédié au financement des CIS. Il aura pour mission de mettre à la disposition des personnes sourdes et de leurs familles des informations homogènes, neutres et actualisées sur l’ensemble du territoire. La Fédération générale des PEP⁽¹⁾, auditionnée par votre rapporteure pour avis, a regretté la disparition des CIS, qui présentaient l’avantage d’une implantation territoriale de proximité. La justification apportée toutefois à leur remplacement par le CNIS tient à la nécessité de mieux structurer l’offre et d’assurer un traitement plus équitable sur l’ensemble du territoire.

Votre rapporteure pour avis consacrera les développements ci-dessous à l’action concernant le secteur du travail protégé (n° 2) ainsi qu’à celles relatives aux ressources d’existence des personnes handicapées (n° 3) et aux personnes âgées (n° 5). Les crédits dévolus aux MDPH (action n° 1) seront étudiés dans la deuxième partie du présent avis.

A. LE SOUTIEN APPORTÉ AU FONCTIONNEMENT ET À LA MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES D’AIDE PAR LE TRAVAIL (ESAT)

L’action n° 2 relative à l’incitation à l’activité professionnelle regroupe les crédits d’intervention destinés au financement des établissements et services d’aide par le travail (ESAT) et de l’aide au poste qui leur est versée au titre de la rémunération garantie des travailleurs handicapés.

Les établissements et services d’aide par le travail sont des établissements médico-sociaux qui accueillent, sur orientation de la commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH), quelle que soit la nature de leur handicap et à partir de l’âge de 20 ans, des adultes handicapés ayant une capacité de travail altérée et qui ne peuvent donc exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire. L’objet de ces établissements est de permettre aux personnes handicapées d’être acteurs du monde économique, mais aussi de devenir plus autonomes dans leur vie sociale. Ils leur offrent diverses possibilités d’activités à

(1) Fédération générale des pupilles de l’enseignement public (FGPEP).

caractère professionnel ainsi qu'un soutien médico-social et un accompagnement individualisé. L'encadrement est assuré par une équipe pluridisciplinaire.

Chaque ESAT est financé au moyen d'une dotation globale de fonctionnement (DGF) validée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) et versée à l'établissement par douzième par l'Agence de services et de paiement (ASP).

En progression de 1 % par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2013, les crédits de l'action n° 2 en 2014 atteignent 2,7 milliards d'euros. Cette somme comprend d'abord une dotation globale de fonctionnement de 1,45 milliard d'euros ayant pour objet de financer les 119 211 places autorisées dans les ESAT, en prenant en compte une revalorisation annuelle de la masse salariale des établissements de + 1 %. Dans ce cadre, le coût moyen d'une place s'élèverait à 12 152 euros l'année prochaine.

Le nombre de places autorisées dans les ESAT reste inchangé, le moratoire décidé concernant 2013 étant reconduit pour le prochain exercice. En effet, compte tenu de l'état d'avancement des créations de places dans le cadre du plan pluriannuel annoncé lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008 (6 400 places financées sur les 10 000 prévues), le Gouvernement a choisi de poursuivre en 2014 la consolidation du financement des places d'ores et déjà existantes. Si l'on peut comprendre la priorité donnée à la consolidation du financement, d'une part, et le poids des contraintes budgétaires, d'autre part, il reste qu'un tel moratoire ne saurait se prolonger trop longtemps sous peine de placer certaines associations gestionnaires d'ESAT devant de sérieuses difficultés d'organisation et de développement, s'agissant en particulier de projets ayant reçu un commencement d'exécution. Votre rapporteure pour avis a ici à l'esprit un certain nombre de cas concrets qui lui ont été signalés.

Les crédits de l'action n° 2 intègrent également une enveloppe d'1,25 milliard d'euros destinée à financer l'aide au poste versée aux ESAT au titre de la garantie de ressources des travailleurs handicapés (GRTH). La GRTH permet la compensation d'une partie des charges supportées par les ESAT au titre de la rémunération, des cotisations sociales afférentes, du financement de la formation professionnelle continue et de la prévoyance pour les travailleurs handicapés admis dans ces établissements et services. Les crédits pour l'année 2014 correspondent au financement de la compensation servie pour la rémunération de l'ensemble des travailleurs handicapés orientés et accompagnés dans les 119 211 places autorisées. Ils tiennent compte des effets de la hausse des cotisations vieillesse (+ 0,5 %) et de la revalorisation du SMIC.

Figure également parmi ces crédits un montant de 3,5 millions d'euros destiné aux opérations d'investissement des ESAT. Ces établissements et services ont en effet un besoin fort de modernisation, parfois de mise aux normes et, plus généralement, d'innovation et d'adaptation aux évolutions de l'activité économique, auquel il leur est souvent difficile de répondre faute de fonds

propres. Votre rapporteure pour avis avait consacré son avis budgétaire de l'année dernière à ce sujet. Elle tient à saluer la poursuite du plan d'aide à l'investissement dans le présent projet loi de finances. Les crédits prévus, en augmentation par rapport aux trois exercices antérieurs ⁽¹⁾, soutiendront notamment l'acquisition d'équipements dans une optique d'amélioration de l'outil productif.

B. LA GARANTIE DES RESSOURCES D'EXISTENCE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Représentant plus de 75 % des crédits du programme « Handicap et dépendance », l'action n° 3 consacrée aux « ressources d'existence » a pour objet de garantir aux personnes handicapées un niveau minimum de ressources. Pour l'exercice 2014, les crédits demandés à ce titre s'élèvent à 8,65 milliards d'euros, soit une hausse de 2,9 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2013.

1. L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

L'immense majorité (97 %) des crédits de l'action n° 3 est destinée à financer l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Celle-ci, ayant un caractère différentiel, est destinée à assurer un revenu minimum de subsistance ⁽²⁾ à la personne handicapée souffrant d'une incapacité permanente, reconnue et qui obère ou limite fortement sa capacité à occuper un emploi et à en tirer des revenus. L'AAH constitue une prestation subsidiaire par rapport à d'autres prestations telles qu'une pension d'invalidité, une rente d'accident du travail ou un avantage vieillesse, lesquelles doivent en conséquence être sollicitées en priorité.

Les conditions d'octroi de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Régie par les articles L. 821-1 et suivants du code de la sécurité sociale, l'allocation aux adultes handicapés est attribuée sous réserve de satisfaire à des conditions d'âge (être âgé de plus de 20 ans ou, si le demandeur n'est plus à la charge de ses parents pour le bénéfice des prestations familiales, à partir de 16 ans), de résidence et de ressources ⁽³⁾, et seulement à partir d'un certain taux d'incapacité. Ainsi, pour pouvoir y prétendre, le demandeur doit être atteint d'un taux d'incapacité permanente :

- d'au moins 80 % ;
- ou compris entre 50 % et 79 % et pâtir, du fait de son handicap, d'« *une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi* » (article L. 821-2 du même code).

Ce taux d'incapacité est apprécié par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sur la base d'un guide-barème.

Financée par l'État, l'allocation est « *servie comme une prestation familiale* » (article L. 821-5). Elle est donc versée par les caisses d'allocations familiales ou les caisses de mutualité sociale agricole.

(1) 1 million d'euros en 2011, 1 million d'euros en 2012 et 2,5 millions d'euros en 2013.

(2) Le montant mensuel de la prestation à taux plein est actuellement de 790,18 euros.

(3) L'allocation aux adultes handicapés peut se cumuler avec les ressources personnelles (incluant les revenus d'activité) du demandeur et, s'il y a lieu, avec celles de son conjoint, concubin ou partenaire de pacte civil de solidarité dans la limite d'un certain plafond. Le plafond annuel de 9 482,16 euros (au 1^{er} septembre 2013) est doublé pour un couple et majoré de 50 % par enfant à charge.

Deux compléments sont prévus par la loi pour les personnes les plus lourdement handicapées et qui, dépourvues de revenu d'activité professionnelle, vivent dans un logement indépendant. Il s'agit, d'une part, du complément de ressources pour les personnes handicapées (CPR)⁽¹⁾ et, d'autre part, de la majoration pour la vie autonome (MVA)⁽²⁾.

Le montant de la dotation pour le financement de l'AAH en 2014 s'élève à 8,4 milliards d'euros. Il prend en compte tout d'abord l'évolution du nombre de bénéficiaires. Celui-ci connaît en effet une nette tendance à la hausse depuis plusieurs années, comme le montre le tableau ci-dessous :

**ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AAH ET DES CRÉDITS
CORRESPONDANTS**

Année	Nombre de bénéficiaires (au 31/12)	Montant moyen de l'allocation	Crédits inscrits en LFI (en M €)	Dépenses effectives (en M €)	Crédits inscrits en LFR et redéploiement (en M€)	Soldes (crédits inscrits - dépenses effectives)
2007	814 389	565,54	5 304,01	5 526,82	68,81	-154,00
2008	832 796	565,37	5 410,00	5 650,08	236,53	-3,55
2009	862 157	594,40	5 811,90	6 149,57	335,60	-2,07
2010	892 130	617,34	6 234,20	6 608,93	398,16	23,43
2011	956 589	622,87	6 938,20	7 150,00	152,82	-58,98
2012	996 663	666,00	7 515,20	7 806,17	290,97	76,20
2013	1 012 900 (prévision)	670	8 155			
2014	1 028 200 (prévision)	680	8 400			

Source : Ministère des affaires sociales et de la santé.

L'accroissement du nombre d'allocataires depuis 2008 est donc significatif. Les explications en sont multiples. Elles tiennent à la revalorisation du montant de l'allocation ainsi qu'au vieillissement des premières générations du « baby-boom ». On constate cependant un ralentissement de cette progression depuis les derniers mois de l'année 2012, du fait notamment de la démarche engagée l'année précédente par l'État, en liaison avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), tendant à harmoniser les pratiques locales d'attribution, en particulier concernant les personnes entrant dans le champ de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale (c'est-à-dire présentant un taux d'incapacité permanente inférieur à 80 % et supérieur à 50 % et souffrant d'une « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi »). Cette harmonisation est passée par des efforts de formation, par la diffusion d'outils, par

(1) Le CPR est destiné aux allocataires dont la capacité de travail est inférieure à 5 %.

(2) La MVA est attribuée aux personnes qui perçoivent des aides au logement et ne bénéficient pas de revenu d'activité à caractère professionnel propre.

le développement d'une doctrine commune s'agissant du critère de restriction pour l'accès à l'emploi, etc. Le montant de la dotation pour le prochain exercice a été établi en prenant en compte à la fois un « effet volume », souligné plus haut, et un « effet prix ». S'agissant du premier, la progression du nombre de bénéficiaires retenue pour 2014 est de 0,2 % pour les bénéficiaires au titre de l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale (taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 80 %) et de 3,5 % pour les bénéficiaires au titre de l'article L. 821-2 (taux d'incapacité permanente compris entre 50 % et 79 % et restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi). L'« effet prix » est lié, quant à lui, aux conséquences de la revalorisation annuelle au 1^{er} septembre 2013 (1,75 %) ainsi que de celle prévue en 2014.

On notera que le Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique (CIMAP) a retenu une évaluation de la politique publique de pilotage de l'AAH. Elle devrait déboucher, avant la fin de l'année en cours, sur l'élaboration d'un plan d'actions destiné à renforcer le pilotage partenarial de la prestation. Deux jalons ont d'ores et déjà été posés à cet égard. Tout d'abord, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a lancé à la fin de l'année 2011, en direction des services déconcentrés chargés de la cohésion sociale, une démarche d'amélioration du pilotage de l'AAH. Ensuite, une expérimentation relative à l'employabilité des demandeurs de l'AAH a été conduite dans dix MDPH et a fait l'objet d'une évaluation remise en juillet 2013. La Direction générale de la cohésion sociale a fait savoir que l'année 2014 verrait notamment la poursuite de la démarche de formation et d'accompagnement des services déconcentrés, représentant l'État en commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, ainsi que la réalisation d'un effort particulier portant sur la réduction des disparités territoriales.

2. L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)

Une dotation de 247,5 millions d'euros est inscrite en 2014 pour financer le versement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

Prévue aux articles L. 815-24 et suivants du code de la sécurité sociale, l'ASI vient en complément des ressources des bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'un avantage vieillesse (pensions de réversion, de retraite anticipée, de veuvage ou de retraite pour pénibilité). Le droit à l'ASI s'éteint lorsque son bénéficiaire atteint l'âge légal de départ à la retraite. L'intéressé peut alors percevoir l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Pour bénéficier de cette allocation, le demandeur doit résider régulièrement en France et être atteint d'une invalidité générale réduisant sa capacité de travail ou de gain des deux tiers. Le montant de l'allocation peut atteindre 4 816,28 euros par an pour une personne seule et 7 947,60 euros par an pour un couple marié. Elle est servie sous conditions de ressources, les plafonds étant fixés à 8 373,81 euros par an pour une personne seule et 14 667,32 euros par an pour un couple marié. Les bénéficiaires de l'ASI peuvent, à certaines

conditions, percevoir une AAH différentielle ainsi que, depuis 2007, les compléments de l'AAH que sont le complément de ressources (CPR) et la majoration pour la vie autonome (MVA).

L'évaluation des dépenses d'ASI prévue pour 2014 repose, d'une part, sur la revalorisation de l'allocation selon l'hypothèse d'inflation retenue lors du débat d'orientation des finances publiques de juin 2013 et, d'autre part, sur l'évolution prévisionnelle du nombre de bénéficiaires. On constate en effet depuis plusieurs années une baisse du nombre de bénéficiaires. En moyenne annuelle, cette réduction s'est établie à - 4,7 % en 2010, - 4,5 % en 2011 et - 2,9 % en 2012 ⁽¹⁾. Elle devrait être de - 3 % au cours du prochain exercice. Cette diminution trouve son origine surtout dans l'amélioration relative des ressources des pensionnés d'invalidité. L'augmentation de leurs ressources étant globalement plus rapide que l'évolution de l'inflation sur laquelle est indexé le plafond de ressources de l'ASI, les dépenses engagées au titre de ce dispositif sont naturellement orientées à la baisse.

C. LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE ENVERS LES ADULTES HANDICAPÉS ET LES PERSONNES ÂGÉES

L'action n° 5 regroupe des dépenses d'intervention d'un montant global de 2,26 millions d'euros pour l'année 2014.

Ces crédits sont destinés pour l'essentiel à financer le développement de la politique de bientraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées. Les crédits s'élèvent à ce titre à 1,9 million d'euros pour le prochain exercice, soit une hausse significative (+ 18,75 %) par rapport à 2013. Ils permettront d'améliorer le repérage des risques et le signalement des faits de maltraitance envers les personnes vieillissantes et les adultes handicapés, en particulier dans le cadre du dispositif national d'écoute téléphonique. Ce dispositif est constitué d'une plate-forme nationale d'accueil téléphonique, gérée par l'association HABEO (« Handicap Âge Bientraitance Écoute Orientation »). À partir d'un numéro national unique (le « 3977 »), les personnes victimes ou témoins de maltraitance peuvent s'adresser à une équipe d'écouteurs professionnels pour une information, un conseil, une orientation ou un accompagnement personnalisé. Les situations signalées font l'objet d'un traitement en liaison avec les acteurs locaux. La plateforme nationale s'articule avec un réseau constitué d'antennes départementales dont la quasi-totalité est gérée par des associations adhérant à la Fédération ALMA France (« Allô maltraitance des personnes âgées et/ou handicapées ») ⁽²⁾.

La politique de bientraitance s'appuie sur la mobilisation des Agences régionales de santé (ARS) et des Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), au sein desquelles sont désignés des

(1) Au 31 décembre 2012, les allocataires étaient au nombre d'environ 75 600.

(2) Un rapprochement des deux associations HABEO et ALMA France a été engagé aux fins d'améliorer la cohérence et l'efficacité du dispositif national. Une confédération a été créée dans cet esprit en juin 2013.

« correspondants maltraitance ». Le développement des inspections et contrôles dans les établissements sociaux et médico-sociaux et la réalisation d'outils méthodologiques de gestion des risques en constituent des axes majeurs.

Cette politique entend promouvoir une culture de la bientraitance dans les établissements accueillant des personnes handicapées ou âgées, en particulier grâce à l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM). Celle-ci mesure les progrès effectués au moyen d'une enquête réalisée auprès des établissements, reposant sur un questionnaire d'auto-évaluation ⁽¹⁾.

Outre la bientraitance, les crédits de l'action n° 5 ont pour objet de financer, à hauteur de 460 000 euros (soit un montant identique à celui des deux exercices précédents), une dizaine d'associations « têtes de réseau ». On peut citer parmi celles-ci la Fondation nationale de gérontologie dont l'activité consiste à étudier les causes et les conséquences du vieillissement et à promouvoir la prévention de celui-ci.

S'agissant précisément de la prévention du vieillissement, on peut rappeler ici que, face aux changements démographiques de la population française, le Gouvernement entend présenter un projet de loi relatif à l'autonomie portant sur l'anticipation du vieillissement, l'adaptation de la société et l'accompagnement de la perte d'autonomie. En 2035, un tiers des Français auront plus de 60 ans. L'avancement en âge de la population française, résultant des grands progrès médicaux accomplis au cours des dernières décennies, pose un certain nombre de défis aux pouvoirs publics, qui doivent en outre répondre aux difficultés spécifiques que rencontrent les personnes handicapées vieillissantes. Dans l'élaboration de son projet de loi, le Gouvernement peut s'appuyer sur un certain nombre de rapports particulièrement éclairants remis ces derniers mois ⁽²⁾.

(1) Le dispositif mis en place pour les établissements l'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été étendu en 2012 (en alternance tous les deux ans) à certains établissements hébergeant des adultes handicapés (Maisons d'accueil spécialisées et Foyers d'accueil médicalisés).

(2) Cf. les trois rapports remis à M. Jean-Marc Ayrault, Premier ministre, le 11 mars 2013, par le Docteur Jean-Pierre Aquino, M. Luc Broussy et Mme la Députée Martine Pinville.

II. LE PROJET DE VIE, PRINCIPE AU CŒUR DE L'ACTION DES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)

Le programme budgétaire « Handicap et dépendance » a pour ambition de répondre aux besoins d'aide à l'autonomie liés au handicap. Son action n° 1, intitulée « évaluation et orientation personnalisée des personnes handicapées », poursuit plus particulièrement ce but par le biais du soutien au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), créées par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Le dispositif issu de cette loi vise à assurer la mise en œuvre du principe du droit à compensation, qui exige de la solidarité nationale d'apporter aux besoins de la personne en situation de handicap des réponses individualisées, « *quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie* » (article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles).

A. LES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES : UNE INSTITUTION ORIGINALE FINANCÉE DE MANIÈRE SUBSTANTIELLE PAR L'ÉTAT

S'efforçant d'assurer la prise en compte des spécificités du parcours de vie de chaque personne en situation de handicap, le programme n° 157 finance la participation de l'État au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). L'État est en effet, après les conseils généraux (39 %) et avant la CNSA (21 %) ⁽¹⁾, le deuxième contributeur (35 % des financements). Les MDPH, dont on va fêter le huitième anniversaire, ont eu pour ambition de mettre fin au « *parcours du combattant* » ⁽²⁾ des personnes handicapées et de leurs familles et de leur offrir un guichet unique pour l'accomplissement d'une grande partie de leurs démarches.

1. Un cadre législatif et réglementaire en évolution

a. Une institution issue de la loi du 11 février 2005

Aboutissement de trois années de réflexions partagées entre le Parlement, les associations et les gouvernements successifs, la loi du 11 février 2005 a profondément modifié la politique en faveur des personnes handicapées. Cette loi,

(1) Les articles L. 14-10-5 et L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles prévoient le versement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'un concours relatif à l'installation et au fonctionnement des MDPH, conformément à une convention entre la CNSA et le département concerné, visant à définir des objectifs de qualité de service pour la MDPH et à dresser le bilan de la réalisation des objectifs antérieurs. Ce concours est financé par une fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie. En 2012 et en 2013, le concours de la CNSA pour le fonctionnement des MDPH a été maintenu à hauteur de 60 millions d'euros chaque année.

(2) Mme Marie-Thérèse Boisseau, secrétaire d'État aux Personnes handicapées, séance du Sénat du 1^{er} mars 2004.

en créant les MDPH ⁽¹⁾, a donné le jour à une pièce désormais centrale pour la conduite de la politique du handicap.

Chaque maison départementale est chargée d'accueillir les personnes handicapées, de les informer et d'organiser l'instruction des demandes de prestations et d'orientation, l'évaluation des besoins des personnes et le fonctionnement de l'instance de décision qu'est la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Les MDPH ont été créées en réunissant les compétences des anciennes commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et commissions départementales d'éducation spéciale (CDES), et celles des anciens sites pour la vie autonome.

Les sites pour la vie autonome

La création des sites pour la vie autonome (SVA) constituait une première tentative pour placer la personne handicapée devant un « guichet unique » susceptible de l'orienter dans l'ensemble de ses démarches liées à l'aide extralégale. Ils avaient été créés à titre expérimental en 1997 dans quatre départements. Leur généralisation avant la fin 2003 avait été décidée en 2000. La finalité poursuivie était de constituer progressivement un dispositif national de compensation fonctionnelle pour les personnes handicapées, facilitant ainsi leur accès aux aides techniques et aux adaptations du logement, et par conséquent leur autonomie et leur maintien à domicile.

Les MDPH ont été constituées sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP), placé sous la tutelle administrative et financière des départements. Ce GIP associe l'État, le conseil général, les organismes de protection sociale (caisses d'allocations familiales, caisses d'assurance maladie) et les représentants des associations de personnes handicapées.

Dans le prolongement du rapport de la commission des affaires sociales du Sénat ⁽²⁾ qui a dressé, après trois ans d'exercice, un bilan de l'activité des MDPH, la loi n° 2011-901 du 28 juillet 2011 ⁽³⁾ s'est efforcée de simplifier la gestion des MDPH et de faciliter l'accès aux droits des personnes handicapées.

Confirmant le statut de GIP des maisons départementales, la loi du 28 juillet 2011 a conféré à celui-ci une durée indéterminée ⁽⁴⁾. Elle a par ailleurs apporté des améliorations en termes de gestion du personnel. De nouvelles règles ont ainsi encadré les mises à disposition d'agents de la fonction publique d'État

(1) Les MDPH ont vu juridiquement le jour le 1^{er} janvier 2006 et ont été peu à peu mises en place au cours de l'année 2006.

(2) Rapport d'information (n° 485) du Sénat du 24 juin 2009, fait au nom de la commission des affaires sociales, sur le bilan des maisons départementales des personnes handicapées, par M. Paul Blanc et Mme Annie Jarraud-Vergnolle, sénateurs.

(3) Loi n° 2011-901 du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des MDPH et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap, dite « loi Paul Blanc ».

(4) Cf. article L. 146-4 alinéa 1 du code de l'action sociale et des familles : « La maison départementale des personnes handicapées est un groupement d'intérêt public constitué pour une durée indéterminée, dont le département assure la tutelle administrative et financière. »

(mise à disposition de cinq ans renouvelable et préavis de six mois). Les contractuels de droit public ont pu être recrutés en contrat à durée indéterminée (CDI). Aux termes de l'article L. 146-4-3 du code de l'action sociale et des familles, issu de cette même loi, le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) est désormais l'organisme compétent pour la formation du personnel des MDPH, quel que soit son statut. Les formations à destination de ce personnel sont définies en partenariat avec la CNSA.

En outre, la loi du 28 juillet 2011 a prévu des mesures de simplification des démarches en matière de compétence territoriale⁽¹⁾. La MDPH compétente pour évaluer les demandes et attribuer les prestations est désormais celle du département constituant le domicile de secours du demandeur. Lorsqu'il y a disjonction entre le lieu de résidence et le domicile de secours, notamment pour les personnes hébergées en établissement, la MDPH du domicile de secours peut, par convention, déléguer l'évaluation à celle du lieu de résidence⁽²⁾.

Il a été envisagé un moment, pour des raisons d'efficacité dans la gestion du dispositif, d'en confier la responsabilité aux seuls départements, toutefois, eu égard aux réticences des associations de personnes handicapées mais aussi aux difficultés juridiques et financières posées par une éventuelle décentralisation des MDPH, le Gouvernement a opté au final pour le maintien de leur statut actuel.

b. Des instances internes chargées de l'évaluation et de la prise de décision

Au sein de chaque MDPH existe une « équipe pluridisciplinaire », chargée d'évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée. Cette équipe réunit, aux termes de l'article R. 146-27 du code de l'action sociale et des familles, « *des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle* ». Le même article précise que « *les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont nommés par le directeur de la maison départementale, qui désigne en son sein un coordonnateur chargé d'assurer son organisation et son fonctionnement* ». L'article L. 146-8 précise de son côté que « *la composition de l'équipe pluridisciplinaire peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente* ». En outre, le directeur peut, sur proposition du coordonnateur, mobiliser des compétences complémentaires à celles disponibles au sein de la MDPH, en faisant appel à des consultants externes.

En pratique, les rapports d'activité des MDPH font ressortir la multiplicité des équipes pluridisciplinaires et la diversité de leur composition en termes de

(1) Cf. article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Une précision a également été apportée pour la compétence territoriale pour les Français de l'étranger (ils doivent déposer leur demande auprès de la MDPH qui leur a antérieurement attribué des droits ou ils peuvent s'adresser à la MDPH de leur choix en cas de première demande).

professions représentées. À titre d'exemple, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de la Nièvre, auditionnée par votre rapporteure pour avis, est composée d'assistantes sociales, d'un ergothérapeute, de conseillers évaluation orientation, de médecins généralistes, d'un psychologue, d'un psychiatre, d'un pédopsychiatre, etc.

Cette multiplicité est principalement guidée par le souci de prendre en compte la thématique dominante du dossier ou la spécificité du handicap, qu'il s'agisse de jeune enfant (médecins de la Protection maternelle et infantile), de scolarisation, d'orientation en établissement, d'emploi (représentants de Cap Emploi et de Pôle emploi), de maintien à domicile ou encore de handicap psychique. On constate également un fort développement d'équipes dédiées à la prise en compte des jeunes handicapés de 16 à 25 ans.

Outre une équipe pluridisciplinaire, on trouve, au sein de chaque MDPH, une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), à laquelle siègent des associations représentatives. Cette commission est appelée à se prononcer ⁽¹⁾ sur l'orientation et les mesures d'intégration scolaire, professionnelle et sociale, la désignation des établissements ou services en mesure d'accueillir la personne, l'octroi de la prestation de compensation du handicap (PCH), de l'AAH, de l'allocation d'éducation enfant handicapé (AEEH), de la carte d'invalidité ou de la carte de priorité pour personnes handicapées et de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Cette qualité est, depuis 2009, examinée systématiquement à l'occasion de la première demande ou d'une demande de renouvellement de l'AAH. La CDAPH dispose d'un délai de quatre mois pour prendre sa décision.

c. Des moyens humains importants

Les MDPH bénéficient aujourd'hui d'effectifs relativement importants et qui, d'après les données figurant dans leurs rapports d'activité 2011, tendent à augmenter. En 2011, 5 378 équivalents temps plein (ETP) étaient comptabilisés dans les MDPH, soit un accroissement d'un peu plus de 7 % par rapport à 2010. Une maison départementale compte en moyenne 54 ETP. La médiane est de 44 ETP : la moitié des MDPH ont moins de 44 ETP dans leurs équipes. Seules 15 MDPH enregistrent plus de 80 ETP, sans dépasser 188 ETP.

Les effectifs des MDPH se caractérisent par une diversité d'employeurs. Ils peuvent en effet comprendre :

- des personnels mis à disposition par les membres du GIP ;
- des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'État, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en position de détachement ;

(1) Les compétences de la CDAPH sont énumérées à l'article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles.

– des agents contractuels de droit public recrutés par le GIP pour une durée déterminée ou indéterminée et soumis aux dispositions applicables aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale ;

– des agents contractuels de droit privé recrutés par le GIP.

En moyenne, les conseils généraux sont employeurs de 49 % des ETP et l'État de 19 % d'entre eux. 29 % des ETP sont employés directement par les MDPH.

L'article L. 146-4-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de la loi du 28 juillet 2011, précise que l'ensemble du personnel, quel que soit son statut, est placé sous l'autorité du directeur de la MDPH et se trouve soumis aux règles d'organisation et de fonctionnement de celle-ci.

2. Des crédits d'État significatifs

a. L'évolution de la dotation relative aux MDPH

Les crédits de l'action n° 1 « évaluation et orientation personnalisée des personnes handicapées » s'élèvent pour l'exercice 2014 à 64,378 millions d'euros, contre 63,275 millions d'euros ouverts dans le cadre de l'exercice précédent. Ils représentent, à champ constant, une augmentation de 2,51 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2013. Votre rapporteure pour avis salue l'effort financier ainsi réalisé dans le cadre du projet de loi de finances pour 2014. Ce montant, qui se justifie par l'importance des missions de ces instances, est de nature à répondre aux attentes fortes de la part tant des usagers que des professionnels.

On notera que le soutien apporté par l'État aux MDPH prend aussi la forme, conformément aux conventions constitutives des GIP, d'une mise à disposition d'agents ou, à défaut, d'une compensation financière des postes vacants par des crédits portés par les programmes n° 124 (« Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »), n° 155 (« Conception, gestion et évaluation des politiques de l'emploi et du travail ») et n° 157 (« Handicap et dépendance »). Depuis 2011, afin de garantir aux GIP des MDPH une lisibilité sur la globalité des contributions de l'État, il a été procédé à un regroupement des crédits destinés à financer la compensation des postes vacants au titre des secteurs solidarité et travail. Ainsi, les crédits antérieurement versés par les trois programmes précités sont maintenant délégués par le seul programme n° 157. La dotation de 2014 pour les MDPH inclut donc des transferts en provenance du programme n° 155 de 0,3 million d'euros et du programme n° 124 de 1,27 million d'euros.

Il convient également de signaler, au titre du soutien financier consacré aux MDPH malgré un contexte budgétaire contraint, que celles-ci ont été jusqu'à présent exonérées de l'effort demandé aux ministères sociaux au titre du non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux au sein des services de l'État.

Il en est de même s'agissant de la réduction de 5 % des dépenses de fonctionnement courant.

L'évolution des crédits versés pour le fonctionnement des MDPH depuis 2005 par l'État est retracée dans le tableau ci-dessous.

RÉCAPITULATIF DES CRÉDITS VERSÉS POUR LE FONCTIONNEMENT DES MDPH DEPUIS 2005 PAR L'ÉTAT (PROGRAMMES 124, 157 ET 155) ET LA CNSA

Année		Montants délégués (par programme)			Total des montants délégués	CNSA
		P. 157	P. 124	P. 155		
Total 2005	Crédits de préfiguration	50			50	0
2006	Fonctionnement*	13,8	3,1	2,6	19,6	20
	Crédits exceptionnels (fonctionnement)	21,8			21,8	
	Postes vacants**	6,2		0,08	6,2	
Total 2006		41,8	3,1	2,7	47,6	20
2007	Fonctionnement*	13,8	3,1	7,0	24,0	50
	Crédits exceptionnels (fonctionnement)	0,3			0,3	
	Postes vacants**	8,0	8,4	0,4	16,8	
Total 2007		22,1	11,6	7,4	41,0	50
2008	Fonctionnement*	13,9	3,1	8,6	25,6	45
	Postes vacants	0,2	10,6	0,8	11,6	
Total 2008		14,1	13,7	9,4	37,2	45
2009	Fonctionnement*	13,9	3,1	9,0	26,0	60
	Postes vacants	0,2	9,5	7,3	17,0	
Total 2009		14,0	12,6	16,4	43,0	60
2010	Fonctionnement*	13,9	3,1	9,6	26,6	60
	Postes vacants	8,6	8,3	9,5	26,4	
Total 2010		22,5	11,4	19,1	53,0	60
2011	Crédits exceptionnels pour le solde des dettes 2006-2010	24,4			24,4	
	Fonctionnement*	27,0			27,0	60
	Postes vacants	33,3			33,3	
Total 2011		84,73			84,73	60
2012	Fonctionnement*	27,0			27,0	60
	Postes vacants	35,1			35,1	
Total 2012		62,1	0,0	0,0	62,1	60
2013	Fonctionnement*	27,0			27,0	60
	Postes vacants***	22,5			22,5	
Total 2013		49,5	0,0	0,0	49,5	60
Total 2005-2013		360,83	52,4	54,9	360,83	415,0

* Concernant les frais de fonctionnement, les montants dus au titre du secteur travail et les montants versés par le programme n° 155 comprennent le financement des vacances médicales. Pour le secteur solidarité, les montants dus pour le financement des postes médicaux sont pris en compte au titre des postes vacants.

** Les montants versés par le programme n° 157 intègrent, en 2006 et 2007, les crédits exceptionnels versés pour la compensation des postes.

*** Il s'agit de données provisoires. Les montants dus ont été estimés sur la base de la situation des effectifs en 2012. Ils seront mis à jour au vu des résultats de l'enquête actualisant les effectifs, réalisée en août 2013.

b. L'objet des crédits sollicités pour le prochain exercice

Les crédits pour 2014 couvrent, en premier lieu, la contribution de l'État au fonctionnement général des MDPH, notamment au titre de la reconduction du montant forfaitaire annuel correspondant au montant antérieurement alloué pour le fonctionnement des sites pour la vie autonome. Ils visent plus particulièrement à soutenir l'évaluation des besoins liés au projet de vie et le suivi de l'effectivité du plan personnalisé de compensation.

Ces crédits sont destinés, en second lieu, à compenser financièrement les vacances d'emplois au titre des personnels initialement mis à disposition par l'État et qui, soit sont partis en retraite, soit ont réintégré leur administration d'origine ou ont été mutés sans être remplacés par des personnels de même statut. Ainsi, pour donner un ordre de grandeur, on soulignera que, à la fin de l'année 2012 ⁽¹⁾, 619 postes avaient été compensés pour le secteur solidarité (403 correspondant à des départs en retraite ou à des mutations et 216 à des retours dans l'administration d'origine) et 338 pour le secteur travail (66 pour départ en retraite ou mutation et 272 pour retour dans l'administration d'origine). Les crédits pour 2014 pourront être abondés par transfert en cours de gestion pour tenir compte des départs éventuels constatés en cours d'exercice.

B. LE PROJET DE VIE, UNE NOTION ESSENTIELLE CONFRONTÉE À DES DÉFIS NOUVEAUX

L'un des principes majeurs qui ont présidé à l'élaboration de la loi du 11 février 2005 réside dans l'adoption d'une approche non pas globale, mais individualisée, du handicap. Il ne s'agit plus de partir de réponses toutes faites, mais de la situation de la personne elle-même, correctement appréhendée. La participation financière de l'État au fonctionnement des MDPH a en particulier pour objet de les encourager à être fidèles à cette approche centrée sur la personne. Cette individualisation se heurte toutefois à un certain nombre d'obstacles.

1. Une approche individualisée du handicap

a. L'élaboration d'un projet de vie

L'approche individualisée du handicap exige que le processus d'évaluation intègre les capacités des personnes, leur environnement et leurs aspirations. C'est pourquoi la notion de « projet de vie » est au cœur du dispositif issu de la loi du 11 février 2005. Commentant le but ainsi poursuivi, M. Patrick Gohet, ancien délégué interministériel aux personnes handicapées ⁽²⁾, a pu écrire : « *Si le handicap est un obstacle à l'accomplissement total ou partiel des actes essentiels de la vie, il constitue également souvent une entrave à l'accomplissement de ses aspirations personnelles. S'il est donc nécessaire*

(1) Pour l'année 2013, l'enquête relative à l'actualisation de la situation des effectifs mis à disposition dans les MDPH par l'État est cours de traitement.

(2) Et ancien président du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) de 2009 à 2012.

d'évaluer avec objectivité les incapacités de la personne, il est tout aussi essentiel de connaître ses attentes et ses désirs et d'analyser sa situation. »⁽¹⁾

L'article 11 de la loi du 11 février 2005, devenu l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles, inaugure un nouveau mode de mise en œuvre du droit à la compensation. Il dispose en effet que *« les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis »*.

Ce projet de vie peut toucher à tous les domaines où une compensation, entendue au sens large, est nécessaire, *« qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté, ou encore en matière d'accès aux procédures et aux institutions spécifiques au handicap (...) »* (article L. 114-1-1 alinéa 2).

La possibilité d'élaborer un projet de vie s'est révélée tout particulièrement utile pour certains types de handicaps jusqu'alors insuffisamment pris en compte. Comme l'ont relevé les sénatrices Claire-Lise Champion et Isabelle Debré dans leur rapport du 4 juillet 2012 sur l'application de la loi du 11 février 2005⁽²⁾, *« l'importance donnée à la personnalisation des besoins et des réponses ainsi qu'à l'approche pluridisciplinaire est particulièrement pertinente pour les populations souffrant de handicaps à faible prévalence, parfois incompris voire inconnus, ou lorsque les personnes concernées par des handicaps complexes n'ont pas la possibilité de communiquer ni de s'exprimer »*.

Compte tenu de l'importance de cette étape, la personne handicapée peut être accompagnée dans l'expression de son projet de vie non seulement par ses proches, mais également par la MDPH elle-même. L'article R. 146-28 précise en effet que *« la maison départementale des personnes handicapées apporte son aide, sur leur demande, à la personne handicapée ou à son représentant légal, pour la confection du projet de vie »*.

(1) Bilan de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 et de la mise en place des Maisons départementales des personnes handicapées, Rapport remis à M. Xavier Bertrand, Ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité et à Mme Valérie Létard, Secrétaire d'État en charge de la solidarité, DIPH, août 2007, p. 52.

(2) Rapport d'information n° 635 (« Loi Handicap : des avancées réelles, une application encore insuffisante »), fait, au nom de la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois, sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, par Mmes Claire-Lise Champion et Isabelle Debré, sénatrices, enregistré à la Présidence du Sénat le 4 juillet 2012, p. 30.

Il convient de noter que le projet de vie a un caractère essentiellement évolutif. Comme l'explique le Guide pratique MDPH rédigé conjointement par la CNSA et la DGCS : « *La personne handicapée peut formuler à tout moment son projet de vie, celui-ci ne doit pas être nécessairement lié à une demande. Les aspirations et les besoins pouvant changer, la MDPH doit avoir une perception dynamique de ce document. Il est nécessaire d'insister sur le fait que le projet de vie peut être adapté au cours du temps, qu'il ne « fige » pas une fois pour toute l'expression des attentes.* »⁽¹⁾

b. L'évaluation des besoins de la personne handicapée

C'est sur la base de ce projet de vie que l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH est appelée à évaluer les besoins de compensation de la personne en situation de handicap⁽²⁾. Dans cette mission d'évaluation, l'équipe pluridisciplinaire, aux termes de l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles, « *entend, soit sur sa propre initiative, soit lorsqu'ils en font la demande, la personne handicapée, ses parents lorsqu'elle est mineure, ou son représentant légal* », étant précisé que « *dès lors qu'il est capable de discernement, l'enfant handicapé lui-même est entendu par l'équipe pluridisciplinaire* ». Le même article ajoute que « *l'équipe pluridisciplinaire se rend sur le lieu de vie de la personne soit sur sa propre initiative, soit à la demande de la personne handicapée* »

c. La construction d'un plan personnalisé de compensation

C'est également sur le fondement du projet de vie, et une fois l'évaluation des besoins effectuée, que l'équipe pluridisciplinaire, en vertu de l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles, « *propose un plan personnalisé de compensation du handicap* » (PPC).

L'article R. 146-29 précise que ce plan « *est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire au terme d'un dialogue avec la personne handicapée relatif à son projet de vie* ». Ce plan « *comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou prestations mentionnées à l'article L. 241-6*⁽³⁾, 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 ». Il peut éventuellement comporter un volet consacré au projet personnalisé de scolarisation, à la formation professionnelle ou à l'emploi.

Le plan de compensation doit être 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. Celles-ci sont transmises à la CDAPH.

(1) Guide pratique MDPH Fiche n° 2 – II – 2, *Projet de vie*, CNSA – DGCS, version 1, janvier 2012, p. 1.

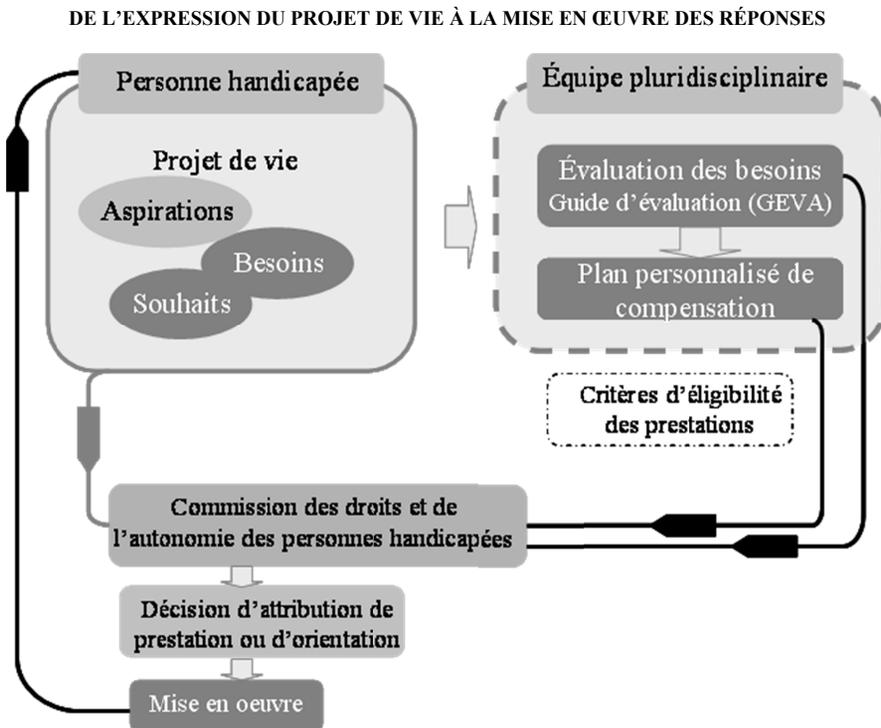
(2) Article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles : « L'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée en tenant compte de ses souhaits, formalisés dans un projet de vie ».

(3) Il s'agit des droits et prestations pour l'attribution desquels la CDAPH a reçu compétence.

d. La prise de décisions relatives aux droits de la personne handicapée

C'est enfin « sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire (...), des souhaits exprimés par la personne handicapée ou son représentant légal dans son projet de vie et du plan de compensation proposé » que la CDAPH prend « les décisions relatives à l'ensemble des droits de cette personne, notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation » (article L. 146-9).

L'ensemble du processus qui va de l'élaboration du projet de vie à la prise de décisions par la CDAPH est résumé dans le schéma ci-dessous.



Source : CNSA.

2. Des défis à relever

a. L'insuffisante personnalisation de la pratique des MDPH

L'objectif de « garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie », tel qu'il figurait dans l'exposé des motifs de la loi du 11 février 2005, n'a pas été suffisamment réalisé. Il n'existe pas de statistiques nationales sur le nombre de personnes handicapées qui formalisent leur projet de vie conformément aux dispositions de la loi « Handicap ». Toutefois, d'après les données figurant dans les rapports d'activité 2011 des MDPH, cette formalisation

reste encore minoritaire, ce que les auditions menées par votre rapporteure pour avis tendent à confirmer.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de l'administration (IGA) d'août 2011 sur l'évaluation de la prestation de compensation du handicap souligne que le projet de vie est parfois difficile à exprimer pour les personnes handicapées ⁽¹⁾.

Le Guide pratique MDPH rédigé conjointement par la CNSA et la Direction générale de la cohésion sociale énumère un certain nombre de ces difficultés ⁽²⁾. Ainsi, « l'expression « projet de vie » peut être mal perçue par la personne handicapée, qui peut trouver que la rédaction d'un projet de vie est intrusive ». Par ailleurs, l'expression d'un projet de vie peut-être une démarche complexe car « il implique une projection dans l'avenir qui n'est pas toujours aisée, notamment lorsque le handicap est évolutif ». Comme cela a été relevé au cours des auditions, une telle projection dans l'avenir est malaisée pour toute personne, qu'elle soit ou non en situation de handicap. L'élaboration d'un projet de vie peut se révéler tout particulièrement délicate en ce qui concerne les enfants « parce qu'il est difficile pour des parents de se projeter dans le futur de leur enfant alors même que celui-ci est encore jeune, voire très jeune, voire que le diagnostic n'est pas, ou tout juste posé ». En outre, « la rédaction d'un projet de vie peut être perçue par la personne handicapée comme une véritable injonction, une obligation de se projeter, d'avoir des projets et de les partager ». Enfin, un dernier obstacle tient à ce que « ce document peut susciter des inquiétudes chez les personnes concernées : peur d'être jugées sur ce qui est écrit, peur que le projet les desserve, peur de voir réduire certaines aides si elles ont une vision restrictive de leur projet de vie ».

S'agissant des plans personnalisés de compensation (PPC), leur élaboration et leur envoi aux personnes handicapées avant examen de leur demande par la CDAPH ⁽³⁾ demeurent encore des pratiques minoritaires, même si elles sont en progression ⁽⁴⁾. Le rapport précité de l'IGAS et de l'IGA souligne de son côté, en matière de prestation de compensation du handicap, qu'« on trouve trop rarement au dossier un plan personnalisé de compensation, global, s'appuyant sur un projet de vie formalisé » ⁽⁵⁾. Quant à d'éventuelles observations émises par les personnes handicapées sur les plans qui leur sont transmis, si l'on ne dispose pas d'éléments quantitatifs ou qualitatifs à ce sujet, on peut raisonnablement estimer qu'elles sont très peu fréquentes.

(1) Inspection générale des affaires sociales, rapport n° RM2011-131P – Inspection générale de l'administration, rapport n° 11-062-01, Évaluation de la prestation de compensation du handicap (PCH), par Mmes Brigitte Joseph-Jeanneney et Nacera Haddouche, et MM. Frédéric Laloue, Thierry Leconte et Patrice O'Mahony, août 2011, p. 76, note 106.

(2) Guide pratique MDPH Fiche n° 2 – II – 2, Projet de vie, CNSA – DGCS, version 1, janvier 2012, p. 2.

(3) En application de l'article R. 146-29 alinéa 3 du code de l'action sociale et des familles.

(4) Cf. données figurant dans les rapports d'activité 2011 des MDPH.

(5) Rapport précité, p. 7.

b. La réduction du délai de renouvellement des demandes et la montée en puissance de nouveaux types de handicaps

Votre rapporteure pour avis insistera ici sur deux difficultés que les MDPH doivent affronter.

En premier lieu, des mesures ont été mises en œuvre en 2012 et poursuivies en 2013 dans le but notamment d'améliorer l'employabilité des bénéficiaires de l'AAH. Ces mesures comportaient, en particulier, le réexamen tous les deux ans, et non plus tous les cinq ans, de l'éligibilité à l'AAH pour les bénéficiaires relevant de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale (c'est-à-dire ceux présentant un taux d'incapacité permanente inférieur à 80 % et supérieur à 50 %). L'article D. 821-1-2 du code de la sécurité sociale, créé par le décret n° 2011-974 du 16 août 2011, dispose ainsi désormais que « *la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi est reconnue pour une durée de un an à deux ans* ».

Les personnes et organismes auditionnés par votre rapporteure pour avis ont souligné qu'il y avait comme une sorte de « contrepartie », insuffisamment mise en lumière, à la revalorisation de l'AAH de 25 % sur cinq ans. Or, ce réexamen tous les deux ans est particulièrement lourd pour les MDPH et renforce le caractère administratif de l'instruction des dossiers au détriment de la personnalisation recherchée. La qualité de traitement des premières demandes, en particulier, s'en ressent. Au surplus, comme l'a souligné Mme Sabine Fourcade, directrice générale de la cohésion sociale lors de son audition, la brièveté de ce délai est susceptible d'avoir un effet pervers en ce qu'elle peut inciter certaines MDPH à faire basculer certains allocataires du champ de l'article L. 821-2 à celui de l'article L. 821-1 (personnes atteintes d'un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 80 %) afin de ne pas avoir à réétudier leur situation tous les deux ans. Il est vrai, comme l'a souligné également Mme Sabine Fourcade, qu'il est utile de revoir régulièrement les allocataires qui ne souffrent pas d'une incapacité totale afin de ne pas les éloigner définitivement du marché du travail.

Toutefois, comme les professionnels l'ont souligné lors de leurs auditions, les équipes avaient d'ores et déjà le souci de revoir assez rapidement les personnes concernées lorsque cela était justifié.

Votre rapporteure pour avis invite donc à s'interroger sur la pertinence du maintien de ce délai de deux ans. Il est aussi permis de réfléchir, comme l'a suggéré Mme Sabine Fourcade, au sens à donner au seuil de 80 %, qui n'est peut-être pas adapté à tous les cas. Ainsi, un déficient visuel pourra être rangé dans la catégorie de l'article L. 821-1 alors qu'il a une employabilité certaine. À l'inverse, une personne handicapée psychique sera considérée comme ayant un taux d'incapacité permanente inférieur à 80 % alors que, concrètement, il pourra ne pas être en mesure d'occuper un emploi.

Le handicap psychique et le handicap instable, précisément, prennent une place croissante parmi les dossiers qu'ont à traiter les MDPH, de même qu'ils sont de plus en plus présents dans les Établissements et services d'aide par le travail (ESAT), comme votre rapporteure pour avis l'avait relevé dans son rapport budgétaire de l'année dernière. C'est là une deuxième grande difficulté que les MDPH doivent affronter. Ceci leur pose un défi du point de vue du projet de vie dans la mesure où la personne souffrant de ce type de handicap est particulièrement démunie pour formaliser ce projet. Ces handicaps appellent donc des réponses spécifiques de la part de l'équipe pluridisciplinaire, et créent par ailleurs aux maisons départementales des besoins particuliers en termes de formation, de recrutement et de moyens.

Votre rapporteure pour avis souhaite attirer l'attention du Parlement et du Gouvernement sur ce point.

c. La situation incertaine des fonds départementaux de compensation

La loi du 11 février 2005 a prévu que chaque MDPH gère un fonds départemental de compensation du handicap (FDC), chargé d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes de faire face aux frais de compensation restant à leur charge après déduction de la prestation de compensation du handicap (PCH). La loi a énuméré les contributeurs possibles (État, collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie, caisses d'allocations familiales, mutuelles, Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées, Fonds d'insertion des personnes handicapées dans les fonctions publiques, autres personnes morales), sans toutefois rendre obligatoire leur participation.

Les règlements intérieurs des fonds définissent les modalités de participation. Les fonds diffèrent donc selon les départements. Chaque fonds a son propre périmètre d'intervention (public, nature des aides) et ses propres règles d'attribution (forfaits, plafonds, conditions de ressources, etc.). Ainsi, par exemple, si tous les fonds de compensation prennent en charge les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH), ils ne proposent pas les mêmes aides ni les mêmes niveaux d'aides. En moyenne, ils laissent un reste à charge de 0 à 20 % pour l'usager. Certains fonds prennent en charge des aides techniques en faveur des personnes âgées de plus de 60 ans en fonction de la pathologie en cause.

L'analyse par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des données de l'exercice 2010 fait apparaître des situations hétérogènes en termes d'actions réalisées (étant précisé que tous les départements n'ont pas répondu à l'enquête de la CNSA). Si l'ensemble des fonds de compensation intervient pour le financement des aides techniques, la quasi-totalité (94 %) prend en charge les aménagements de logement et les aménagements du véhicule, et la moitié (49 %) des fonds intervient pour le financement des charges exceptionnelles ou

spécifiques (incluant les aides aux vacances). Enfin, 21 % des fonds participent au financement de l'aide humaine et 19 % aux surcoûts liés aux frais de transport.

Concernant les montants accordés, les aides techniques représentent près de la moitié (47 %) des montants accordés par les fonds en 2010. Les aménagements du logement concernent près d'un tiers des montants (32 %) et les aménagements du véhicule près d'un cinquième (17 %). Cette répartition est très dépendante des règlements intérieurs. Dans les cas où les règlements intérieurs autorisent le fonds à participer au financement de l'aide humaine, celle-ci peut représenter jusqu'à la moitié de leurs financements.

Les montants moyens consacrés à chaque aide masquent là encore une grande variété de situations départementales. Ainsi, le montant moyen décidé pour les aides techniques par fonds varie de 522 euros à 2 541 euros. Les interventions pour les aménagements de logement varient de 367 euros à 6 570 euros selon les départements. Les aménagements de véhicule conduisent à des montants moyens qui vont de 241 euros à 3 563 euros.

Six départements ont fait savoir à la CNSA que leurs fonds ne fonctionnaient plus depuis 2010. Les deux tiers des fonds ont réduit le montant de leurs dépenses en 2010, une partie d'entre eux indiquant explicitement avoir modifié leurs priorités d'interventions, compte tenu de l'évolution de leurs ressources.

Afin d'assurer la pérennité de ce dispositif, un abondement de 11 millions d'euros a été décidé en 2011, avec une participation de l'État à ces fonds pour la période 2011 à 2013. Ainsi, les fonds de compensation ont été abondés de 4 millions d'euros en 2011, puis à nouveau de 4 millions d'euros en 2012. Le reliquat des crédits, soit 3 millions d'euros, a été versé en 2013. Le financement se fait par fongibilité au sein de la mission « Solidarité », du programme n° 304 « Lutte contre la pauvreté : revenu de solidarité active et expérimentations sociales » vers le programme n° 157. La dotation est calculée par département pour chaque fonds en prenant en compte notamment le nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) et celui de bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).

Les personnes et institutions auditionnées par votre rapporteure pour avis ont insisté sur la nécessité de pérenniser les fonds de compensation qui permettent une couverture personnalisée complétant les prestations légales pour les besoins les plus coûteux, et de leur donner une lisibilité financière sur les prochaines années.

Votre rapporteure pour avis s'en fait l'écho et souligne qu'une amélioration du fonctionnement de ces fonds de compensation pourrait être envisagée par exemple dans le cadre d'un projet de loi sur l'autonomie.

C. DE PREMIERS PROGRÈS QUI RESTENT TOUTEFOIS À AMPLIFIER

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 11 février 2005, un certain nombre d'étapes positives ont été franchies, tendant à replacer la personne handicapée et ses aspirations au cœur de l'action des MDPH. Outre la loi du 28 juillet 2011 et ses textes d'application ainsi que l'abondement des fonds départementaux de compensation déjà rappelés, on peut citer la mise en place d'un Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) ainsi que la publication du décret du 18 décembre 2012 relatif au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Ces mesures positives devront être confirmées, dans le sens d'une fidélité plus grande au principe d'individualisation de la politique du handicap, ce qui devra passer par un rôle plus grand donné à la CNSA.

1. Des progrès déjà réalisés

a. La mise en place du Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA)

L'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles évoque des « *références définies par voie réglementaire* » qui doivent servir de base, à côté du projet de vie, à l'évaluation des besoins de compensation effectuée par l'équipe pluridisciplinaire. Ces références ont pris la forme du Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA). Il s'agit d'un outil permettant la mise en place de l'égalité de traitement des demandes de compensation sur l'ensemble du territoire, notamment par une définition des besoins selon une méthode commune et une normalisation de l'information recueillie.

Le décret n° 2008-110 du 6 février 2008 qui a donné une base réglementaire au GEVA prévoyait qu'un bilan de son utilisation serait établi par la CNSA un an après son entrée en vigueur. Ce bilan, finalisé en janvier 2010, a mis en évidence la nécessité d'intensifier les actions en faveur de l'appropriation de ce Guide. S'appuyant sur ces constats, la CNSA a adopté un plan d'action (2010-2012) visant à accompagner cette appropriation, avec des axes à privilégier comme l'informatisation du GEVA et le développement de la « GEVA-compatibilité ». On entend par là une démarche qui vise à permettre aux équipes des MDPH et aux autres acteurs de l'accompagnement des personnes handicapées d'échanger des informations pertinentes relatives à la situation de ces personnes. En d'autres termes, un outil d'évaluation autre que le GEVA doit pouvoir restituer les informations sous un format appropriable par les équipes pluridisciplinaires des MDPH et, à l'inverse, les informations du GEVA doivent pouvoir s'intégrer facilement dans l'outil considéré.

Des outils « GEVA-compatibles » se créent localement et au niveau national. Ainsi, le Ministère de l'Éducation nationale et la CNSA ont élaboré le « GEVA-Sco ». Comme l'ont expliqué lors de leurs auditions l'Association des

directeurs de MDPH ⁽¹⁾ et la MDPH de la Nièvre, il s'agit d'une extraction du GEVA pour les situations de scolarisation. Son objectif est de mettre en place des supports communs d'observation, d'évaluation et d'élaboration des réponses, qui puissent être utilisés par les MDPH, les services de l'Éducation nationale et leurs partenaires dans le cadre d'un processus harmonisé et exploitable sur tout le territoire national. Cet outil de recueil de données permet de faire partager à tous les partenaires les éléments d'observation de l'élève en situation scolaire, tant du point de vue de ses activités d'apprentissage, de sa mobilité et de sa sécurité que des actes essentiels de la vie quotidienne ou encore de ses activités relationnelles et de sa vie sociale.

De son côté, le Ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur travaille actuellement, avec d'autres partenaires, à un « GEVA-Sup » qui viserait à recueillir les informations relatives aux situations individuelles de formation dans l'enseignement supérieur.

Par ailleurs, des associations comme la Fédération des Associations pour adultes et jeunes handicapés (APAJH), l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI), l'Association des paralysés de France (APF), l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) ou la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (FEHAP), par exemple, s'approprient aussi de plus en plus les concepts, la démarche et les nomenclatures du GEVA, et souhaitent développer leurs outils dans le sens d'une compatibilité avec celui-ci.

En septembre 2012, un cahier pédagogique sur le GEVA a été diffusé aux MDPH par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ce cahier pédagogique vise à apporter un éclairage sur ses concepts sous-jacents. Le but est de développer une culture commune à l'ensemble des acteurs concernés par l'évaluation des situations individuelles de handicap en vue de leur compensation (c'est-à-dire non seulement les équipes pluridisciplinaires mais aussi l'ensemble de leurs partenaires).

D'après les données figurant dans les rapports d'activité 2012 des MDPH, la quasi-totalité d'entre elles déclarent utiliser le GEVA. Plus des trois quarts l'utilisent partiellement et 15 % l'utilisent totalement. 9 % des maisons départementales utilisent le GEVA pour toutes les situations, 37 % pour certaines prestations et 23 % uniquement pour l'évaluation de la prestation de compensation.

Les équipes pluridisciplinaires déclarent en 2012 une meilleure compréhension de l'outil ainsi qu'une utilisation par un nombre plus important de professionnels au sein de leur MDPH et par leurs partenaires externes.

Il ressort toutefois des auditions menées par votre rapporteure pour avis, et notamment de celle de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de la Nièvre, que le

(1) ADMDPH.

GEVA est jugé comme un outil très riche, mais extrêmement dense et donc d'un usage parfois délicat. Ceci explique que la plupart des maisons départementales aient réalisé des adaptations de ce document qui se caractérisent par une simplification de certains volets ou par une adaptation à des situations spécifiques.

Votre rapporteure pour avis invite, au vu du bilan positif du GEVA et de ses déclinaisons, au développement informatique d'un module de collecte de données d'évaluation, peu présent à l'heure actuelle dans les systèmes d'information des MDPH et difficile à mettre en place avec les éditeurs. Les professionnels auditionnés par votre rapporteure pour avis ont souligné les besoins en termes de logiciels informatiques harmonisés et simples d'utilisation et d'interprétation. Il y a en effet, de ce point de vue, un vrai problème d'adaptation des moyens des MDPH à leurs missions. Celles-ci requièrent aujourd'hui des supports informatiques plus efficaces dans le traitement des données et susceptibles, par voie de conséquence, de dégager davantage de temps au profit des équipes pour l'accompagnement personnalisé des personnes handicapées.

b. L'amélioration du fonctionnement des MDPH

Un autre progrès a résidé dans la publication du décret n° 2012-1414 du 18 décembre 2012 relatif au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et à diverses mesures en faveur des personnes handicapées. Les mesures qu'il contient étaient attendues et répondaient à des demandes récurrentes de l'ensemble des acteurs. Il a été élaboré conjointement avec les directions d'administrations centrales des ministères concernés ainsi qu'avec la CNSA. Il a par ailleurs fait l'objet de nombreuses concertations, notamment avec l'Assemblée des départements de France (ADF), ainsi que d'échanges techniques avec un panel de MDPH.

Ce texte réglementaire a fixé un certain nombre de dispositions de coordination et de précision nécessaires à l'amélioration du fonctionnement interne des MDPH (règles de fin de mises à disposition des agents, composition de la CDAPH) et de leurs relations avec les usagers (détermination de la MDPH compétente, règles de recevabilité des demandes, transmission des éléments à caractère médical).

L'application de ces diverses mesures est jugée satisfaisante par les professionnels. Les services déconcentrés de l'État n'ont pas fait remonter de difficultés d'application particulières de ce texte.

2. De nouvelles étapes à franchir

a. Une approche individualisée du handicap à renforcer

Le soutien financier de l'État au fonctionnement des MDPH, au travers des crédits de l'action n° 1 du programme n° 157, vise notamment à accompagner le développement de nouvelles méthodes de travail dans les MDPH, pour faire

prévaloir un accompagnement individualisé de chaque personne handicapée plutôt qu'un traitement administratif global encore trop répandu.

Pour remédier à l'insuffisance de personnalisation, certaines MDPH se mobilisent, en partenariat avec les associations, pour soutenir la démarche d'accompagnement personnalisé. Dans les réponses au questionnaire budgétaire de votre rapporteure pour avis, il est fait état d'une MDPH où deux assistantes sociales, membres de l'équipe permanente, effectuent un travail d'écoute auprès des personnes handicapées et de leur famille dans le cadre d'entretiens soit dans les locaux de la maison départementale, soit à domicile ou par téléphone, afin de permettre aux intéressés d'exprimer ce qu'ils vivent et de formuler leurs demandes.

Un autre exemple de mobilisation est celui d'une démarche portée par une MDPH en liaison avec un groupement réunissant plus d'une centaine d'associations, dont les bénévoles s'adressent à toutes les personnes concernées, quel que soit leur handicap. Votre rapporteure pour avis encourage, au-delà de l'augmentation régulière de la dotation de l'État en faveur des MDPH, à développer et à faire connaître ces solutions innovantes. Une mutualisation de ces bonnes pratiques s'inscrit dans le champ des missions de la CNSA.

b. Une mutualisation des bonnes pratiques et une amélioration du système d'information à développer sous l'égide de la CNSA

La mutualisation des expériences, les échanges de bonnes pratiques et le développement de nouvelles méthodes de travail constituent des impératifs pour les MDPH. Par ailleurs, l'un des principaux défis à relever pour celles-ci au cours des prochaines années, si elles veulent être fidèles à leur vocation d'accompagnement personnalisé des personnes handicapées, sera de s'assurer de l'effectivité des décisions prises par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Il importe enfin d'assurer l'équilibre entre l'exigence d'individualisation de l'accompagnement et le souci de garantir l'équité territoriale et l'harmonie des pratiques des maisons départementales. Tout ceci réclame une amélioration de la performance et de l'interconnexion des systèmes d'information des MDPH, qui ne saurait être pilotée que par la CNSA, laquelle apporte déjà un soutien financier et méthodologique aux MDPH.

Votre rapporteure pour avis souligne ici la nécessité de réfléchir à la pérennisation et à l'accroissement des financements de la CNSA qui devront accompagner le renforcement de ses missions. Cette réflexion pourra utilement s'appuyer sur les propositions déjà émises en la matière dans le cadre de plusieurs rapports, qu'il s'agisse par exemple de celui de juin 2010 de la mission d'information de l'Assemblée nationale présidée par Mme Laurence Dumont et dont la rapporteure était Mme Bérandère Poletti⁽¹⁾, ou de celui de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances analysant les

(1) Rapport n° 2687 du 30 juin 2010 en conclusion des travaux de la mission sur les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

causes de la sous-consommation des crédits médico-sociaux de l'Objectif Global de Dépenses délégués à la CNSA ⁽¹⁾.

Une piste intéressante, à cet égard, a été formulée par la MDPH de la Nièvre lors de son audition par votre rapporteure pour avis. Elle consisterait à créer une section supplémentaire du budget de la CNSA permettant à celle-ci de s'intéresser de façon régulière à l'innovation et aux bonnes pratiques ⁽²⁾.

L'État a d'ores et déjà inscrit, dans la nouvelle convention d'objectif et de gestion (2012-2015) qui le lie à la CNSA, des objectifs d'amélioration de la performance des systèmes d'information des maisons départementales. L'objectif est de concourir à la fiabilisation et à l'enrichissement des données consolidées dans le système d'information partagé « SipaPH ». La CNSA, en liaison avec l'Assemblée des départements de France (ADF), a lancé à la fin du premier semestre 2013 un audit sur l'état d'avancement du déploiement du système d'information des MDPH. Ses conclusions sont attendues pour la fin de l'année 2013.

Votre rapporteure pour avis invite à être tout particulièrement attentif à ces conclusions, de même qu'à la mise en œuvre des mesures relatives à l'harmonisation des systèmes d'information des MDPH annoncées lors du comité interministériel du handicap (CIH) du 25 septembre 2013.

Le Gouvernement a par ailleurs décidé, lors du comité interministériel de modernisation de l'action publique (CIMAP) du 18 décembre 2012, d'engager des travaux visant à faciliter les démarches des personnes handicapées auprès des MDPH grâce, notamment, à la poursuite de la dématérialisation des procédures. Un guide concernant le suivi des demandes en ligne a déjà été diffusé depuis décembre 2012, comme l'a rappelé Mme Sabine Fourcade lors de son audition. Un guide relatif à la mise en place de la gestion électronique des documents, à destination des MDPH, est actuellement en cours de rédaction, à partir de diagnostics de terrain réalisés dans quatre MDPH.

Par ailleurs, un groupe de travail national sur la refonte du formulaire de demande en MDPH (déjà modifié en 2008) sera prochainement installé. Un formulaire simplifié devrait donc être élaboré en 2014. Ces travaux sont pilotés par la Direction générale de la cohésion sociale, avec l'appui de la CNSA et du Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) et le soutien des MDPH expérimentatrices.

(1) *Inspection générale des affaires sociales RM2009-141P, Inspection générale des finances IGF n° 2009-M-036-02, Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense OGD, février 2010.*

(2) *Le budget de la CNSA comprend aujourd'hui six sections : la section I (Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux), la section II (Allocation personnalisée d'autonomie), la section III (Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées), la section IV (Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service), la section V (Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie) et la section VI (Frais de gestion de la caisse).*

Votre rapporteure pour avis recommande donc de faire de l'amélioration des services aux personnes handicapées et de la simplification des démarches en MDPH une priorité pour 2014.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

EXAMEN DES CRÉDITS

À l'issue de l'audition, en commission élargie, de Mme Marie-Arlette Carlotti, ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, de Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie, et de Mme Dominique Bertinotti, ministre déléguée chargée de la famille ⁽¹⁾, la Commission des affaires sociales examine, pour avis, les crédits de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

Article 44 : État B – Mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

Mme la présidente Catherine Lemorton. Avant de demander l'avis de nos rapporteurs pour avis sur les crédits pour 2014, je donne la parole à M. Cavard pour soutenir l'amendement AS4.

M. Christophe Cavard. Merci Mme la Présidente. J'ai déjà en partie défendu cet amendement pendant mon intervention lors de la discussion générale. Il s'agit de doter l'action n° 12, « Économie sociale et solidaire », du programme 304 de 5 millions d'euros de crédits supplémentaires afin de souligner le fort potentiel de création d'emplois et de plus-value sociale de ce secteur-clé de l'économie. Cette augmentation de crédits serait compensée par une diminution d'un montant équivalent de l'action n° 12 du programme 124, « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative ».

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je demande l'avis de notre rapporteur pour avis Christophe Sirugue sur cet amendement.

M. Christophe Sirugue, rapporteur pour avis sur la partie « Solidarité ». Cet amendement est avant tout un amendement d'appel. Sur le fond, je partage l'analyse de son auteur concernant l'importance et l'enjeu économique majeur que représente l'économie sociale et solidaire. C'est pourquoi je pense que ce sujet mérite une réflexion plus large et qu'il convient notamment de s'interroger sur le rattachement des crédits de l'économie sociale et solidaire et d'envisager un rattachement à la mission « Économie » plutôt qu'à la mission « Solidarité ». J'émet donc un avis défavorable à l'adoption de cet amendement qui aurait pour effet de diminuer de façon substantielle les crédits du programme 124 sans apporter de réponse globale à la place de l'économie sociale et solidaire dans notre pays.

(1) Cf. compte-rendu de la commission élargie du 29 octobre 2013 :

http://www.assemblee-nationale.fr/14/budget/plf2014/commissions_elargies/cr/c011.asp

L'amendement AS4 est rejeté.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je demande l'avis de nos rapporteurs pour avis sur les crédits pour 2014.

M. Christophe Sirugue, rapporteur pour avis sur la partie « Solidarité ». Je donne un avis favorable à l'adoption de ces crédits.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, rapporteure pour avis sur la partie « Handicap et dépendance ». Je donne également un avis favorable à l'adoption des crédits pour 2014.

*La Commission émet un avis **favorable** à l'adoption des crédits de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances », tels qu'ils figurent à l'état B annexé à l'article 44, ainsi qu'à l'adoption des deux articles rattachés 75 et 76.*

ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE

(par ordre chronologique)

- Table ronde :
 - **Association des paralysés de France (APF)** – **M. Patrice Tripoteau**, directeur général adjoint, et **Mme Malika Boubekour**, conseillère nationale Compensation et Autonomie
 - **Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI)** – **Mme Françoise Kbayaa**, présidente adjointe, et **Mme Hélène Le Meur**, responsable du département « droit des personnes handicapées et de leurs familles »
 - **Fédération des Associations pour adultes et jeunes handicapés (APAJH)** – **M. Jean-Louis Leduc**, directeur général adjoint, et **M. Pascal Sillou**, délégué national à la grande dépendance
- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)** – **M. Laurent Thevenin**, conseiller technique « handicap - santé », et **M. Ronald Maire**, conseiller technique « organisation territoriale - politiques sanitaires et sociales »
- **Association des directeurs de MDPH (ADMDPH)** – **M. Igor Dupin**, directeur de la MDPH des Ardennes, président de l'ADMDPH, **Mme Annie Coletta**, directrice de la MDPH du Calvados et vice-présidente de l'ADMDPH, et **M. Yannick Deimat**, directeur-adjoint de la MDPH du Finistère et vice-président de l'ADMDPH
- **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de la Nièvre** – **M. Bruno Cheze**, directeur, **Mme Yvette Morillon**, vice-présidente du Conseil général de la Nièvre et vice-présidente de la CDAPH, **Mme Marie-Pierre Duchemin**, directrice adjointe du Pôle Solidarité et Autonomie, **Mme Claire Alexant Contant**, chef de service, **Mme Anne Granger**, ergothérapeute, **Mme Martine Cordin**, assistante sociale secteur Enfant, **Mme Fabienne Graillot**, assistante sociale secteur Adulte, et **Dr Dufour**, médecin généraliste
- **Fédération générale des PEP (FGPEP)** – **Mme Martine Salomé**, vice-présidente en charge du domaine social et médico-social, et **M. Dominique Leboiteux**, chef de projet Domaine Social et médico-social
- **Assemblée des départements de France (ADF)** – **M. André Montané**, vice-président du Conseil général de l'Ariège, **M. Jean-Pierre Hardy**, chef de service « politiques sociales », et **Mme Marylène Jouvien**, chargée des relations avec le Parlement

- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) – Mme Sabine Fourcade**, directrice, et **Mme Céline Perruchon**, chef de bureau « droits et aides à la compensation »