

Dossier  
technique

Décembre 2013

# **MDPH : Une adaptation continue**

## Synthèse

des rapports d'activité 2012  
des maisons départementales  
des personnes handicapées

Ce rapport annuel sur l'activité des MDPH en 2012 a été réalisé par la Direction de la Compensation et la Direction financière de la CNSA sous la coordination de Roselyne Masson. La partie consacrée aux maquettes financières a été rédigée par Emmanuelle Brun et Julie Reynaud. Le rapport a été présenté au Conseil de la CNSA le 19 novembre 2013.

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Une activité qui continue de croître</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Une mission d'accueil qui s'adapte dans toutes ses dimensions</b> .....	<b>21</b>
<b>3. Des processus d'évaluation de la situation de la personne en forte évolution</b> .....	<b>39</b>
<b>4. CDAPH : Un fonctionnement qui se structure encore</b> .....	<b>53</b>
<b>5. Médiation, conciliation, recours : L'amélioration des réponses aux recours présentés par les personnes handicapées</b> .....	<b>61</b>
<b>6. L'engagement important sur la scolarisation des enfants handicapés se confirme</b> .....	<b>71</b>
<b>7. Emploi et AAH : Une activité pour l'aide à l'insertion professionnelle, qui s'inscrit dans un paysage de multipartenariat</b> .....	<b>81</b>
<b>8. Une évolution de l'organisation pour faire face aux demandes de PCH, qui associe nécessairement des partenaires locaux</b> .....	<b>97</b>
<b>9. Des évolutions toujours contrastées pour les fonds de compensation</b> .....	<b>119</b>
<b>10. L'orientation en établissement pose la question du suivi des décisions, dont les MDPH s'emparent</b> .....	<b>129</b>
<b>11. Système d'information et pilotage des MDPH : Des outils informatiques encore en cours de développement en vue de l'efficacité du service rendu</b> .....	<b>141</b>
<b>12. Données financières et personnel des MDPH</b> .....	<b>149</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>175</b>



# Introduction

Les quatre-vingt-dix-sept rapports d'activité 2012 des MDPH que nous avons pu exploiter confirment leur maturité :

- dans la compréhension et la promotion des principes de la loi du 11 février 2005 ;
- dans la volonté de continuer à s'adapter aux nouveaux enjeux sans dédaigner les pistes de progrès déjà engagées au service de ces principes ;
- dans l'évolution de leurs relations avec leur environnement et les différents systèmes qui les entourent.

Ils témoignent également et plus encore qu'en 2011 des contraintes dans lesquelles s'exerce leur mission et font part de leurs préoccupations face à de nouveaux projets.

Dans le même temps, l'attente vis-à-vis des MDPH reste forte aussi bien du côté des personnes handicapées et de leurs associations représentatives que de la part de leurs partenaires institutionnels locaux et régionaux : amélioration de leur fonctionnement, qualité des réponses, efficacité et efficience, remontées de données statistiques...

Cette synthèse des rapports d'activité fait écho aux différents chantiers menés au niveau national en matière d'emploi, de scolarisation, d'orientation en établissements et services ou encore de montée en charge de la prestation de compensation. Elle capitalise l'expérience des équipes des MDPH et permet d'apporter leur éclairage, leur réalité. C'est une autre perspective qui est donnée pour illustrer comment les concepts nouveaux de la loi de 2005 peuvent se mettre en œuvre sur le terrain.

Les rapports sont dans la grande majorité des cas d'une grande richesse. Le chapitre relatif à l'accueil illustre bien l'engagement des équipes et le foisonnement des initiatives et des innovations, le travail collectif interne aux équipes des MDPH, mais également et surtout au sein du partenariat local.

L'an dernier, la CNSA avait fait le choix d'illustrer les grandes tendances du rapport 2011 par quelques *verbatim* issus des rapports. Cette année, nous avons l'ambition de donner encore plus largement la parole aux directeurs, à leurs équipes et aux membres des commissions exécutives qui valident le contenu de ces rapports.

Comme pour 2011, la consolidation nationale des maquettes financières des MDPH a donné lieu à un séminaire de travail autour de l'efficience et de la mesure de la qualité de service dans les MDPH. La quarantaine de MDPH ou de conseils généraux représentés se sont saisis de ce thème avec enthousiasme, mais également un certain pragmatisme. Ils ont largement exprimé le souhait de construire une démarche leur permettant d'appréhender le niveau de service et de résultat attendu et les moyens à mobiliser pour atteindre cette ambition afin de pouvoir objectiver leur fonctionnement. C'était également l'ambition portée par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus par la loi du 28 juillet 2011 relative à l'amélioration du fonctionnement des MDPH.

Avec ce panorama des modalités de mise en œuvre des différentes missions des MDPH éclairé des budgets et effectifs mobilisés en toute transparence, département par département, la CNSA souhaite contribuer à une meilleure compréhension des contraintes et enjeux actuels et à venir pour les MDPH. Si les enjeux de transformation pour répondre aux ambitions de la qualité du service rendu grâce à des organisations améliorées restent encore importants, ce rapport 2012 traduit l'énergie déployée et montre le chemin parcouru. Que les acteurs en soient remerciés.



## 1

## Une activité qui continue de croître

### 1. Les MDPH face à une activité toujours croissante

#### a. Après six ans de croissance forte et continue, l'activité globale des MDPH reste soutenue

Globalement, entre 2011 et 2012, le nombre de demandes adressées aux MDPH a augmenté de 6,0 %. Pour mémoire, le nombre des demandes avait augmenté de 6,4 % entre 2010 et 2011 et de 15,2 % entre 2009 et 2010.

Toutefois, la situation des territoires est très contrastée.



#### MDPH de la Guadeloupe

*En 2012, 10 006 dossiers ont été déposés contre 9 480 en 2011, soit une augmentation de 5,5 % en une année contre 1,94 % de 2010 à 2011. Ces dossiers correspondent à 22 418 demandes contre 19 992 en 2011, soit une augmentation de 12,13 % en une année contre 3,71 % de 2010 à 2011.*

#### MDPH de la Sarthe

*Malgré un léger ralentissement au cours de l'année 2010, le nombre de demandes déposées auprès de la MDPH connaît une croissance continue depuis sa création en enregistrant une progression globale de 88,2 % (depuis 2006). Au titre de l'année 2012, cette croissance se poursuit à hauteur de 16,87 % au regard de l'activité de 2011 elle-même en hausse de 12,7 % par rapport à 2010.*

#### MDPH du Puy-de-Dôme

*Pour la première fois, le nombre de demandes déposées en 2012 est en légère diminution (- 5 %) par rapport à l'année précédente avec 28 190 demandes déposées en 2012 contre 29 661 en 2011.*

#### MDPH du Loiret

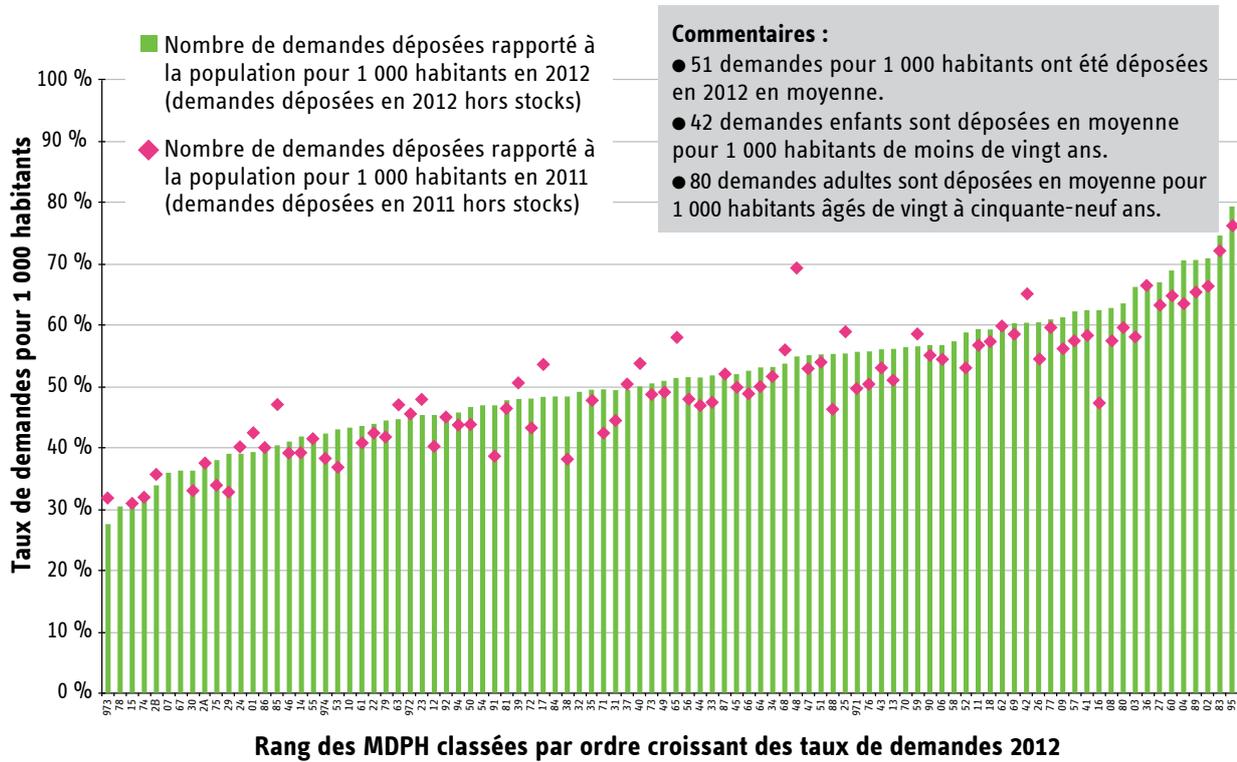
*Le pôle adulte comptabilise 10 593 dossiers reçus pour cette nouvelle année soit un accroissement de 5 % du nombre de demandeurs. Sachant que le nombre moyen de demandes par dossier suit la même tendance que l'an passé en évoluant vers trois demandes. En 2012, 26 901 demandes ont été formulées représentant une progression à hauteur de 3 % comparativement à 2011.*

La pression de la demande est exprimée par le nombre de demandes déposées à la MDPH pour mille habitants. En moyenne en 2012, 51 demandes pour 1 000 habitants ont été déposées dans les MDPH (contre 53 en 2011 et 48 en 2010) :

- 42 demandes enfants sont déposées en moyenne pour 1 000 habitants de moins de vingt ans ;
- 80 demandes adultes sont déposées en moyenne pour 1 000 habitants âgés de vingt à cinquante-neuf ans.

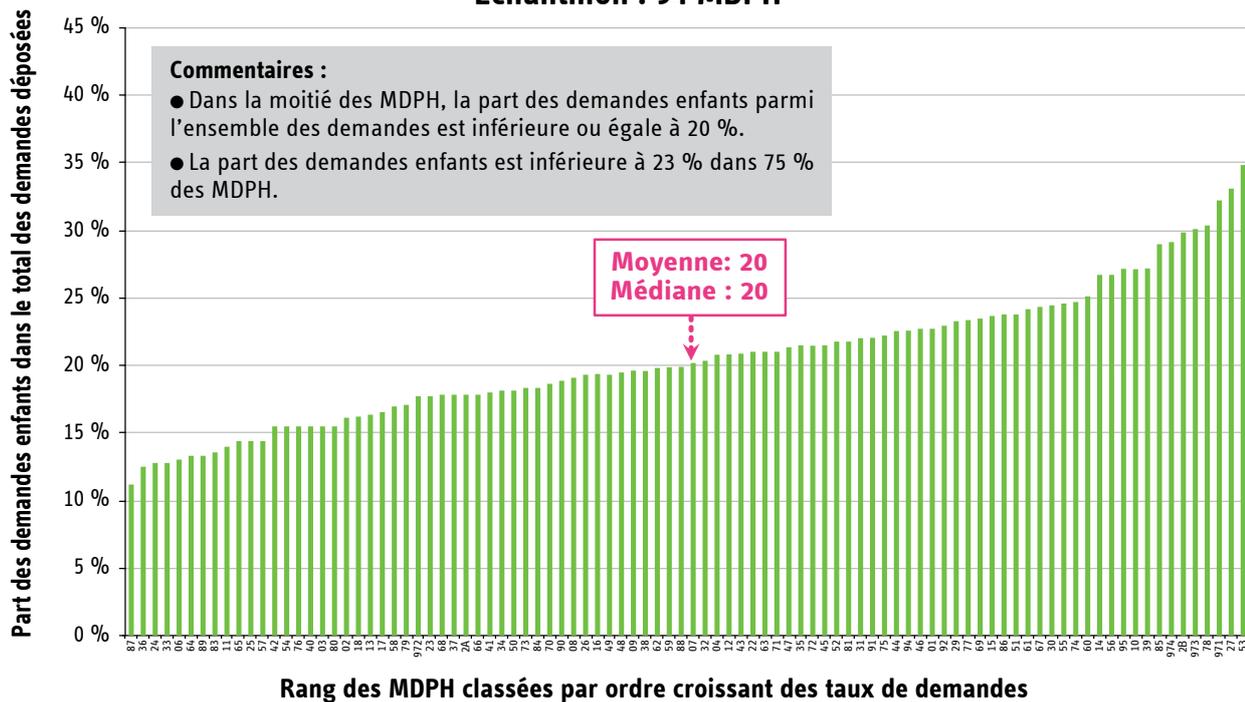
La pression de la demande varie fortement d'une MDPH à l'autre. La moitié des MDPH a reçu entre 27 et 51 demandes pour 1 000 habitants, l'autre moitié, entre 51 et 79. Les trois quarts des MDPH ont reçu entre 27 et 57 demandes pour 1 000 habitants.

## Le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants varie de 27 à près de 79 selon les MDPH Échantillon : 94 MDPH



Les demandes pour les enfants représentent, en moyenne, 20 % des demandes déposées auprès des MDPH. Dans 75 % des MDPH, la part des demandes enfants est inférieure à 24 %.

## La part des demandes enfants dans le total des demandes déposées en 2012 varie de 11 % à 35 % - En moyenne, elle est de 20 % Échantillon : 94 MDPH

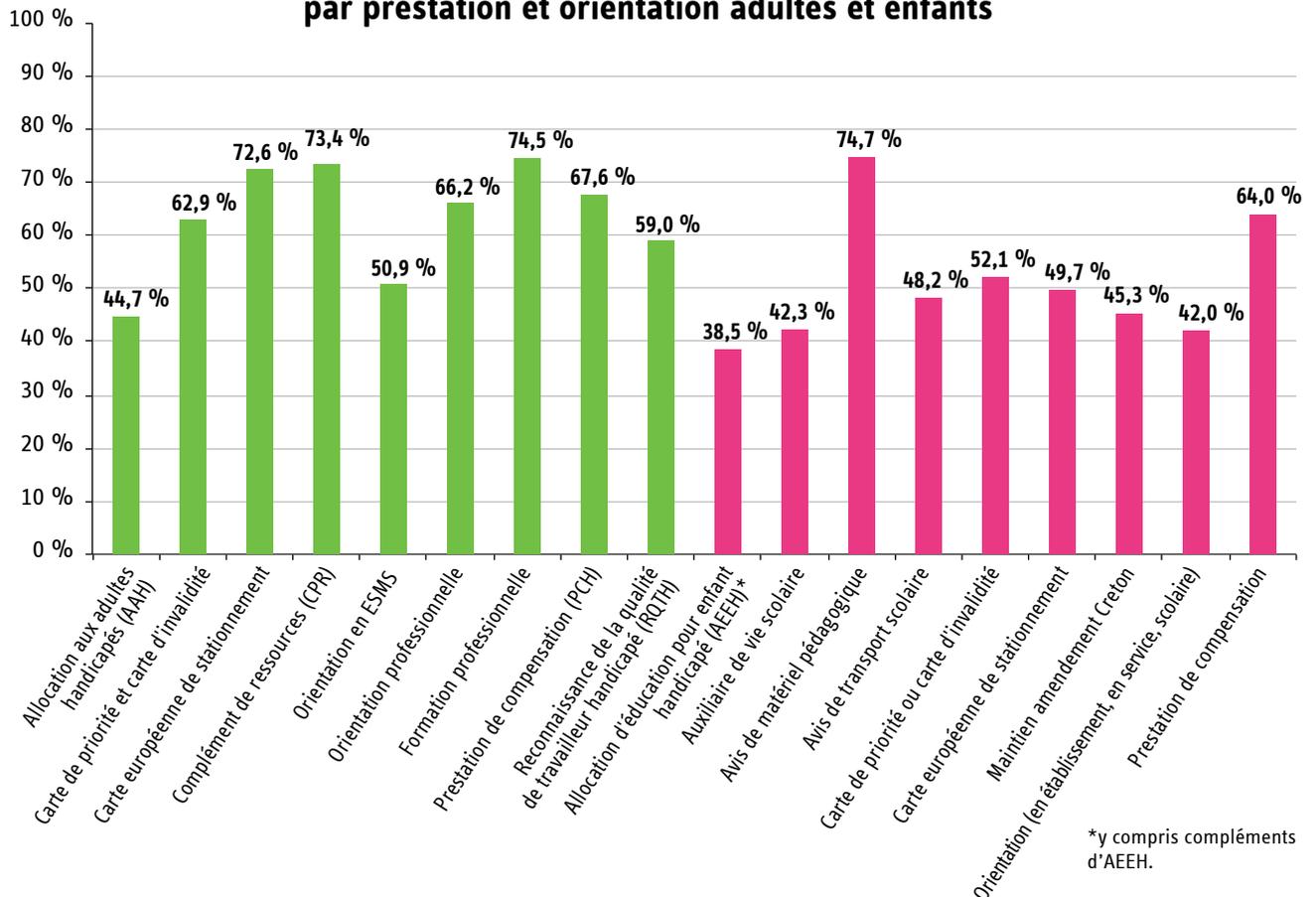


## b. La part des premières demandes est très variable d'une prestation à l'autre

Seule la part des premières demandes dans le total des demandes de cartes, ainsi que d'orientation et de formation professionnelles pour les adultes augmente par rapport à l'année 2011. La part des premières demandes d'AAH et de RQTH, quant à elles, diminue de 3 points et celle de la PCH de 6 points.

Pour les enfants, la part des premières demandes d'AEEH, d'avis de matériel pédagogique et de transport scolaire affiche un petit accroissement par rapport à 2011.

**Part des premières demandes dans le total des demandes en 2012  
par prestation et orientation adultes et enfants**



### MDPH du Pas-de-Calais

S'agissant des premières demandes, elles représentent 67 % des demandes reçues. Cependant, nous pouvons noter une différence sensible entre les enfants (pour lesquels elles représentent 56 % des demandes) et les adultes (pour lesquels elles en représentent 70 %). La raison est sans doute à chercher dans des durées de décisions plus courtes pour les enfants, qui augmentent la part des renouvellements.

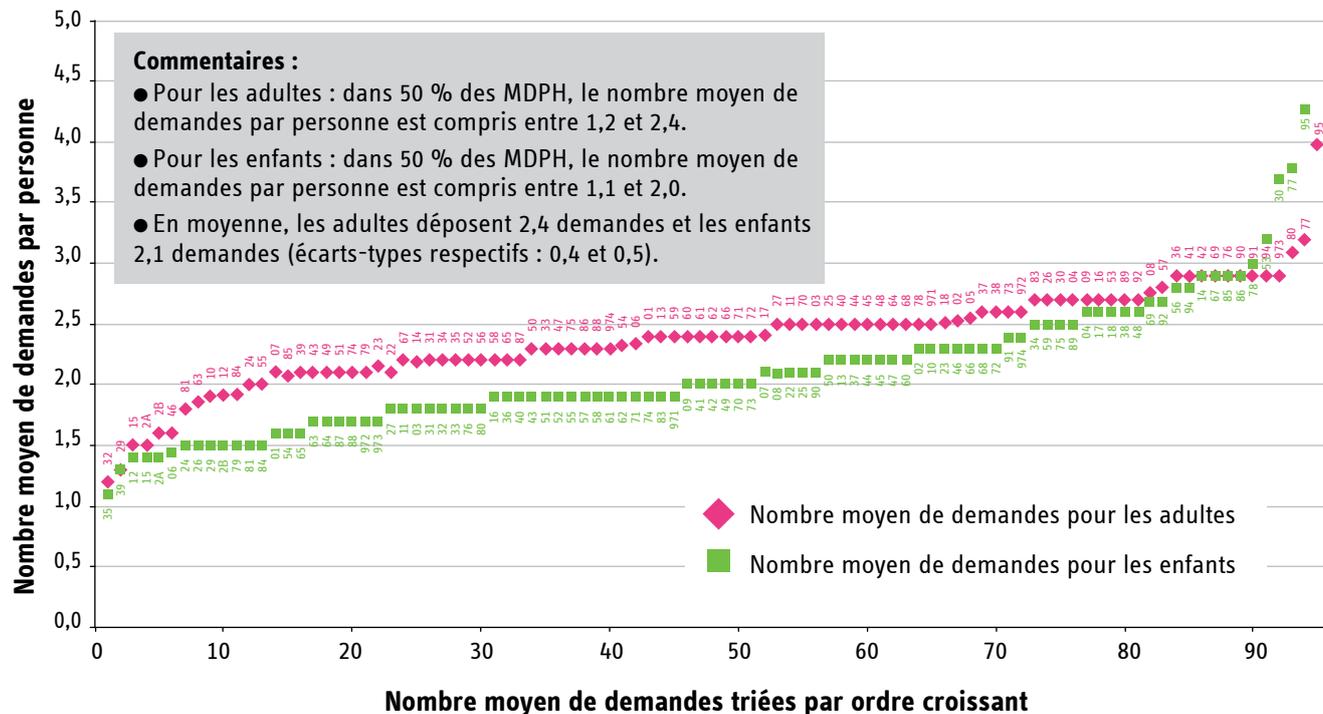
### MDPH de la Guyane

En 2012, la part des premières demandes reste élevée, dépassant 50 % dans la plupart des mesures. L'essentiel des premières demandes constitue des demandes d'orientation professionnelle et de formation. On constate également, parmi les premières demandes, une augmentation des demandes de cartes, notamment les cartes de priorité et d'invalidité.

### c. En moyenne en 2012, les adultes déposent 2,4 demandes et les enfants, 2,1

Si certaines MDPH constatent une relative stabilisation du nombre de dossiers déposés, une augmentation du nombre de demandes par dossier est en revanche à relever, en raison notamment d'évolutions réglementaires.

#### Nombre moyen de demandes déposées par personne 2012 Échantillons : 95 (pour les adultes) et 94 (pour les enfants) MDPH



#### MDPH du Nord

La tendance sur les cinq dernières années montre une relative stabilisation du nombre de dossiers (59 693 en 2008 pour 60 012 en 2012) alors qu'on assiste par ailleurs à une très forte progression du nombre de demandes. L'accroissement d'activité de la MDPH ces cinq dernières années est donc principalement lié à l'augmentation du nombre moyen de demandes par dossier.

#### MDPH de l'Orne

Pour la première année, le nombre de personnes ayant déposé une demande est en baisse par rapport à 2011. Pour autant, le nombre de demandes déposées est, lui, en augmentation constante depuis 2008, passant de 9 692 à 12 714 soit une augmentation de 31 %. Cela représente 19 % de la population ornaise qui a déposé une demande auprès de la MDPH et 43 demandes pour 1 000 habitants (moyenne nationale de 2011, 53 pour 1 000). Cette augmentation est en partie due au fait que, depuis avril 2012, est instruite de façon systématique une demande d'orientation professionnelle (ORP) pour toute demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), ce que nous ne faisons pas précédemment, en particulier pour les salariés en poste de travail.

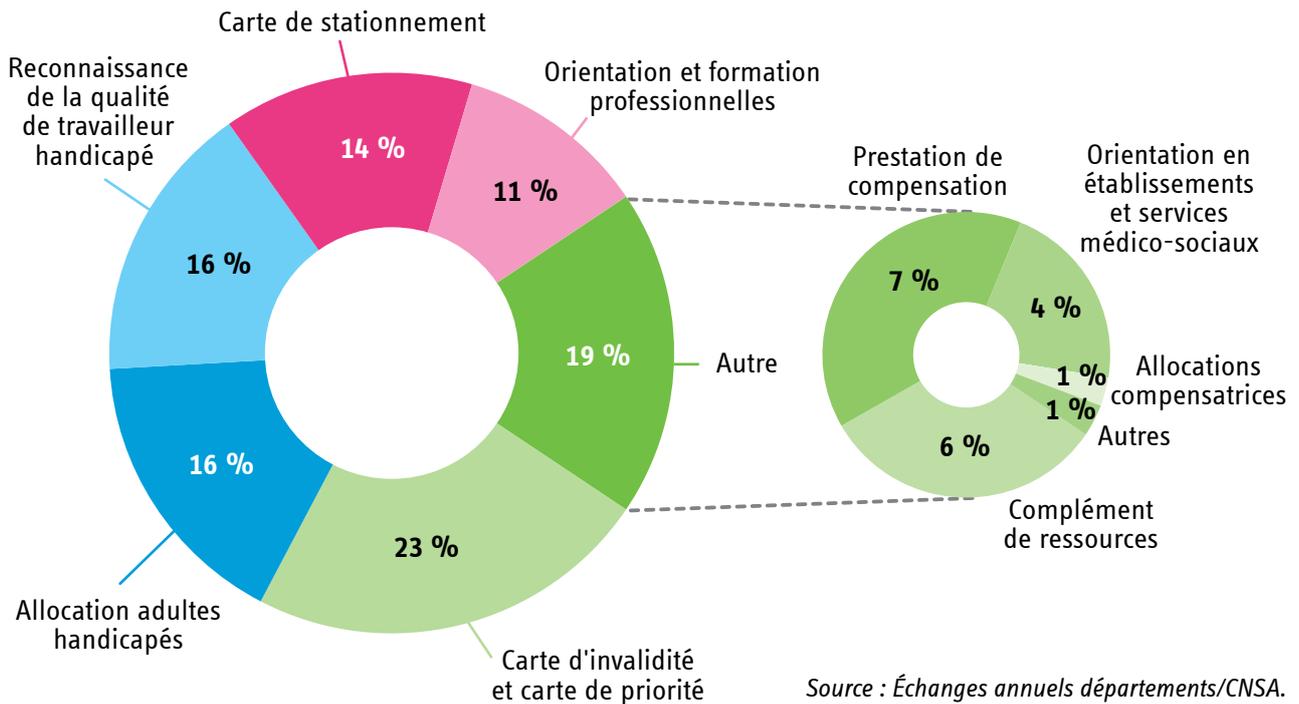
#### MDPH des Pyrénées-Atlantiques

L'activité de ce secteur accuse donc une progression importante de plus de 8 %. Le nombre de demandes par dossier augmente sous l'effet notamment de l'augmentation des demandes d'AAH (+ 6 %), lesquelles nécessitent l'examen de l'opportunité de reconnaître la qualité de travailleur handicapé et de procéder, le cas échéant, à une orientation professionnelle.

## d. La répartition des demandes déposées en 2012 varie peu par rapport aux données 2011

La répartition des demandes adultes est presque superposable à celle de 2011 en dehors d'une augmentation des demandes d'orientation et de formation professionnelles (+ 1 %), alors que les demandes de cartes d'invalidité et de priorité diminuent de 1,5 %. Le nombre de demandes d'AAH reste stable (- 0,5 %).

### Répartition des demandes adultes déposées en 2012 Échantillon : 80 MDPH



#### MDPH de l'Aveyron

En ce qui concerne les demandes adultes, de même qu'en 2011, trois prestations majeures concentrent 70 % de l'activité. Il s'agit des demandes de cartes (carte d'invalidité ou de priorité, carte de stationnement), de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), d'allocation aux adultes handicapés (AAH).

#### MDPH des Yvelines

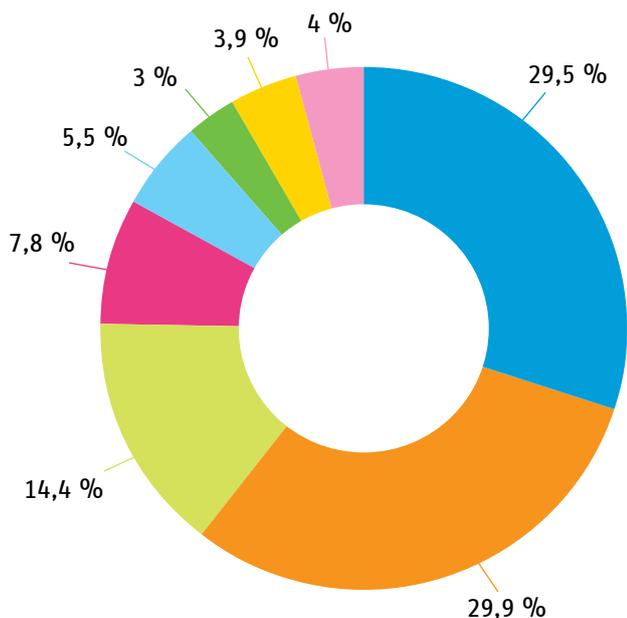
La MDPH a reçu près de 44 000 demandes adultes au cours de l'année 2012, soit une hausse de 7 % par rapport à 2011. Sont demandées principalement : les cartes d'invalidité (CI) ou de priorité (CP), la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), une orientation professionnelle (ORP), une carte européenne de stationnement (CES), l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

#### MDPH des Deux-Sèvres

L'activité concernant les adultes poursuit sa progression, 9 % de plus entre 2011 et 2012. Cette augmentation d'activité, même si elle concerne l'ensemble des droits, se concentre essentiellement autour de l'analyse des besoins de compensation au titre de l'AAH et des restrictions substantielles et durables à l'emploi (RSDAE) ainsi qu'au titre de la PCH.

La répartition des demandes enfants déposées en 2012 fait apparaître une légère augmentation des demandes de PCH (+ 1 %) et des demandes de cartes d'invalidité, de priorité (+ 1 %). Il est à relever une augmentation plus sensible des demandes d'AVS (+ 1,5 %). Les demandes d'orientation en établissements scolaires et établissements ou services médico-sociaux diminuent (- 1,5 %).

### Répartition des demandes enfants déposées en 2012 Échantillon : 70 MDPH



Les avis d'aménagement d'examen, de scolarité, d'orientation, de maintien Creton et de maintien du bénéficiaire des notes au bac ont été exclus de l'analyse de répartition, car il s'agit de missions traitées par le passé en CDES mais qui ne le sont plus forcément dans les MDPH.

- Orientations en ESMS y compris scolaires
- Allocation d'éducation pour enfant handicapé (AEEH) (y compris compléments)
- Auxiliaire de vie scolaire (AVS)
- Carte d'invalidité et de priorité
- Avis de transport scolaire
- Carte européenne de stationnement
- Prestation de compensation (PCH)
- Autres\*

\*Rubrique Autres : maintien d'amendement Creton, avis de matériel pédagogique, autre.

Source : Échanges annuels départements/CNSA.



#### MDPH des Vosges

Le nombre de projets de scolarisation vers le milieu ordinaire continue d'exploser d'où un recours croissant aux auxiliaires de vie scolaire (AVS) et de demandes liées à l'école (matériel pédagogique, transports scolaires...). Ainsi, les demandes de PPS ont considérablement augmenté passant de 1 019 à 1 283 demandes, soit 26 % de hausse, et concernent pour la majorité des enfants de moins de neuf ans (50,11 %) [...]

#### MDPH de la Manche

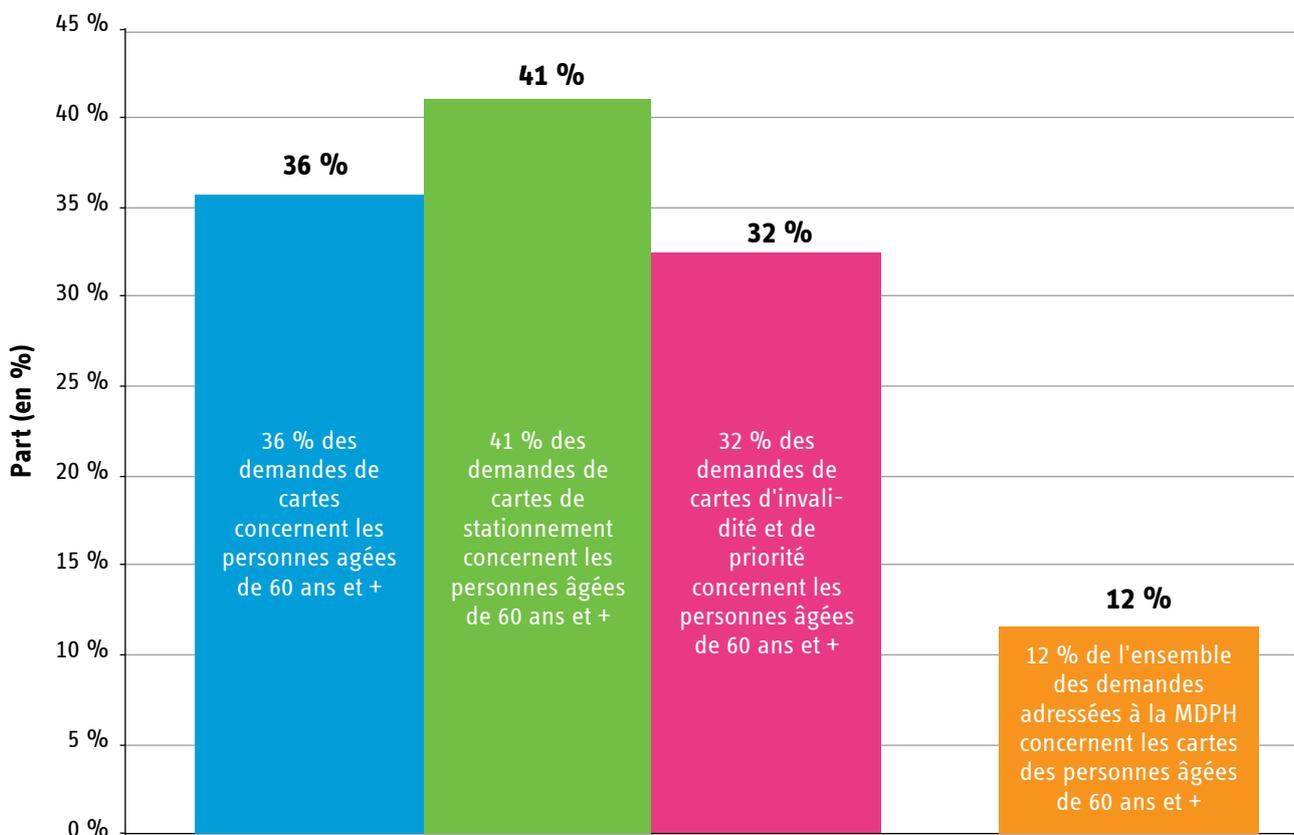
L'afflux massif de demandes sur une période très courte avec une obligation de réponse dans les délais impartis, à savoir avant la fermeture estivale des services de l'inspection académique, est une contrainte importante pour la MDPH, mais également pour l'ensemble des partenaires participant aux évaluations. Les demandes validées augmentent de 19 % sur cette même période. Les demandes d'AVS augmentent de 30 %. Les demandes de TSI baissent de 5 %. Se pose une vraie question sur la qualification des demandes et l'information des parents sur les missions des AVS en milieu scolaire. Certaines familles déposent des demandes d'AVS dans l'espoir de résoudre des difficultés scolaires ou comportementales. Le taux de refus passe de 14 % en 2011 à 13 % en 2012.

## e. Le poids important de l'activité liée aux personnes âgées de soixante ans et plus se confirme en 2012

Cette activité concerne de façon prépondérante les cartes qui représentent 12 % de l'ensemble des demandes adressées à la MDPH (11 % en 2011).

Plus des deux tiers des demandes de cartes déposées (36 %), qui seront traitées par les MDPH, concernent les personnes âgées de soixante ans et plus. Plus précisément, près d'un tiers des cartes de stationnement et 41 % des demandes de cartes d'invalidité et de priorité traitées à la MDPH concernent les personnes de soixante ans et plus.

### Part des demandes de cartes des personnes âgées de soixante ans et plus dans l'activité des MDPH en 2012 Échantillon : 56 MDPH



Part des demandes (de cartes) des personnes âgées de soixante ans et plus dans l'ensemble des demandes de cartes déposées à la MDPH et dans le total des demandes



#### MDPH de la Haute-Saône

L'âge moyen des demandeurs en 2012 ayant fait l'objet d'une décision de carte d'invalidité est de cinquante-quatre ans et demi. 40 % de ces personnes ont soixante ans et plus alors que les moins de vingt ans ne représentent que 5,2 %.

#### MDPH du Calvados

Les demandes de cartes sont les plus nombreuses et représentent 34,08 % des demandes, les demandes de carte européenne de stationnement représentent 55,27 % des demandes. Les demandes des personnes âgées de plus de soixante ans représentent, à elles seules, 39,93 % des demandes de cartes.

## 2. Délais de traitement

En consolidation nationale, le délai moyen de traitement des demandes adultes baisse : 4,4 mois en 2012 pour 4,8 mois en 2011. Le délai de traitement des demandes enfants reste stable : 3,1 mois en 2012, comme en 2011.

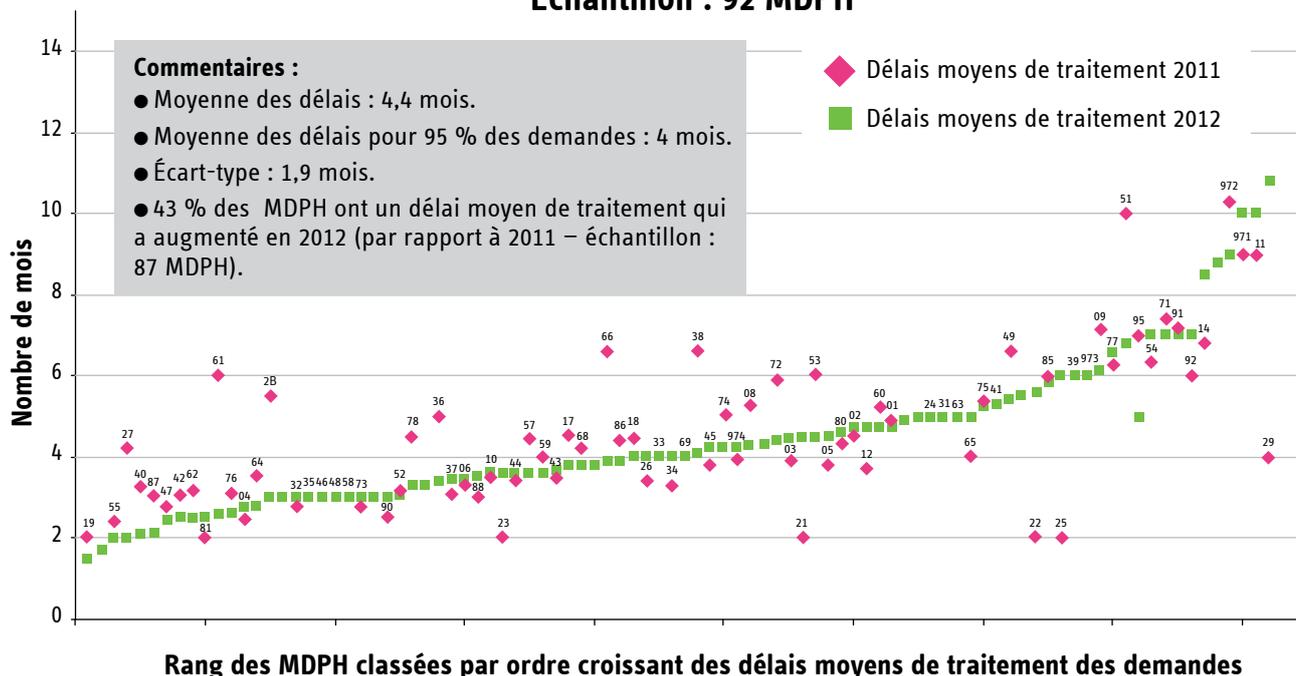
Néanmoins, dans 43 % des MDPH, le délai moyen de traitement des dossiers adultes a augmenté. Cet indicateur, suivi depuis la création des MDPH, doit être analysé avec beaucoup de prudence en raison des divergences d'organisation qui peuvent impacter la manière de comptabiliser les délais de réception des dossiers.

Beaucoup de MDPH détaillent leurs délais de traitement par type de prestations ou précisent la part des dossiers traités dans les délais réglementaires. Ce dernier indicateur a d'ailleurs été plébiscité dans le cadre des ateliers relatifs à la mesure de la qualité de service avec les directeurs en juin, puis en octobre 2013.

L'évolution des délais de traitement dépend étroitement du volume des demandes et des moyens mobilisables. Ainsi, certaines MDPH signalent un allongement des délais en lien avec des absences prolongées pour maladie ou maternité de professionnels, des délais de remplacement des postes vacants...

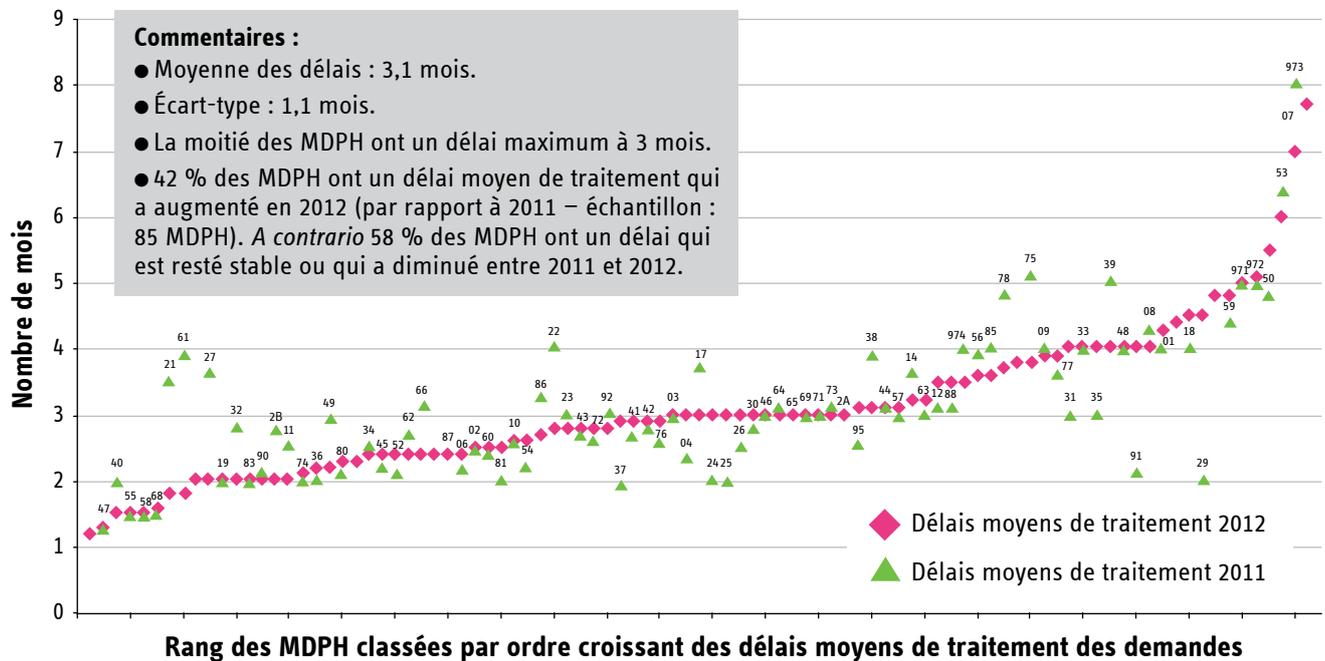
Certains projets structurants comme la mise en œuvre de la dématérialisation des dossiers et de la gestion électronique des documents impactent conjoncturellement les organisations bien rodées des MDPH et peuvent générer un allongement temporaire des délais.

**Délais moyens de traitement des demandes adultes en 2012  
comparés aux délais moyens de traitement des demandes en 2011  
Échantillon : 92 MDPH**



## Délais moyens de traitement des demandes enfants en 2012 comparés aux délais moyens de traitement des demandes 2011

### Échantillon : 93 MDPH



### MDPH de la Savoie

L'année 2012 marque une dégradation des délais moyens de traitement des demandes. Celle-ci est justifiée par l'augmentation significative du volume des demandes traitées en 2012, et ce malgré un investissement constant et soutenu de l'ensemble du personnel. Cette évolution ne nuit pas à la qualité du travail. Cet indicateur nous incite à rester vigilants sur les signes avant-coureurs de dégradation de traitement des demandes et conduit à ajuster au plus près les effectifs en personnes pour assurer une instruction des demandes qualitative, dans des délais réglementaires maîtrisés.

### MDPH de l'Indre

Cette amélioration du délai de traitement des demandes fait notamment suite : à la reprise du travail de l'un des médecins du secteur adulte de la MDPH qui avait été arrêté pendant plusieurs mois en 2010, au recrutement à temps partiel d'un médecin sur le secteur adulte, au recrutement à temps partiel d'un médecin sur le secteur enfant (été 2012).

### MDPH du Doubs

On peut noter en 2012 une augmentation de deux mois du délai de traitement. Cette augmentation est certes due à une augmentation de notre activité qui a été compensée en termes d'ETP grâce au plan de progrès de 2012, mais elle est également à rapprocher du turnover de l'équipe d'évaluation sur cette même période. En effet, l'année 2012 a été marquée par le recrutement et la formation successifs de trois nouveaux évaluateurs arrivés en avril, mai et septembre. Il est à noter que, sur la fin d'année 2012, le retard commençait à se résorber sur ce secteur et que le printemps 2013 devrait annoncer un retour à des délais maîtrisés. Cependant, si 2012 démontre une stabilisation de l'activité, l'effet notable de la réduction du délai d'octroi des AAH L. 821-2 devrait commencer à avoir un effet sur nos organisations le dernier trimestre 2013.

### MDPH du Vaucluse

*Le délai de traitement est en moyenne de 2,8 mois. Néanmoins, ce chiffre cache des disparités dans les délais de traitement de certaines demandes. En effet, ce délai est inférieur à 2,6 mois pour plus de 45,64 % des décisions (cartes et RTH). L'AAH qui représente 19 % des décisions a un délai moyen de 3 mois. Enfin, bien que ce délai soit de 2 mois pour les décisions relatives à la scolarité et les avis de transports scolaires, car les demandes sont très concentrées sur les mois de mars à juin et doivent être traitées en priorité, il peut atteindre 7 mois pour le traitement de la PCH aménagement de logement.*

---

## 3. Gestion des demandes et organisation

Comme les années précédentes, les rapports soulignent les efforts d'optimisation du traitement des dossiers avec cette tension permanente entre efficacité, rapidité du processus et qualité de service rendu. Quelques MDPH témoignent d'un certain essoufflement et des limites de leurs capacités à faire face à une activité quantitativement et qualitativement croissante. Les évolutions législatives et réglementaires comme la réforme de l'AAH ou le domicile de secours impactent les organisations : recherche pour définir le domicile de secours de la personne, demandes de justificatifs...



### MDPH du Pas-de-Calais

*À signaler que la MDPH 62 pratique un contrôle de complétude dit renforcé : il n'est pas limité à la complétude administrative (pièces manquantes), mais également aux prestations venant à échéance. Ainsi, lorsqu'un agent constate qu'une personne fait une demande d'AAH et que sa carte d'invalidité vient à échéance dans l'année, elle lui propose de compléter sa demande qui est alors traitée en une seule fois. Cette pratique facilite l'approche globale des besoins et, complétée par une politique d'uniformisation des dates d'échéance, permet de faciliter la vie de l'utilisateur qui, à l'avenir, fera sa demande en une seule fois pour l'ensemble des prestations le concernant.*

### MDPH de la Haute-Saône

*En lien avec cette réorganisation, les tâches ont été répertoriées et les procédures formalisées. Ce travail va se poursuivre en 2013, comme en 2012, afin de rechercher les gains d'efficacité encore possibles. Ce que l'on peut d'ores et déjà remarquer entre 2011 et 2012, c'est que le nombre de demandes en attente des pièces administratives pour la reconnaissance du dossier complet s'est réduit considérablement, en lien avec les procédures de rappel mises en œuvre par les agents instructeurs auprès des personnes handicapées. Alors que le délai entre la réception de la demande et des pièces complémentaires était de plus de cinquante jours, il est désormais de vingt-huit jours en moyenne. Le nombre de dossiers ayant mis plus d'un an à être complets a diminué de moitié, y compris pour ceux ayant mis plus de six mois, alors que la proportion de ceux qui ont mis plus de trois mois a baissé de 61 %. Paradoxalement, le nombre de demandes déposées complètes sur le plan administratif a diminué passant de 25 % à 22,8 % [...] Pour information, au 31 décembre 2012, il restait plus de 300 dossiers en cours pour lesquels la MDPH n'avait pas obtenu les éléments médicaux malgré plusieurs relances. Certains de ces éléments sont demandés et attendus depuis 2011 [...]*

## MDPH du Val-de-Marne

*En 2012, pour faire face à la complexité des missions, au pic d'activité et à l'absence d'agents, et ce en vue de maintenir la continuité du service à l'usager, la MDPH a dû faire appel à des personnels en remplacement pour 5,17 ETP (dont 1,25 en remplacement d'agents de l'État), en renfort pour 4,75 ETP et saisonniers pour 2,33 ETP. 47,71 % des effectifs de la MDPH sont aujourd'hui âgés de plus de cinquante ans, la tranche d'âge des plus de cinquante-huit ans comprend seize agents. Au niveau de l'Éducation nationale, la moitié de l'équipe partira à la retraite à la rentrée scolaire 2014, ce qui pose la question de la transmission des compétences [...] L'application de la loi Paul Blanc sur le domicile de secours a été l'une des évolutions marquantes de cette année et a eu un impact important sur le travail des agents instructeurs. En effet, cette notion a eu pour conséquence de faire évoluer les pratiques quant à l'idée de recevabilité. Désormais, pour toute demande reçue, les agents instructeurs doivent faire des recherches plus fines pour s'assurer de la compétence de la MDPH.*

### a. Plusieurs MDPH privilégient la polyvalence de l'instruction

Un nombre croissant de MDPH s'engagent en effet dans des modifications organisationnelles afin de disposer de plus grandes souplesse et réactivité grâce à la polyvalence des agents chargés de l'instruction.



#### MDPH de la Meuse

*Les instructeurs sont aujourd'hui entièrement polyvalents sur l'instruction des demandes. Ainsi, sous la responsabilité du chargé de mission qualité, le travail des instructeurs évolue en fonction de l'activité de la MDPH : ils vont ainsi être tantôt sur des dossiers enfants, tantôt sur des dossiers adultes, tantôt travailler sur de la saisie informatique des résultats d'une commission, tantôt sur l'envoi des dossiers à la caisse d'allocations familiales... Cette organisation, permise par la petite taille de notre MDPH, permet non seulement de s'adapter au mieux aux besoins de la MDPH en rendant très polyvalents ses personnels, mais aussi d'offrir aux personnels une certaine diversité des tâches de travail évitant ainsi au maximum la lassitude et ouvrant l'ensemble du processus d'instruction à chacun.*

#### MDPH du Territoire de Belfort

*L'objectif est de créer une seule entité d'instruction permettant de répondre à l'exigence législative d'une réponse globale à l'usager et donnant une plus grande souplesse dans les modalités d'intervention des pôles. Deux chantiers ont donc été menés conjointement : l'un visant la polyvalence des instructeurs et la création d'une « double compétence » ; l'autre finalisant la création du dossier papier unique de l'usager (PCH et autres droits). Faire évoluer les modes d'intervention a certes fragilisé notre organisation et nous avons dû accepter que la fluidité du parcours du dossier ainsi que les délais de traitement soient impactés durant quelques mois.*

#### MDPH de l'Ardèche

*L'organisation actuelle des services a été mise en place en 2011. À ce jour, nous pouvons évaluer que la mise en place de la polyvalence des secteurs adulte/enfant sur le secteur instruction est bénéfique pour le service, mais aussi pour les agents. Ce nouveau mode d'organisation leur a permis d'appréhender et d'élargir leurs connaissances, compétences sur un nouveau champ du handicap.*

#### MDPH de l'Oise

*Six ans après, on constate que l'identification de deux pôles d'instruction a généré un sentiment d'appartenance fort qui entrave parfois la fluidité des parcours des usagers amenés à passer d'un pôle à l'autre. De plus, l'outil informatique a évolué vers un logiciel de traitement unique. Afin de faire évoluer les pratiques internes, dans l'intérêt des personnes handicapées et des services, la commission exécutive, le 20 juin 2012, a approuvé la fusion des deux pôles adultes et enfants en un pôle unique d'instruction.*

## b. Et s'engagent dans de nouveaux projets de service



### **MDPH des Hautes-Pyrénées**

*Après six ans de fonctionnement, une réflexion a été engagée en 2012 afin de faire évoluer l'organisation des services avec pour objectif d'harmoniser les pratiques pour une équité d'accès aux droits, de rendre plus visible l'organisation de la MDPH, d'améliorer le recueil des besoins des équipes pluridisciplinaires (outil, formation, partenariat, coordination).*

### **MDPH de la Charente-Maritime**

*Une réflexion approfondie sur l'organisation s'est mise en place en 2012 avec la démarche Projet Qualité Évaluation, mission d'accompagnement au changement initiée par la comex et menée avec l'appui d'un cabinet extérieur.*

### **MDPH du Lot**

*Dans le cadre du projet d'administration départementale, l'équipe de direction du Conseil général a souhaité que chaque service se dote d'un projet de service afin de formaliser dans un cadre commun les axes de travail et les grandes orientations du service. Il a été convenu que la MDPH soit partie prenante de ce travail. En 2012, sa mise en œuvre a débuté.*

### **MDPH du Cantal**

*Dans un contexte où la charge de travail est en constante augmentation, il devenait indispensable de revoir l'organisation des services en s'interrogeant sur les pratiques et les procédures mises en œuvre. Une réflexion concertée avec la direction et le personnel s'est engagée. Elle a permis de mettre en exergue les points clés susceptibles d'ajustement et les particularités des partenaires extérieurs qui s'imposent à la MDPH (ex. : cycle de l'année scolaire). Un début d'amélioration a été apporté en 2012, mais c'est un chantier qui s'ouvre et qui se poursuivra sur les cinq prochaines années ; ceci, pour tenir compte des départs en retraite en 2015 et des réformes légales ou réglementaires à venir.*

### **MDPH de l'Essonne**

*La MDPH de l'Essonne a finalisé sa réorganisation. L'ensemble du plan d'action élaboré avec les agents et l'accompagnement d'un cabinet a été engagé au cours du premier semestre 2012 : mise en place d'une cellule de traitement accéléré pour les demandes de cartes, établissement de procédures d'instruction, refonte des pratiques d'évaluation, signature, après contrôle, des notifications des décisions par les instructeurs, gestion de la classothèque<sup>1</sup>, mise en place de tableau de bord de suivi de l'activité... Un séminaire spécifique de clôture en juin 2012 s'est tenu avec l'ensemble des agents, et a permis de poser des constats d'améliorations, notamment sur l'accueil, la nouvelle configuration de travail des instructeurs administratifs, la gestion de la classothèque et la mise à disposition d'outils de travail : guide instructeur, guide des prestations, fiches de procédures...*

<sup>1</sup> Lieu de rangement et d'archivage des dossiers des MDPH (Note de l'éditeur).

### c. Ces différents travaux et réflexions ont été soumis aux instances de concertation du personnel des MDPH, conformément aux dispositions de la loi de 2005



#### MDPH du Cher

*L'instance de concertation a pour mission de favoriser le dialogue entre les salariés et les membres de la commission exécutive du GIP. À ce titre, elle est consultée pour les questions suivantes : élaboration et évolutions éventuelles du règlement intérieur de la MDPH – organisation et fonctionnement des services – programmes de modernisation des méthodes et des techniques de travail et leur incidence sur la situation des agents – consultation sur l'aménagement des locaux et les achats importants de matériel – grandes orientations portant sur l'accomplissement des tâches de services – hygiène et sécurité – formation... Elle est également informée sur le budget de fonctionnement du GIP MDPH. Elle se réunit au moins trois fois par an.*

#### MDPH de la Loire-Atlantique

*La commission locale de concertation, composée de deux représentants du personnel, la directrice et son adjointe, s'est réunie à deux reprises. Les différents échanges ont porté sur l'ajustement du règlement intérieur du fonctionnement de la MDPH (gestion des absences), le fonctionnement des équipes, dont la réorganisation du secteur plus de vingt ans, le plan de formation et la mise en place d'un protocole pour sécuriser les professionnels de l'accueil et le public accueilli en cas d'agression.*

#### MDPH de la Nièvre

*Par délibération de la comex en date du 26 octobre 2012, une commission locale de concertation a été mise en place et placée sous la présidence du directeur de la MDPH. Cette commission se réunit au moins deux fois par an et est chargée, conformément aux missions précisées dans le règlement intérieur de la MDPH 58, de favoriser le dialogue et la concertation dans la mise en œuvre de l'organisation de la MDPH en prenant en compte les besoins et les attentes collectifs des personnels qui y exercent. La première réunion de la CLC a eu lieu le 17 décembre 2012.*

## 4. Les rapports 2012 sont l'occasion de repérer l'évolution des relations entre la MDPH et le conseil général

### a. Vers un certain niveau d'intégration ou de rapprochement des MDPH avec les services du conseil général

Dans un certain nombre de départements, la même personne assure les fonctions de directeur de la MDPH et du service PH ou autonomie du conseil général.



#### MDPH du Morbihan

*La MDA n'est pas intégrée dans les services du Conseil général et dispose dans les faits d'un bon niveau d'autonomie. Le Département exerce sa tutelle administrative et financière par l'intermédiaire de sa direction générale des interventions sanitaires et sociales (DGISS) qui entretient des liens conséquents avec la MDA.*

### **MDPH de la Haute-Garonne**

*La MDPH est rattachée à la direction de l'autonomie des personnes âgées et handicapées du Conseil général confirmant ainsi l'engagement du Conseil général de la Haute-Garonne dans le champ du handicap. Ce choix organisationnel d'intégration permet au GIP MDPH de la Haute-Garonne de s'appuyer sur l'expertise des différentes directions de la collectivité dans son fonctionnement quotidien.*

### **MDPH du Jura**

*Le service personnes handicapées du Conseil général, dont l'objet est l'aide sociale à l'hébergement des personnes handicapées, a rejoint la Maison départementale des personnes handicapées au moment de son regroupement sur un même lieu en janvier 2007. La MDPH étant définie comme un guichet unique, il paraissait plus lisible que les politiques sociales traitant du handicap soient toutes regroupées. C'est ainsi que la directrice de la MDPH est aussi chef du service personnes handicapées (20 % ETP).*

### **MDPH de l'Isère**

*La territorialisation initiée par le département en janvier 2006 a conduit à la création de treize maisons du Conseil général. Elles regroupent les services chargés des différents métiers du Conseil général (aménagement, éducation, insertion et famille, autonomie, ressources). Les treize services autonomie assurent le traitement administratif de toutes les demandes liées à l'âge et au handicap, évaluent les demandes d'APA et de prestation de compensation du handicap (pour les adultes vivant à domicile).*

---

## **b. Des projets ou des réflexions en cours pour plus de rapprochement des services du conseil général et de la MDPH, ou qui conduisent à la création de maisons de l'autonomie comme dans le Gard, la Creuse, l'Ariège, le Vaucluse, le Gers, la Corrèze, la Charente-Maritime, la Manche...**



### **MDPH de l'Yonne**

*Aujourd'hui, l'objectif est de tendre vers une maison de l'autonomie, avec un rapprochement des équipes, un accueil téléphonique unique, un accueil en territoire commun PA/PH, une coordination commune quel que soit l'âge de l'utilisateur, par territoire d'intervention sur le département.*

### **MDPH de Maine-et-Loire**

*Le projet de MDA a émergé en 2009, les travaux d'études ont été conduits en 2010 et 2011. 2012 fut l'année de formalisation du projet avec un élargissement de la réflexion vers la création d'une direction de l'autonomie au sein du Conseil général, à laquelle sera intégrée la MDA. Le Conseil général a décidé de créer une maison départementale de l'autonomie, lieu réservé à l'accueil, l'information et l'accompagnement dans leurs démarches administratives de toutes les personnes confrontées à la perte d'autonomie.*

### **MDPH des Alpes-de-Haute-Provence**

*Les personnels assurant des missions d'évaluation médico-sociales n'apparaissent plus en tant que tels dans l'organigramme MDPH et sont placés sous l'autorité des chefs des services-ressources du Conseil général. Toutefois, le groupement d'intérêt public rembourse au Département les salaires des médecins et des travailleurs sociaux. Les salaires des infirmières restent quant à eux à la charge du Conseil général.*

**MDPH de la Loire**

*La création d'une maison Loire Autonomie a favorisé une organisation fonctionnelle transversale au service de l'autonomie. Un projet de service a été pensé autour de quatre missions : accueil, accompagnement et coordination – évaluation médicale et médico-sociale – gestion des droits et procédures administratives – veille juridique, médiation, conciliation, contentieux et recouvrement. La création de la maison Loire Autonomie s'est accompagnée d'actions de communications territoriales auprès des élus, du personnel et des partenaires.*

**MDPH de Seine-et-Marne**

*Le département de Seine-et-Marne a engagé une réflexion visant à rapprocher les organisations de la DGA-Solidarité et la MDPH dans le cadre d'un « pôle âge et handicap ». Tout au long de l'année, un comité de pilotage et un comité technique se sont réunis en vue d'établir un diagnostic permettant de finaliser cette nouvelle organisation.*

---



## 2

## Une mission d'accueil qui s'adapte dans toutes ses dimensions

Face à une demande croissante, les MDPH ont, depuis leur création, largement investi leur mission d'accueil dans toutes ses dimensions : physique, téléphonique, courrier papier et électronique.

L'évolution de l'activité d'accueil des MDPH est très variable d'un département à l'autre et selon les types d'accueil. Certains départements font état d'une baisse de l'accueil physique au profit de l'accueil électronique.

L'accueil est assez illustratif des effets positifs ou négatifs des différentes stratégies déployées par les MDPH pour améliorer leur efficacité et la qualité de service. En effet, l'évolution du nombre, des modalités et du contenu des appels, par voie électronique ou physique, témoigne de la compréhension des dispositifs par les usagers, de la rapidité des processus et des délais de traitement.



### MDPH de la Gironde

*Le nombre d'appels reçus en 2011 avait augmenté de presque 5 %, mais en 2012, il explose avec une évolution de + 21 %, ce qui entraîne d'autant plus la dégradation du nombre d'appels répondus.*

### MDPH de l'Ardèche

*Le nombre d'appels téléphoniques a diminué. L'explication se situe sur deux niveaux. Depuis 2011, il y a un enregistrement journalier systématique du courrier arrivé. Les personnes en charge de l'accueil téléphonique sont donc en mesure de répondre précisément sur la réception des demandes et leur situation au regard du circuit de l'instruction. Ainsi, les personnes ne renouvellent (démultiplient) pas systématiquement leurs appels. C'est aussi et surtout une amélioration significative des délais de réponse aux demandes.*

### MDPH de la Lozère

*En 2012, 3 128 personnes se sont présentées à la MDPH pour une demande d'information (3 746 en 2011). Le nombre d'appels téléphoniques est de 5 566 en 2012 (6 085 en 2011). L'évolution de la qualité de service notamment en termes de délais de réponse, de traitement global sans distinction d'âge et de clarification des notifications est facilitatrice et peut expliquer la baisse constante des sollicitations à l'accueil général. Il conviendra d'analyser la nature des demandes pour clarifier cette évolution.*

### MDPH de l'Eure

*En 2012, l'accueil physique a vu son activité augmenter de l'ordre de 20 %. Nous constatons que la nouvelle implantation de notre MDPH a facilité le déplacement des personnes favorisant une accessibilité plus aisée aux services de la MDPH.*

## 1. Le nombre de personnes rencontrées ou d'appels reçus par jour varie d'une MDPH à l'autre

La CNSA ne dispose pas de données consolidées relatives à l'accueil. Quelques MDPH s'équipent d'outils de suivi automatisé des contacts. Le nombre d'appels téléphoniques évoqué dans les rapports d'activité peut parfois correspondre à la totalité des appels reçus à la MDPH : accueil, instruction et évaluation confondus.



### MDPH des Bouches-du-Rhône

*En 2012, 34 892 personnes contre 42 620 en 2011 ont été reçues à l'accueil de la MDPH pour un effectif moyen de 2,8 ETP. Soit 174 personnes en moyenne par jour sur la base de 200/j travaillés, soit 62 personnes par agent et par jour. En 2012, la plate-forme accueil téléphonique a fonctionné avec un effectif moyen de 3,6 ETP. Elle a reçu 41 464 appels, soit, sur 200 jours ouvrés, 57 appels par jour et par agent.*

### MDPH de l'Aube

*En 2012, la fréquentation moyenne est beaucoup plus équilibrée et ne décroît que de manière très symbolique. En moyenne, la MDPH a effectué trente-deux accueils physiques par jour d'ouverture.*

### MDPH de Seine-Saint-Denis

*En 2012, 35 576 personnes se sont rendues au pôle accueil et communication de la MDPH où des agents ont pu les renseigner et les accompagner, soit une augmentation de 3,8 % par rapport à 2011. Moyenne par agent par jour (trois agents, dont un en pré accueil) : cinquante-quatre. Soit dix personnes reçues en plus par jour en moyenne, en comparaison avec 2011.*

### MDPH du Loiret

*Le service accueil a reçu 8 336 usagers soit une moyenne de 34 usagers par jour. Le taux de fréquentation annuel de la MDPH a diminué de 7 % [...] À cet accueil physique s'ajoutent les communications téléphoniques. Les agents d'accueil ont été en capacité de prendre en charge 14 259 appels soit 59 en moyenne par jour, ce qui représente une évolution de 1 % comparativement à 2011.*

## 2. L'organisation de l'accueil est très variable d'un département à l'autre

### a. Les contenus des différents niveaux d'accueil recouvrent parfois des périmètres de prestations différents

Mais on retrouve dans la plupart des MDPH la notion d'accueil de premier niveau, informatif et plus généraliste, et de deuxième niveau, plus approfondi.

Pour mémoire, la CNSA dans le cadre de sa démarche de définition de la qualité des données recueillies sur l'activité des MDPH (groupe de travail réunissant des MDPH) a proposé les définitions suivantes :

- **L'accueil de premier niveau** est un accueil généraliste assuré par un agent d'accueil. Il concerne le « tout-venant » ne justifiant pas un espace de confidentialité (renseignement à la banque d'accueil) : délivrance de documents à remplir, orientation des personnes dans le dispositif, informations sur le suivi du dossier, vérification des droits ouverts de la personne, aide au remplissage du formulaire, vérification de la complétude du dossier... L'accueil de premier niveau peut être physique, téléphonique, électronique, courrier ou par un téléservice.

Cet accueil peut éventuellement déboucher vers un accueil de deuxième niveau (sur rendez-vous ou non selon l'organisation de la MDPH).

- **L'accueil de deuxième niveau** est spécialisé et approfondi. Il se définit par la notion de confidentialité et par le type de compétence mobilisée nécessaire pour approfondir la demande de l'utilisateur (agent instructeur, travailleur social, RIP...). Il concerne notamment les demandes dites « complexes ».

Si l'accueil est physique, il s'agit de recevoir la personne dans un espace garantissant la confidentialité, éventuellement sur rendez-vous, de prendre du temps. L'accueil de niveau deux peut être téléphonique, éventuellement sur rendez-vous. Les courriels et les courriers semblent des moyens moins appropriés, mais sont possibles.

Ces deux modalités d'accueil se sont ainsi développées et sont mises en œuvre le plus souvent en mobilisant des compétences distinctes. Le premier niveau fait appel, dans la plupart des départements, à des agents dits d'accueil ayant plutôt un profil administratif ou aux agents instructeurs des dossiers, qui viennent ainsi participer à la mission d'accueil.

L'accueil de deuxième niveau peut être assuré par un profil administratif ou technique comme un travailleur social dédié à la fonction d'accueil. Il n'est pas rare cependant, selon l'objectif fixé par la MDPH, qu'un ou plusieurs membres de l'équipe pluridisciplinaire participent à l'accueil lorsqu'il s'agit d'approfondir une situation individuelle.

Dans ce cas, l'entretien réalisé peut contribuer à effectuer une première évaluation des besoins de la personne, apporter une aide à la formulation d'une demande ou contribuer au suivi d'un dossier en cours.



### **MDPH du Nord**

*L'accueil en borne de premier niveau a pour objectif d'apporter tout renseignement aux personnes qui s'y présentent, de délivrer des formulaires ou des plaquettes d'information, de réceptionner les demandes déposées ou encore d'accueillir les usagers et/ou partenaires qui viennent pour un rendez-vous ou une réunion. Un accueil dit de second niveau est effectué en box assurant la confidentialité des échanges. L'accueil en box de second niveau a pour objectif d'aller plus en détail dans l'échange avec la personne accueillie, que cela soit pour la renseigner sur le traitement de son dossier en cours ou pour l'accompagner dans l'expression de sa demande, de son projet de vie.*

### **MDPH des Ardennes**

*Dans les situations complexes nécessitant l'intervention d'un professionnel du champ médico-social, l'agent d'accueil peut proposer à la personne un rendez-vous avec un membre de l'équipe d'évaluation des besoins de compensation. Ce temps d'échange appelé « entretien de deuxième niveau » donne lieu à un décryptage approfondi de la situation ainsi qu'à une préévaluation des besoins de la personne handicapée.*

## b. Les agents d'accueil peuvent alterner les postes (accueil physique, téléphonique et réponse aux courriers électroniques)

Dans certaines MDPH, les agents instructeurs participent à l'accueil. Après avoir expérimenté une certaine polyvalence voire la participation des agents d'accueil à l'instruction ou à la numérisation des dossiers, d'autres recentrent leurs agents sur leur cœur de métier d'accueil.



### MDPH de l'Aisne

*Afin de professionnaliser la fonction d'accueil, la création d'un pôle spécifique pour l'enregistrement des dossiers a permis aux agents du pôle accueil de se recentrer sur leurs missions d'accueil physique et téléphonique.*

### MDPH de Paris

*La fonction « accueil » repose sur une équipe polyvalente d'une dizaine de chargés d'accueil, formés aux techniques générales et spécifiques d'accueil en direction du public en situation de handicap psychique. Cette équipe fonctionne en alternance sur les trois types d'accueil : physique, téléphonique et électronique et en journée continue.*

### MDPH de la Meuse

*L'accueil téléphonique de la MDPH de la Meuse est assuré de 8 h 30 à 17 h 30, sans interruption, du lundi au vendredi, soit quarante-cinq heures hebdomadaires. L'accueil physique, quant à lui, est assuré de 9 h à 17 h, sans interruption, du lundi au vendredi, soit quarante heures hebdomadaires à la MDPH, située à Bar-le-Duc. Un roulement est alors organisé avec les agents instructeurs, voire avec les cadres de la MDPH, afin d'assurer cette continuité de service.*

## c. Les professionnels de l'accueil sont parfois multitâches

En effet, les unités chargées de l'accueil se voient également confier des tâches de vérification de la complétude du dossier et de préorientation, voire de préévaluation. Elles peuvent parfois s'inscrire dans le processus de numérisation du dossier.



### MDPH du Tarn

*Le service accueil gère également l'arrivée du courrier et capte les demandes transmises en ligne. Cette démarche est une innovation pour les services du Conseil général, la MDPH l'a expérimentée à compter de septembre 2012, notamment avec les services de tutelle.*

### MDPH de la Guyane

*Outre l'accueil téléphonique et physique, une grande part de l'activité du service est consacrée à l'enregistrement des demandes sur le logiciel IODAS ; l'établissement des accusés de réception ; l'enregistrement de toutes les pièces complémentaires lors la remise du dossier par les usagers ; le scannage des dossiers ; la recherche, à la classoèque, des dossiers comportant une demande de renouvellement des droits, afin de les remettre aux responsables de l'instruction. Cette organisation fort contraignante compte tenu de la multiplicité des fonctions oblige les agents d'accueil à une certaine polyvalence [...]*

### 3. Quelques MDPH signalent leur installation dans des locaux définitifs plus accessibles



#### MDPH des Alpes-de-Haute-Provence

*L'année 2012 a été marquée par l'emménagement de la MDPH 04 dans ses locaux définitifs. Bénéficiant d'une construction répondant nécessairement aux normes d'accessibilité, ces locaux situés à proximité du centre-ville, non loin d'autres administrations publiques (Préfecture, Conseil général, Pôle emploi), la MDPH pourra recevoir le public handicapé dans des conditions optimisées sur plus de 600 m<sup>2</sup>.*

#### MDPH de l'Ain

*L'année a d'abord été marquée par le déménagement sur le site de La Madeleine en juin 2012 permettant, après un temps d'ajustement, l'amélioration des conditions matérielles de travail des personnels et d'accueil des usagers.*

#### MDPH de la Manche

*Avec la création de la MDA, le rapprochement des équipes de la MDPH et du Conseil général était indispensable. Pour ce faire, la Maison des solidarités de la Manche a fait l'objet de travaux d'accessibilité à tous les types de handicap. Ces travaux ont été menés en collaboration avec les associations représentatives qui ont pu émettre leur avis et ont permis ainsi, outre le respect des textes, de bénéficier de locaux réellement adaptés. Ce travail devra dans les années à venir se poursuivre afin que les points d'accueil (centres médico-sociaux) soient également adaptés.*

### 4. Le mouvement de territorialisation de l'accueil s'amplifie

Cette territorialisation de l'accueil répond à un besoin d'accessibilité et de rapprochement des lieux d'accueil du public de son lieu de vie.

#### a. Elle s'organise autour d'antennes ou de permanences assurées par des professionnels de la MDPH comme dans la Meuse (55) ou le Tarn (81)



#### MDPH de la Haute-Garonne

*Les missions de la MDPH de la Haute-Garonne sont relayées au sud du département à Saint-Gaudens grâce à une antenne installée place Pégot.*

#### MDPH des Landes

*Au regard des principes d'information et de proximité posés lors de la création de la MDPH, le pôle accueil est présent sur différents sites accessibles dans le département des Landes et dispose ainsi d'un important maillage territorial [...] Ainsi, en plus d'un site unique basé à Mont-de-Marsan, la MDPH dispose d'antennes locales à Pissos, Tarnos, Cauneille et Parentis-en-Born. Afin de renforcer cette proximité d'accueil, une nouvelle antenne a ouvert à Saint-Paul-lès-Dax en septembre 2012.*

### **MDPH de Lot-et-Garonne**

*Au total, vingt-cinq demi-journées de permanences ont eu lieu dans les différents centres médico-sociaux du département : huit demi-journées à Villeneuve-sur-Lot – cinq demi-journées à Marmande – quatre demi-journées à Tonneins – quatre demi-journées à Nérac – quatre demi-journées à Fumel.*

### **MDPH de la Moselle**

*Face à cette augmentation, et en vue de se rapprocher du public et des partenaires, les agents d'accueil de la MDPH organisent des permanences décentralisées au sein des maisons du département (quinze permanences par mois). Il est à noter que l'accueil décentralisé représente environ 10 % des personnes reçues avec la mobilisation d'un poste.*

---

## **b. Mais prend le plus souvent appui sur les dispositifs d'accueil territorialisés du conseil général (unités territoriales) comme en Indre-et-Loire (37), dans les Deux-Sèvres (79), les Yvelines (78), le Morbihan (56), en Seine-et-Marne (77), dans les Alpes-Maritimes (06), la Loire-Atlantique (44)**

Le dispositif d'accueil des personnes en situation de handicap sur les territoires s'adosse effectivement majoritairement aux structures d'accueil du conseil général (circonscriptions d'action sociale, antennes sociales) ou aux dispositifs historiquement dédiés à l'accueil des personnes âgées, comme les CLIC et les CCAS. Certaines MDPH développent des relais associatifs. Dans ce cas, les relations partenariales font l'objet de conventions : 44 % des MDPH ont passé des conventions pour l'accueil de premier niveau et 36 % pour l'accueil de deuxième niveau.



---

### **MDPH de l'Hérault**

*Afin de développer la qualité de service et permettre un accès équitable à l'information sur le territoire, de nouveaux points d'accueil physique et téléphonique sont ouverts depuis septembre 2011 et localisés dans les unités territoriales d'action gériatrique (UTAG) : Montpellier Millénaire – Clermont-l'Hérault – Pézenas – Saint-Pons – Sète – Lunel. Ces points de proximité permettent le retrait de formulaires et assurent une information généraliste de premier niveau auprès des usagers. L'instruction des demandes reste centralisée à Montpellier.*

### **MDPH du Bas-Rhin**

*Dans une logique de proximité avec les usagers, le Conseil général et la MDPH souhaitent développer un réseau opérationnel de proximité afin d'offrir aux personnes en situation de handicap un premier niveau d'accueil physique et d'information au plus proche de leur lieu de résidence. L'UTAMS est identifiée comme un relais de la MDPH. Concrètement, les centres médico-sociaux, lieux d'accueil médico-social ouverts au public au moins quatre jours par semaine seront ces relais en territoire.*

### **MDPH des Hautes-Alpes**

*La MDPH des Hautes-Alpes comprend un siège situé à Gap et neuf antennes portées par les maisons des solidarités (MDS), structures déconcentrées de l'Hôtel du département.*

### **MDPH de la Mayenne**

*La MDPH n'accueille les usagers que dans ses locaux à Laval. Sur le territoire, c'est le service social de proximité du Conseil général qui les accompagne dans le dépôt d'une demande et un CLIC qui a aussi compétence pour l'accueil des personnes en situation de handicap.*

**MDPH du Rhône**

*L'accueil relève en premier lieu des cinquante et une maisons du Rhône (MDR), interlocutrices des usagers. L'organisation de l'accueil est du ressort de chaque directeur de MDR et revêt des formes différentes selon la taille de la structure. Ainsi, si dans certaines MDR un agent d'accueil reçoit l'ensemble des demandeurs (concernant toutes les compétences de la MDR), dans d'autres, des gestionnaires assurent des permanences. On observe au fur et à mesure des années une montée en compétence des MDR qui se sentent de plus en plus à l'aise dans le domaine du handicap. Certaines estiment toutefois que l'accueil des personnes handicapées et de leur famille s'avère particulièrement complexe, malgré leur grande habitude de l'accueil pour des missions sociales. Le nombre de dossiers impacte de façon importante le nombre de personnes reçues. Par ailleurs, la diversité des demandes et des compensations possibles, des partenaires, et la particularité du public en situation de handicap psychique rendent l'accueil complexe.*

### **c. La territorialisation s'accompagne de stratégies de formation avec la participation des associations et de régulation des pratiques**

**MDPH du Nord**

*Afin de qualifier nos partenaires, un plan de formation leur est proposé sous forme de séances régulières ayant lieu trois fois par an et par territoire. Afin de répondre au mieux aux partenaires qui souhaitent avoir un accès facilité aux informations concernant les dossiers des usagers qu'ils suivent, il a été décidé d'ouvrir une ligne téléphonique partenaires à compter du 2 janvier 2012 sur la base d'un numéro par site accessible à des partenaires préalablement identifiés. La ligne partenaires a pour objectif de renseigner et accompagner les partenaires de la MDPH pour les dossiers complexes et/ou urgents. Cette ligne dédiée permet d'accroître le lien partenarial de la MDPH et de développer le travail global d'analyse du dossier.*

**MDPH du Pas-de-Calais**

*Une formation à l'accueil, commune aux agents départementaux présents sur les territoires et aux agents des CCAS, est assurée par la MDPH : sur les vingt-six points d'accueil du département, dix-sept ont déjà été formés, les neuf restants sont programmés en 2013. Vingt-trois CCAS, non encore conventionnés, ont également bénéficié de cette formation. Cette action, réalisée en lien avec les associations de personnes handicapées, rencontre un vif succès : 99 % des stagiaires se déclarent satisfaits ou très satisfaits. L'intervention de parents d'enfants handicapés qui viennent parler de leur vécu est particulièrement appréciée, de même que la présentation par les associations des différents types de handicap et de leur retentissement sur la vie quotidienne.*

**MDPH de la Sarthe**

*La MDPH a renouvelé auprès des circonscriptions d'action sociale du département son information sur les conditions inhérentes à l'attribution des différentes prestations, dont la PCH ainsi que la nouvelle réglementation relative à l'octroi de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) dans le cadre de la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE).*

**MDPH du Var**

*Une formation spécifique sur les missions de la MDPH a été inscrite au plan de formation du Conseil général pour améliorer la connaissance des travailleurs sociaux sur les aides aux personnes handicapées. Une journée de formation a ainsi été organisée en décembre 2012 auprès de cinquante travailleurs sociaux.*

## 5. Les associations participent à l'accueil du public

Alors que certaines MDPH continuent à développer la mise à disposition de locaux/bureaux aux associations pour contribuer à la mission d'accueil, d'autres regrettent la diminution de la fréquentation des permanences associatives en 2012. Un travail est alors engagé pour trouver des modalités alternatives à l'accueil assuré par les associations représentant les usagers, comme la création d'outils de communication.



### MDPH de La Réunion

*Un protocole global d'accueil des usagers a été formalisé dès 2010 [...] Ce protocole s'est enrichi en 2012 avec la mise en place de permanences associatives sur le site de Saint-Denis.*

### MDPH de la Loire

*Des associations partenaires contribuent à l'exercice de la mission d'accueil en assurant des permanences dans les locaux de la MDPH – Autisme dans la cité, CLES (Créer des liens entre entendants et sourds), établissement Plein vent, UNAFAM (Union nationale des amis et familles des malades psychiques), AAD (Association avenir dysphasie), FIDEV (insertion professionnelle et réadaptation pour déficients visuels en Rhône-Alpes) –, en accompagnant des usagers sur le plan administratif – MAHVU (Mouvement des aveugles et handicapés visuels Loire Haute-Loire), FNATH (Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés), APF (Association des paralysés de France) –, en prévoyant des sensibilisations régulières auprès des agents d'accueil sur différentes formes de handicap : le handicap mental par l'association UNAFAM, la maladie d'Alzheimer.*

### MDPH du Cher

*Au cours de l'année 2012, trois associations se sont inscrites dans ce fonctionnement : la fondation Claude Pompidou, l'association Valentin Haüy, la Croix Marine du Cher – Service d'information des tuteurs familiaux. La salle est aussi régulièrement prêtée à l'association Parkinson et à l'association des fibromyalgiques du Berry pour l'organisation de groupes de parole.*

### MDPH de la Drôme

*Les permanences des associations permettent à l'utilisateur d'avoir des conseils, des informations, une aide éventuelle pour remplir un dossier. Sept lieux de permanences sur le département sont mis en place avec une permanence, soit sur rendez-vous, soit hors rendez-vous représentant une demi-journée par mois.*

### MDPH des Alpes-Maritimes

*Afin d'aider, soutenir, et accompagner les usagers, en collaboration avec la MDPH, la commission exécutive a acté le principe de la tenue de permanences d'associations représentant les personnes handicapées et leurs familles dans les locaux de la MDPH. Ce dispositif fait l'objet d'un protocole. Il s'agit majoritairement d'associations siégeant au sein de la CDAPH et/ou de la commission exécutive. Au titre de 2012, 167 permanences ont été planifiées, tenues par des représentants de vingt associations. Une association est désignée chaque trimestre pour élaborer le planning des permanences, qui figure notamment sur le site internet de la MDPH. Ces permanences se tiennent dans le cadre de l'accueil général de la MDPH, dans un bureau dédié situé dans l'espace d'accueil du public et équipé d'un téléphone, d'un micro-ordinateur et d'une connexion internet.*

## 6. L'accompagnement à la formulation du projet de vie fait partie intégrante des préoccupations des équipes chargées de l'accueil

La mission d'aide à la formulation du projet de vie s'inscrit a priori le plus souvent dans les missions des professionnels chargés de l'accueil de deuxième niveau ; elle se situe alors à la frontière de l'accueil et de l'évaluation.



### MDPH de Paris

*Par ailleurs, a été mise en place à partir d'avril 2012 une permanence dédiée d'aide à la rédaction du projet de vie, au sein de la MDPH. Après un accueil général, un chargé d'accueil peut inviter la personne à prendre un rendez-vous, en fonction de sa situation et de ses besoins. À réception du dossier, si aucune demande n'est précisée sur le formulaire et/ou si le projet de vie est rédigé de manière peu lisible, une orientation vers la permanence dédiée est également proposée. Plus de quatre-vingts personnes ont été reçues en 2012.*

### MDPH de Seine-et-Marne

*Pour éclaircir une situation ou un projet de vie, le gestionnaire peut être amené à prendre contact par téléphone avec l'usager ou son représentant légal. Mais dans certaines situations complexes clairement identifiées, le gestionnaire transmet le dossier à une conseillère d'accompagnement afin qu'elle puisse revoir la problématique, l'aider à exprimer son projet de vie ou même l'orienter vers des partenaires. 0,6 % des dossiers traités ont été concernés ce qui représente un dossier par jour ouvré.*

Qu'il soit spécifique à l'élaboration du projet de vie ou intégré à la fonction d'accueil, cet accompagnement fait l'objet d'une attention particulière ; nombreuses sont les MDPH qui, en 2012, insistent sur son importance. 35 % des MDPH ont ainsi conventionné avec des partenaires extérieurs pour apporter une aide aux personnes qui le souhaitent à l'élaboration de leur(s) projet(s) de vie.

Dans le cadre de la section V de son budget consacrée à l'action scientifique et au soutien d'actions innovantes, la CNSA a d'ailleurs accompagné quatre expérimentations locales qui se sont déroulées dans les départements des Bouches-du-Rhône, du Finistère, d'Ille-et-Vilaine et du Puy-de-Dôme en lien avec les MDPH et les partenaires associatifs. Ces projets qui ont pour objectif l'appui des MDPH dans leur mission d'aide à la formulation des projets de vie ont testé des modalités d'organisations variées (par des bénévoles ou des professionnels) auprès de publics différents (toutes situations de handicap ou situations de handicap mental).

Les retours d'expérience ont fait l'objet d'une réunion de mise en commun en janvier 2012. Comme indiqué dans le rapport 2012 de la CNSA (chapitre 3, p. 111), ces projets ont permis de constater l'intérêt d'un tel accompagnement qui conduit à une plus grande autodétermination de la personne sur son projet de vie, une plus grande diversité des thèmes abordés, une meilleure compréhension des besoins par les professionnels de l'évaluation qui cernent mieux les attentes de la personne. Ces expérimentations ont également démontré combien cette mission d'accompagnement à la formulation du projet de vie est délicate, notamment du point de vue du positionnement des accompagnants en raison du caractère très personnel d'un projet de vie abordant des domaines relevant de l'intimité de chacun. Ils ont ainsi pointé un paradoxe intrinsèque au dispositif qui prévoit l'expression d'un projet de vie relevant de l'intime à joindre à un dossier officiel de demande.



### **MDPH des Bouches-du-Rhône**

*Une action d'aide à la formulation du projet de vie a été mise en place par l'association Parcours Handicap 13. Les objectifs de cet accompagnement sont les suivants : permettre la libre expression de la personne en situation de handicap et la formalisation de cette parole ; permettre aux équipes pluridisciplinaires de la MDPH, sur la base de l'expression de la personne, de construire des plans d'aide ; participer au changement de culture introduit par la loi de 2005 pour des réponses personnalisées ; faire évoluer les pratiques et les mentalités sur le projet de vie et l'expression des personnes concernées.*

### **MDPH des Pyrénées-Atlantiques**

*L'aide à la formulation du projet de vie relève de la compétence des assistants de service social et des différents partenaires. Un outil d'aide à l'élaboration du projet de vie a été réalisé avec l'association de guidance parentale et infantile (AGPI) à destination des parents d'enfants en situation de handicap : le projet de vie 2012.*

### **MDPH du Finistère**

*Pour améliorer l'élaboration des projets de vie par, notamment, les personnes en situation de handicap intellectuel, l'action menée en coopération avec l'ADAPEI a été poursuivie en 2012 et des permanences sont assurées dans les locaux de la MDPH.*

### **MDPH d'Ille-et-Vilaine**

*L'année 2012 a vu aussi la fin de l'expérimentation menée par l'association Trisomie 21 avec la MDPH sur le projet de vie. La CNSA a participé à cette expérimentation de deux ans. Un travailleur social a été recruté dans le cadre de cette expérience. Cela a permis de mettre en avant l'intérêt du projet de vie dans le cadre d'une demande formulée à la MDPH et d'informer et former les différents partenaires ainsi que les familles à cette approche. Cette expérimentation n'a pas pu être reconduite faute de moyens pérennes.*

---

## **7. Des outils de communication et de documentation**

Le développement de relations partenariales et le mouvement de territorialisation de l'accueil nécessitent aussi l'élaboration d'outils de communication et de documentation partagés. Certains outils sont mis à disposition des usagers (glossaire, répertoire...) afin de recenser les différents acteurs du territoire et d'améliorer la lisibilité de l'offre existante au niveau local.

Élaborés sous la forme d'une revue de presse ou d'une lettre interne, ces outils sont plutôt destinés aux équipes des MDPH et à leurs partenaires pour appuyer les pratiques des professionnels de l'accueil en leur communiquant des informations communes et partagées, et garantir ainsi une orientation de qualité.



### **MDPH de la Somme**

*En moyenne, 1 228 actes documentaires mensuels (informations orales, remises de guides, dépliants, documents divers, recherches sur Internet...) contre 1 194 en 2011 ont été réalisés par le documentaliste en 2012, dont l'activité principale est majoritairement à destination des personnes en situation de handicap (90 %). Le documentaliste gère également l'affichage des informations murales. En 2012, il a renforcé les liens avec les permanents de certaines associations pour optimiser la documentation, a réalisé une revue de presse mensuelle à destination des professionnels de la MDPH et a mis l'accent sur la constitution d'un dossier « séjours et vacances adaptés » pour mieux répondre aux sollicitations dans ce sens. Une revue de presse mensuelle a été diffusée (soit onze numéros) qui a répondu à une demande du personnel qui n'hésitait pas à solliciter ensuite la consultation de certains articles.*

**MDPH d'Indre-et-Loire**

*La lettre de la MDPH : cette lettre, éditée trois fois par an, permet de compléter les autres supports en termes d'actualité. Les partenaires trouvent des informations relatives à la vie de la MDPH, l'emploi, la citoyenneté, la vie des associations, la santé, les loisirs, le sport et la culture.*

**MDPH de l'Eure**

*L'édition d'un magazine annuel avec l'appui éditorial d'une journaliste. L'objectif étant de donner des informations simples et claires aux bénéficiaires sur leurs droits, les aides et les prestations. Expliquer et rendre accessibles toutes les démarches, devenir une source d'informations de référence, mettre en avant l'aspect humain de la MDPH, valoriser le travail des équipes. Le parti pris de la ligne éditoriale, plutôt que de réaliser un magazine institutionnel « MDPH » expliquant les différents prestations et services, a été de mettre en valeur les personnes en situation de handicap et leur parcours et d'illustrer en quoi la MDPH avait répondu à leurs attentes et besoins. Montrer qu'il n'existe pas un handicap, mais différentes situations de handicap, auxquelles chacun d'entre nous peut être confronté à un moment de sa vie et illustrer cet angle d'approche par des témoignages de personnes dans les différents domaines concernés (scolarité, insertion professionnelle, PCH...). La parution de ce magazine annuel est prévue au cours du premier semestre 2013.*

**MDPH du Puy-de-Dôme**

*Dans le souci d'informer au mieux les personnes en situation de handicap et leur entourage, la MDPH a réalisé un numéro de la brochure MDPH Info Public consacré particulièrement à la conduite automobile.*

**MDPH du Haut-Rhin**

*En 2012, après un travail de synthèse des différentes possibilités de prises en charge temporaire des personnes en situation de handicap à domicile, la MDPH a ainsi étoffé ses plaquettes d'accueil d'un nouveau feuillet sur le droit au répit familial et les différentes solutions qui se présentent aux familles pour trouver des alternatives temporaires à la prise en charge à domicile.*

---

## **8. Les MDPH développent également des modalités d'accueil collectif particulièrement axées sur la thématique de l'emploi**

Compte tenu du nombre de questions relatives à l'emploi et à l'insertion professionnelle, certaines MDPH proposent des temps d'information collective pour éclairer les personnes sur leurs droits, les démarches à engager spécifiquement dans ce domaine. Ces réunions sont suivies dans quelques MDPH d'entretiens individuels pour compléter l'échange et personnaliser les réponses ; dans ce sens, cette modalité d'accueil se situe à la frontière de la mission d'accueil et de la mission d'évaluation.

**MDPH de la Haute-Savoie**

*Devant l'importance des questions posées aux accueils de la MDPH concernant l'emploi, des sessions d'informations collectives ont été mises en place. Depuis le 7 mars 2012, neuf réunions d'information collectives ont eu lieu sur le site central de la MDPH 74 à Annecy. Au total, soixante et un usagers et huit professionnels ont assisté à ces temps d'information. Les orientations vers ces accueils collectifs se font par le service relations usagers et les ETH, le site internet MDPH, mais aussi par le biais des partenaires diffusant l'information (Pôle emploi, Cap emploi et MLJ).*

### MDPH de la Haute-Loire

*Cette équipe a une visée évaluative et informative. Ainsi les demandeurs convoqués vont avoir une matinée d'informations sur l'orientation et la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). L'après-midi sera consacré à la réception individuelle des demandeurs par les membres de l'équipe afin de définir ou d'affiner le projet et l'évaluation.*

---

## 9. Des investissements téléphoniques et informatiques ont été réalisés pour améliorer l'accueil du public

### a. Des outils de téléphonie performants pour mieux gérer les appels et ainsi limiter les appels perdus



#### MDPH de l'Ain

*Grâce au nouvel autocom, un système de « prédécroché » des appels arrivant au numéro gratuit MDPH est mis en œuvre depuis la fin janvier 2013. Ceci crée une file d'attente pour les personnes qui appellent alors que l'instructeur assurant l'accueil est déjà en ligne, et les appels au numéro gratuit sont donc décrochés par ordre d'arrivée, sans que les personnes doivent renouveler leur appel.*

#### MDPH de la Charente

*En août 2012, la MDPH s'est équipée d'un nouveau système téléphonique pour améliorer l'efficacité de l'accueil téléphonique du numéro vert. 15 554 appels ont été reçus en 2012 soit une augmentation d'environ 30 % comparée à 2011. Ce nouveau système comptabilise les appels reçus de manière automatique. La forte hausse du nombre des appels reçus en 2012 met en évidence qu'un nombre important d'appels étaient perdus avec l'ancien système, les usagers ayant de plus l'impression que les agents de la MDPH ne répondaient pas au téléphone, puisqu'aucun message d'attente ne leur était délivré. Cette nouvelle centrale d'appels permet d'organiser une bascule automatique des communications lors des périodes de très fortes sollicitations ainsi qu'un suivi de l'activité téléphonique en temps réel.*

#### MDPH de l'Essonne

*Le centre d'appels mis en service en septembre 2011 a permis de mesurer la réalité de l'activité du standard téléphonique. Ce sont 127 388 appels entrants qui ont été enregistrés sur la ligne du standard de la MDPH en 2012 sur les jours et horaires d'ouverture de l'accueil téléphonique, soit 520 appels par jour en moyenne (1,45 appel par minute). 16 % des appels qui arrivent sur le standard sont des appels qui n'ont pas été pris en charge par les lignes directes. En 2012, le service accueil a répondu à 47 582 appels (soit une moyenne de 195 appels par jours, 0,54 appel par minute). Ce chiffre est en progression de 8 % par rapport à 2011 (44 139 appels répondus, soit 178 appels par jour). Le taux de répondu téléphonique reste pour autant insatisfaisant au regard du nombre d'appels entrants.*

---

## b. Des outils de gestion de l'accueil en interface avec l'outil métier accessibles à certains partenaires



### MDPH des Hauts-de-Seine

L'outil informatique spécifique du Pôle partenaires et usagers « gestion relations citoyens », mis en place en 2011, permet la traçabilité quotidienne du flux des personnes à l'accueil physique, du nombre d'appels téléphoniques répondus, du nombre de dossiers reçus pour les adultes et les enfants. Cet outil fait l'interface pour les primo-demandeurs avec l'outil métier. Sept CCAS sur les trente-six que compte le département ont accès par convention à l'outil informatique GRC. Ils peuvent ainsi initier les dossiers des primo-demandeurs, voire l'évolution des dossiers de leurs résidents et recevoir des statistiques générales sur la population en situation de handicap de leur ville.

### MDPH de la Drôme

Depuis le 1er novembre 2011, la MDPH utilise le logiciel E-CARE pour la gestion de l'accueil physique et téléphonique. Il contribue à améliorer le suivi de l'accueil téléphonique : la durée des communications, l'objet de la demande, les réponses apportées, l'historique des entretiens et des appels par usagers.

### MDPH de Seine-Saint-Denis

Le pôle accueil s'est doté en 2012 d'outils facilitant la réception des usagers et la diffusion de l'information grâce à l'utilisation du logiciel Q-MATIC, logiciel de gestion de file d'attente permettant la distribution de tickets aux usagers et la régulation du flux. Le paramétrage de ce nouvel outil a également rendu possible le renseignement des motifs de venue des usagers à l'accueil. L'utilisation des quatre écrans vidéo reliés à ce logiciel a permis la diffusion d'information auprès des usagers. Un scénario d'une quinzaine de minutes réalisé par le pôle accueil est actuellement diffusé en boucle afin d'accompagner les usagers dans la compréhension des rôles et missions de la MDPH, dans l'optique de faciliter ainsi leurs démarches. Grâce à ce nouveau logiciel de gestion, il a pu être établi que la durée moyenne d'un entretien individuel est de 7 minutes 30 ce qui, compte tenu de la spécificité du public reçu, peut difficilement être réduit [...] Sur l'ensemble des appels parvenus à la MDPH (une moyenne d'environ 20 000 appels/mois), environ 33 % des appels sont effectivement traités, soit par la permanence téléphonique, soit par les autres agents de la MDPH.

## c. Ou le développement de leur propre site internet ou l'enrichissement du contenu du site existant



### MDPH de la Haute-Marne

L'accessibilité à l'information a été élargie par le biais du site internet du Conseil général de la Haute-Marne avec une page spécifique MDPH. Sur cette page virtuelle sont disponibles, pour téléchargement, le formulaire unique nécessaire à toutes les demandes et le certificat médical. De plus, sur cet onglet MDPH figure depuis plusieurs mois les questionnaires complémentaires sur le handicap psy, que la personne handicapée est libre de nous faire parvenir.

Dernièrement, la MDPH a intégré sur le site internet des fiches pratiques d'information pour chaque prestation pouvant être étudiée, comme l'AAH (allocation aux adultes handicapés), les cartes, les orientations en établissement, la PCH (prestation de compensation du handicap), l'AAEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé)...

#### d. Ou l'installation de bornes visio-public



##### **MDPH de la Haute-Loire**

*Pour les personnes qui ne peuvent se déplacer, le bureau de l'agent responsable de l'accueil téléphonique abrite le point visio-public (PVP) qui est un système de liaison par webcam interposée. Un PVP est à disposition dans les communautés de communes du département ainsi que dans les administrations.*

##### **MDPH de l'Oise**

*Depuis 2007, le département de l'Oise développe sur son territoire la mise en place de bornes visio-public. Elles permettent un accueil à distance au travers d'une connexion de type webcam. Quatorze des seize maisons du Conseil général en sont équipées. Plusieurs bornes dites « expert » sont installées pour répondre aux usagers, dont une à la MDPH.*

##### **MDPH du Puy-de-Dôme**

*Dans le cadre de la réflexion sur la territorialisation de la MDPH en réponse à un besoin d'accessibilité et de proximité, la MDPH s'est dotée d'un point visio-public afin de pouvoir faciliter l'accès de ses services aux habitants des territoires éloignés des services publics. Ce dispositif permet d'établir une relation directe de proximité et d'échanger des documents administratifs à distance avec une simplicité d'utilisation pour les usagers.*

#### e. Le développement des accueils spécifiques pour l'amélioration de la performance



##### **MDPH de Maine-et-Loire**

*Un accueil spécialisé est assuré par le service d'accompagnement des sourds (SACSO) grâce à une convention passée avec la Mutualité française Anjou-Mayenne. Des permanences hebdomadaires sont organisées à la MDPH à Angers et mensuelles à Saumur, Cholet et Segré pour les personnes sourdes ou malentendantes, en attente d'informations et d'accompagnement pour le dépôt d'un dossier à la MDPH.*

##### **MDPH de la Seine-Maritime**

*Il convient de souligner la mise en place d'une permanence hebdomadaire (les mercredis après-midi) assurée, à tour de rôle, par les trois enseignants spécialisés pour recevoir, sur rendez-vous, les familles qui le demandent (ou à qui le service d'accueil le propose pour des situations complexes).*

##### **MDPH du Val-de-Marne**

*D'autres formes d'accueil se sont structurées en 2012 : la mise en place d'un accueil spécifique pour les personnes en situation de handicap psychique.*

##### **MDPH de l'Essonne**

*L'accueil et le renseignement du public pratiquant la langue des signes française sont facilités par le service de visio-interprétation accessible tous les matins et tous les après-midi.*

## f. Le développement d'un portail web permettant à l'utilisateur de suivre l'état d'avancement de son dossier

La CNSA a élaboré avec le concours d'une dizaine de MDPH un guide d'aide à la mise en place d'un service de suivi en ligne des demandes des usagers des MDPH. Diffusé aux directeurs de MDPH le 12 décembre 2012, ce guide présente les bonnes pratiques, et propose un appui et des outils pour en valider l'opportunité et concevoir et développer un service de suivi en ligne des demandes des usagers auprès des MDPH. Pour chacune de ces étapes, il propose un accompagnement méthodologique en décrivant les actions à réaliser, les documents à préparer, les facteurs clés de succès et les points d'attention éventuels.

Les rapports 2012 témoignent du développement de ce type d'outil, de l'intérêt pour l'utilisateur à pouvoir bénéficier de ce type de portail, mais également de la complexité du chantier pour les équipes des MDPH, comme dans les départements de La Réunion (974), de la Gironde (33), du Doubs (25), du Nord (59), de la Seine-Maritime (76), du Pas-de-Calais (62) et du Val-de-Marne (94).

Un nombre conséquent de départements en 2012 propose déjà ce service aux usagers.



### MDPH de la Haute-Garonne

*Depuis le 1er octobre 2012, afin d'apporter un meilleur service, les usagers ont la possibilité de consulter en ligne, de manière simple et sécurisée, la situation de leur dossier. Ainsi, depuis le site internet de la MDPH, un code personnel unique indiqué sur chaque accusé de réception permet d'accéder à l'état d'avancement des demandes déposées, aux droits en cours et à leur durée de validité, aux droits arrivés à échéance dont la personne a bénéficié au cours des deux années précédentes. Depuis sa mise en place, ce portail usager a été consulté par plus de 7 000 personnes. Il répond donc aux attentes des usagers, notamment dans le cadre du suivi de leur dossier et d'accès à leurs informations personnelles.*

### MDPH de l'Oise

*Le portail offre aux personnes une possibilité d'information supplémentaire sur le suivi de leur dossier. Les interventions préparatoires à l'ouverture du portail se sont déroulées de décembre 2011 à mai 2012 et ont impliqué les services de la MDPH, de la direction départementale du numérique, de la communication et du pôle solidarité. On retiendra parmi les diverses étapes importantes de son développement, les nombreuses réunions du comité de pilotage (une toutes les trois semaines environ), la nécessité d'adapter le site internet, le nettoyage de la base pour que les données apparaissant sur le portail soient justes. Il a nécessité quatre agents en renfort pendant deux mois puis deux agents pendant deux mois supplémentaires, portés par le Conseil général. Le plus gros travail a consisté à éliminer les doublons issus de la reprise, corriger les adresses erronées et vérifier les liens de responsabilité légale indiqués, joindre les identifiants et mots de passe permettant la connexion à tous accusés de réception et notification à partir du mois d'avril, assurer une phase de test avec les associations de personnes handicapées pour avoir un retour et apporter les modifications nécessaires avant la mise en ligne. Le portail a été présenté par le président du Conseil général et ouvert au public le 5 juin 2012, au moment de l'anniversaire des cinq ans de la MDPH dans les locaux uniques. Une boîte mail portail a été créée par laquelle les personnes peuvent demander ou redemander leurs codes. Elle est gérée par les agents de l'accueil qui ont apporté près de 3 500 réponses entre juin et décembre.*

### MDPH de l'Ain

*Depuis novembre 2012, le portail usagers fonctionne et chaque usager reçoit dans son accusé de réception d'un nouveau dossier ses identifiants personnels lui permettant d'accéder de façon sécurisée, via le site internet du Conseil général, à l'avancement de ses droits et procédures MDPH en cours. Toutefois, il semble qu'il s'agisse pour les usagers d'un outil qui s'ajoute aux autres dispositifs d'information existants (mail, téléphone...), mais ne s'y substitue pas.*

## MDPH du Bas-Rhin

*Dans une perspective d'ouverture à l'e-administration, d'amélioration de la circulation de l'information, la MDPH conçoit depuis le second semestre 2011 la mise en place d'un portail web à destination des usagers. Il permettra à tout usager connu de la MDPH de se connecter sur une interface web afin de connaître l'état d'avancement de son dossier, ses droits en cours, les montants de prestation de compensation du handicap qui lui sont versés [...]. Sa mise en production est prévue au second semestre 2013.*

---

## g. Certaines MDPH lancent leur projet en capitalisant l'expérience des autres MDPH et en s'appuyant sur le guide de la CNSA



### MDPH de la Drôme

*Un projet extranet MDPH doit être mis en place au 1er janvier 2014 visant à informer l'utilisateur sur le suivi de son dossier, améliorer la proximité du service rendu aux usagers... Un parangonnage a été effectué auprès de l'ensemble des directeurs MDPH. Ce parangonnage a conduit la MDPH à préparer un projet tenant compte des recommandations d'un guide CNSA et des expériences tentées par des MDPH ayant conduit ce projet.*

### MDPH de la Charente

*Afin de mieux renseigner les usagers pour leur permettre d'accéder aux données essentielles contenues dans leur dossier, la MDPH a décidé d'installer un portail usager. Ce dispositif, qui a été mis en œuvre par la MDPH du Nord, permet aux demandeurs de prendre connaissance via Internet, après réception d'un mot de passe et d'un identifiant sécurisés, de plusieurs pages d'informations relatives aux prestations en cours ou à venir pour chacun d'entre eux. Ce portail proposera notamment des informations sur l'identité du demandeur, la nature des demandes reçues à la MDPH et l'état d'avancement de leur instruction.*

### MDPH de la Nièvre

*La question de la mise en ligne du dossier de l'utilisateur ou du moins de sa possibilité à consulter les étapes d'instruction de sa demande est posée au sein de la MDPH 58. La MDPH de la Nièvre, grâce au travail coopératif et aux échanges fructueux avec ses homologues bourguignons, a pris connaissance de l'outil développé à ce sujet par la MDPH de la Côte-d'Or (Routes 21). Ce logiciel offre des services en lignes pour simplifier les démarches. Il est destiné aux usagers qui disposent d'une notification d'orientation en établissement ou en service médico-social.*

---

## 10. Les rapports ne manquent pas de rappeler que l'accueil du public est un métier exposé et difficile

Les évolutions organisationnelles, le développement d'une certaine polyvalence, la formation et le partage d'expériences avec les autres unités de la MDPH contribuent à soutenir les professionnels, à les faire monter en compétence.



### MDPH de la Corrèze

*Les postes d'accueil restent des postes peu prisés, sujets à des mouvements de personnel fréquents, qui s'expliquent par leurs particularités liées à la confrontation quotidienne à la précarité et la détresse. Des efforts ont été conduits en 2012 pour renforcer les équipes et les former. Une formation mise en place par le CNFPT a été suivie par les agents de la MDPH de la Corrèze et ceux de la Haute-Vienne ajoutant à l'apprentissage la possibilité d'échanges éclairés.*

### MDPH de l'Allier

*Concernant l'accueil, il faut noter, pour cette année 2012, l'augmentation de l'agressivité des personnes. En effet, la MDPH a dû, pour la première fois, déposer une main courante.*

### MDPH du Morbihan

*En 2012, sur une période d'observation de deux mois, une enquête a été réalisée sur un panel de 332 usagers venus à l'accueil physique de la MDA [...] La population de 20-60 ans est la plus importante. On constate néanmoins que la population vieillissante sollicite de plus en plus le guichet unique pour obtenir une prestation. En ce qui concerne la population des 20-60 ans la préoccupation majeure est le maintien dans l'emploi, aménagement de poste (perte visuelle, pathologie évolutive), formation professionnelle (suite à un licenciement pour inaptitude), des craintes exprimées face à des arrêts de travail fréquents. Concernant les personnes de plus de soixante ans, les droits et prestations les plus sollicités sont les cartes, la PCH aménagement du logement et la PCH aides techniques. Les thématiques récurrentes sont : les risques d'épuisement de l'aidant familial dans le cadre du maintien à domicile du conjoint (le déni de la maladie par le malade, absence de soutien...), une recherche de financement pour l'aide-ménagère et les soins non remboursés par la sécurité sociale, la perte d'autonomie dans les déplacements extérieurs et le besoin de trouver une solution alternative à la voiture. Durant cette période d'observation, les personnels de l'accueil ont été confrontés à des situations d'une extrême précarité qui témoignent de la dégradation de l'environnement économique en Bretagne.*

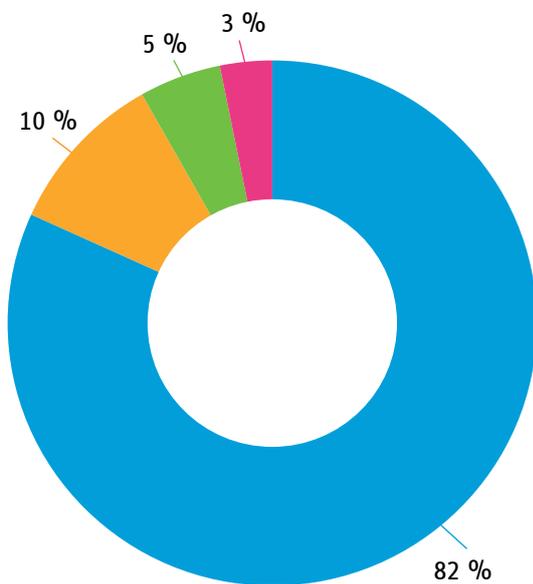


## 3

## Des processus d'évaluation de la situation de la personne en forte évolution

Le rapport 2011 s'interrogeait sur l'augmentation du pourcentage d'évaluation sur dossier entre 2010 et 2011. Cette tendance se confirme en 2012 puisque 82 % des situations sont traitées sur dossier pour 81 % en 2011. Ce constat s'accompagne également d'une baisse du pourcentage des évaluations réalisées sur le lieu de vie de la personne. Certains départements témoignent cependant d'une tendance inverse avec une augmentation des rencontres avec les usagers liée le plus souvent à un renforcement des effectifs.

### Répartition des modes d'évaluation en 2012 Échantillon : 53 MDPH



#### Commentaires :

- Les évaluations sur dossier représentent 82 % des évaluations réalisées par les MDPH : quatre évaluations sur cinq sont réalisées sur dossier (81 % en 2011).
- 5 % des évaluations sont réalisées sur le lieu de vie (4 % en 2006, 7 % en 2007, 8 % en 2008, 8 % en 2009, 7 % en 2010 et en 2011).
- Les évaluations réalisées par les partenaires extérieurs représentent 4,4 % du total des évaluations réalisées en 2012. Près des trois quarts de ces évaluations (73 %) sont réalisées sur le lieu de vie des personnes.

- Évaluations sur dossier
- Évaluations réalisées à la MDPH ou dans les locaux des partenaires
- Évaluations sur le lieu de vie (à domicile ou en établissement)
- Autres modes d'évaluation (dont téléphoniques)

Quel sens donner à ce pourcentage en termes de qualité de l'évaluation par les équipes des MDPH ?

Il est difficile de répondre. Une évaluation pour l'essentiel sur dossier peut être interprétée – nous l'évoquions déjà en 2011 – comme un marqueur des difficultés des MDPH à faire face au nombre croissant de dossiers en lien direct avec les effectifs mobilisables.

Mais à l'inverse, elle peut être un marqueur des progrès réalisés en amont notamment dans les relations partenariales pour accompagner le projet des personnes et donc améliorer quantitativement et qualitativement les informations contenues dans le dossier déposé. Les dossiers ainsi constitués permettent alors à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de formuler des propositions sur la base de données d'évaluation pertinentes, complètes et fiables.

L'évaluation sur dossier ou l'évaluation après rencontre de la personne interrogent le juste niveau d'intervention de la MDPH dans un contexte de forte pression de la demande afin de garantir une évaluation de qualité tout en rendant efficace l'utilisation des ressources de la MDPH.



### **MDPH de l'Indre**

*Le nombre d'évaluations sur pièces a progressé de 16 % en 2012 du fait d'une meilleure préparation des dossiers (certificats médicaux plus complets) et d'une connaissance améliorée des dossiers (lors des demandes de renouvellements par exemple). Le nombre d'évaluations sur le lieu de vie, principalement dédiées à la prestation de compensation du handicap, diminue de 14 % en 2012 avec 478 visites réalisées.*

### **MDPH des Côtes-d'Armor**

*Le renforcement de l'effectif de l'équipe pluridisciplinaire opéré en 2011 se traduit par une progression des évaluations en 2012 : cette augmentation se vérifie aussi bien en nombre d'entretiens sur site (près de 30 %) qu'à domicile (+ 66 %). 438 entretiens « médecins psychiatres » (103 en 2011) : une augmentation du temps de psychiatre a permis de résorber un nombre important de demandes en attente. Près de 18 % des entretiens médicaux « généralistes » ont été réalisés au plus près du domicile des personnes (entretiens délocalisés sur Dinan, Guingamp, Lamballe, Lannion, Loudéac et Rostrenen) soit une augmentation de 57 % des entretiens délocalisés.*

### **MDPH de Paris**

*La grande majorité des dossiers a fait l'objet d'une évaluation sur pièces uniquement. Cependant, 2 360 dossiers ont fait l'objet d'une demande de pièces complémentaires qui ont mis en moyenne trois mois à parvenir à la MDPH.*

---

Au-delà de cette interrogation de principe, il faut souligner, par la multiplicité des exemples issus des rapports, des évolutions très notables en termes qualitatifs dans le travail d'évaluation des dossiers.

## **1. La qualité des dossiers est essentielle pour la fluidité et la rapidité du processus**

Certaines MDPH soulignent les difficultés à obtenir des pièces complémentaires. D'autres se mobilisent pour sensibiliser les partenaires, notamment les médecins traitants, au bon remplissage des dossiers et des certificats médicaux en diffusant la notion de GEVA-compatibilité.



### **MDPH de la Creuse**

*Les documents de recueil de données à compléter par les divers partenaires de la MDPH ont tous une forme GEVA-compatible. La MDPH de la Creuse finalise petit à petit ces documents avec les partenaires [...] Il faut également souligner l'ouverture au partenariat des services de psychiatrie et de pédopsychiatrie du département puisqu'un groupe de travail CHS/UNAFAM/MDPH a été constitué dans le but de créer des documents de liaison permettant de recueillir au mieux les éléments nécessaires à l'évaluation.*

### **MDPH de la Haute-Vienne**

*L'ensemble des ESMS progresse dans l'appropriation du support-recueil de données. Pour les y aider et les accompagner dans la démarche, quatre journées de formation et d'échanges ont été organisées par l'équipe pluridisciplinaire. Ouvertes à tous les personnels des ESMS du département, elles ont permis de faire le point sur la PCH, le GEVA et la notion de GEVA-compatibilité, notre recueil de données et son utilisation.*

**MDPH de l'Aisne**

*Des temps d'échange sur des situations particulières réunissant des professionnels des établissements et services et ceux de la MDPH sont proposés en tant que de besoin. Ils permettent généralement d'éclairer les professionnels sur la notion d'information utile et de vocabulaire partagé, premier pas vers la GEVA-compatibilité.*

## 2. Le processus d'évaluation et d'élaboration des réponses continue à se structurer selon le niveau de complexité du dossier et en fonction de dominantes

### a. Rôle clé de l'unité d'analyse initiale des données d'évaluation pour orienter le dossier dans le processus d'évaluation

Comme le soulignait le rapport 2011, les MDPH s'appuient de plus en plus sur des unités d'analyse initiale des données ou de préorientation à l'entrée du processus d'évaluation.

Destinées à distinguer les dossiers simples des dossiers complexes et chargées d'appréhender la qualité des données d'évaluation et le besoin éventuel de compléments d'information, ces unités définissent le parcours d'évaluation et d'élaboration des réponses, contribuant ainsi à optimiser le parcours du dossier et les compétences mobilisées.

	Évaluation rapide	Évaluation approfondie
Situation simple	Juste niveau	« Gaspillage » de ressources
Situation complexe	Service rendu insuffisant	Juste niveau

Pour certains dossiers, dont le pourcentage et les critères restent à repérer et sans doute à harmoniser, ces unités sont de véritables équipes pluridisciplinaires dont les préconisations seront directement présentées en CDAPH.

Néanmoins, leur composition et leur fonctionnement varient.

**MDPH des Ardennes**

*Les modalités d'évaluation des situations individuelles avaient été profondément modifiées en 2011 suite à la mise en place d'une procédure permettant, dans un délai très court après la réception d'un dossier (une semaine en moyenne), d'orienter le processus d'évaluation en fonction des éléments déjà portés au dossier et de la complexité de la situation. Seuls les moyens nécessaires pour compléter les informations déjà disponibles et pour analyser les demandes sont ainsi mobilisés. Durant l'exercice 2012, l'équipe pluridisciplinaire en charge d'évaluer les besoins de compensation des personnes handicapées et d'émettre un avis sur leurs demandes s'est attachée à conforter les évolutions de son organisation initiées l'année précédente.*

### MDPH de La Réunion

Parmi les améliorations apportées au fonctionnement des missions d'évaluation en 2012 figure la mise en place en début d'année de cellules préévaluatives sur chacun des quatre pôles territoriaux associant les compétences administratives et évaluatives. Leur objectif est de déterminer le mode d'évaluation le plus approprié pour chaque demande ainsi qu'une date prévisionnelle d'achèvement de la mission d'évaluation. Les résultats obtenus ont montré des avancées significatives dans la maîtrise des délais d'instruction dossier par dossier et dans la gestion du flux des demandes tout au long de l'année. Ils ont aussi permis d'anticiper la mise en service fin 2012 du portail usagers avec une information transparente communiquée aux usagers sur la traçabilité de l'instruction.

### MDPH de la Moselle

Les délais de traitement en Moselle se sont réduits en 2012 grâce aux évolutions de la pratique des métiers et aux nouveaux choix organisationnels. Ainsi sont priorités par les professionnels des dossiers urgents qui vont emprunter des circuits accélérés. Sont instruits en urgence les dossiers des personnes qui souffrent de pathologies très évolutives (sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique...), les renouvellements des compensations financières et la prévention de la désinsertion professionnelle. Ces process sont aujourd'hui consolidés par la mise en œuvre de la cellule de préévaluation mise en place depuis février 2012, en lien avec un instructeur, qui a pour objectif de vérifier si le dossier est évaluable. Ses missions : demander des pièces complémentaires d'évaluation si nécessaire et/ou mandater une visite à domicile ; orienter vers l'équipe pluridisciplinaire compétente ; proposer un passage en CDAPH si la demande est « simple » en termes d'évaluation.

---

## b. Ce premier niveau d'analyse, comme déjà évoqué l'an dernier, se limite parfois à un seul professionnel



### MDPH du Nord

En l'absence de moyens suffisants, le premier niveau d'analyse et d'orientation se fait actuellement par un médecin seul, soit 70 % des demandes adultes, ce qui n'est pas satisfaisant.

### MDPH du Jura

Dans un premier temps, toutes les demandes sont examinées par un médecin. Cette étude fait l'objet d'une première analyse et détermine le mode d'évaluation le plus adapté : visite médicale, demande de bilan aux établissements, examen par l'équipe pluridisciplinaire. Il sollicite aussi, le cas échéant, les expertises complémentaires nécessaires à une évaluation complète.

---

## c. Le travail des équipes pluridisciplinaires s'organise de plus en plus autour de dominantes

Emploi, domicile, scolarisation, orientation en établissements sont les quatre thématiques que l'on retrouve de façon régulière dans les organisations du processus d'évaluation et d'élaboration des réponses des MDPH.

Ces dominantes sont parfois croisées avec des entrées par âge, par exemple la confirmation de la mise en place d'équipes dédiées aux 16-25 ans, voire la proposition d'une approche spécifique des personnes handicapées vieillissantes.

Ces dominantes renvoient à la composition d'équipes dédiées.



### MDPH d'Indre-et-Loire

En septembre 2012, une équipe pluridisciplinaire pour les personnes handicapées vieillissantes s'est mise en place (axe du schéma départemental). Cette équipe vise à analyser finement les besoins (sur un plan individuel et collectif) des personnes handicapées vieillissantes afin d'innover dans les réponses apportées. Sous la responsabilité de la coordinatrice adulte, elle est composée d'un médecin MDPH, d'un travailleur social MDPH, d'un médecin de la direction autonomie du Conseil général, d'un directeur d'établissement médico-social. Elle étudie les demandes d'orientation des personnes de plus de cinquante ans.

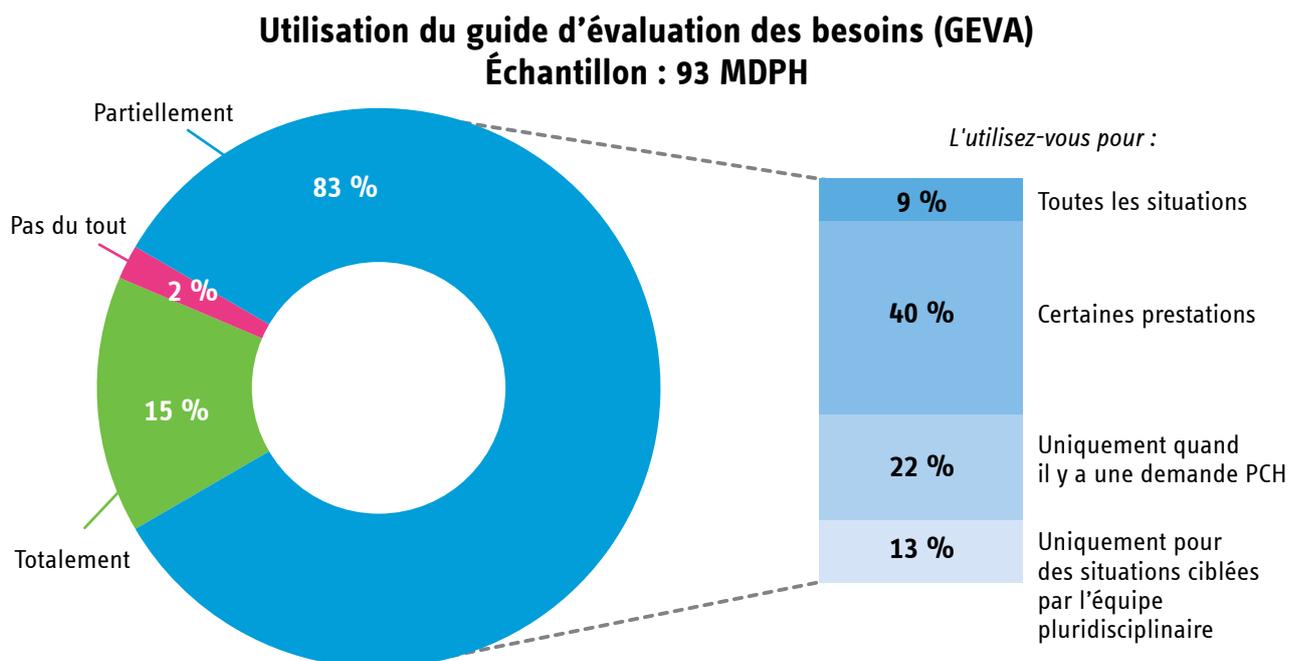
### MDPH de la Charente

À côté des missions portant sur la compétence de la MDPH, une évaluation spécifique des personnes handicapées vieillissantes a été mise en place. Celle-ci vise à évaluer pour les personnes âgées de cinquante-cinq ans et plus hébergées en établissement médico-social l'opportunité de les maintenir dans ce type d'établissement. Au-delà de cette question, il s'agit de préparer leur avenir, c'est-à-dire l'orientation vers un autre mode d'hébergement si nécessaire.

### MDPH de Seine-et-Marne

Les choix initiaux d'une organisation des services en pôles définis par la dominante du projet de vie n'ont pas été remis en cause (PPS, projet d'orientation ou de formation professionnelle, projet de vie en établissement, projet de vie à domicile). Ils ont en effet été la garantie d'une réduction du risque de rupture des parcours liée à l'âge et du risque d'incohérence des droits ouverts liée à l'absence d'évaluation globale.

## 3. Les professionnels des équipes pluridisciplinaires utilisent majoritairement le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée – GEVA



En 2012, la quasi-totalité des MDPH déclare utiliser le GEVA : plus de quatre sur cinq l'utilisent partiellement, près d'une sur cinq l'utilise totalement. Parmi les MDPH qui en font un usage partiel, 9 % l'utilisent pour toutes les situations, 40 % pour certaines prestations, 22 % uniquement pour l'évaluation des prestations de compensation et 13 % au cas par cas.



### **MDPH du Haut-Rhin**

*Le GEVA est actuellement utilisé uniquement pour l'évaluation des incapacités ouvrant droit à la PCH (volets 6 et 8 utilisés).*

### **MDPH des Landes**

*Pour évaluer la situation des personnes handicapées, les référentiels utilisés sont le guide barème et le GEVA. Le volet 6 du GEVA est systématiquement complété pour établir ou non l'éligibilité de la personne handicapée et avoir une base pour l'élaboration du plan d'aide. Les cotations se font à l'aide du Guide pour l'éligibilité à la PCH, indispensable quand l'équipe hésite entre difficulté grave et modérée. Le GEVA, dans sa partie volet 4, est utilisé par certains médecins d'établissement en complément d'une demande de réorientation de foyer de vie vers un foyer d'accueil médicalisé. Le volet 6 nous est transmis par les ergothérapeutes des établissements dans les demandes d'aides techniques. La MLPH a établi un support de présentation des demandes en CDAPH à partir du volet 8 du GEVA.*

### **MDPH de la Manche**

*L'utilisation systématique d'un dossier dit GEVA-dossier issu de l'outil national légal GEVA (guide d'évaluation multidimensionnel) normalise la rédaction des synthèses présentées en CDA et accessibles à tous. Outre les éléments mentionnés automatiquement à partir du logiciel IODAS sur le GEVA-dossier (état civil – droits existants – prestations demandées), tous les professionnels accèdent directement à l'ensemble des pièces constituant le dossier de la personne et son historique grâce à l'utilisation au quotidien des outils informatiques IODAS et GED (gestion électronique des documents).*

---

Par ailleurs, comme en 2011, les rapports font état de l'élaboration d'outils dits GEVA-compatibles, le plus souvent en relation avec leurs partenaires au niveau local. Cette démarche traduit la volonté des MDPH concernées de développer un langage commun des situations de handicap en utilisant le même outil construit sur la base des concepts et des nomenclatures du GEVA, et d'échanger les informations pertinentes et nécessaires pour l'évaluation. Ces outils sont évolutifs et diversifiés. Ils semblent avoir été conçus pour des situations spécifiques (révision d'orientation en établissements et services, comme dans le département d'Eure-et-Loir) ou pour un public particulier (handicap d'origine psychique comme dans les Yvelines ou la Charente-Maritime ; passage de l'enfance à l'âge adulte comme dans les départements d'Eure-et-Loir ou de la Seine-Maritime).



### **MDPH de la Creuse**

*Des outils ont été élaborés afin d'améliorer le recueil d'informations : avec les établissements et services médico-sociaux enfants, avec l'Éducation nationale, avec les services du Conseil général (DASP, DPPA), la CARSAT, le service social du CHS de Saint-Vaury (psychiatrie départementale). Ils sont utilisés par ces établissements et services.*

### MDPH de la Seine-Maritime

*L'outil d'aide à la détermination des besoins en aide humaine au titre de la prestation de compensation du handicap a fait l'objet d'une actualisation par une approche collective. En 2012, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH a mis en place un référentiel d'évaluation des jeunes âgés de dix-huit à vingt ans ou relevant de l'amendement Creton. Cette grille a été conçue dans un objectif d'expérimentation en lien étroit avec l'association des directeurs d'établissements et services pour personnes handicapées de Seine-Maritime (ADRESS). Le travail se poursuit en 2013.*

Enfin, certaines MDPH engagées dans des projets de MDA développent des outils spécifiques communs pour les situations des personnes âgées et des personnes handicapées.



### MDPH de Maine-et-Loire

*Les équipes pluridisciplinaires utilisent deux outils d'évaluation : le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées et la détermination du taux d'incapacité des personnes, le guide d'évaluation multidimensionnelle des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA). L'utilisation du GEVA ne s'est pas encore généralisée au sein de la MDPH 49 ; les équipes y ont recours pour la prestation de compensation et pour les orientations médico-sociales adultes [...] En lien avec la création de la maison départementale de l'autonomie prévue pour 2013, un outil d'évaluation a été élaboré avec le soutien de la CNSA et expérimenté sur l'année 2012 avec la participation des équipes de terrain, à savoir les évaluateurs-coordonnateurs de la MDPH en charge de la PCH et des contrôleurs-évaluateurs du Conseil général en charge de l'APA. L'objectif était que cet outil GEVA-MDA 49 puisse être opérationnel mi-2013.*

Certaines équipes développent des outils d'aide à la préconisation, capitalisant ainsi l'expérience acquise et tentant de modéliser leurs démarches pour de meilleures reproductibilité et équité de traitement.



### MDPH de l'Aveyron

*Un recueil des pratiques des EP est en cours de rédaction. L'objectif de ce document est de garantir une équité de traitement et de servir d'appui aux réponses qui peuvent être apportées en cas de contestation des propositions établies. Une fiche guide à l'usage des membres de l'équipe pluridisciplinaire a été établie. C'est un outil d'aide à la décision qui récapitule le raisonnement qui a conduit à la proposition. Il est également utilisé en CDAPH par les rapporteurs. Un arbre de décision a été élaboré pour les demandes d'avis sur les transports scolaires afin de faciliter la proposition.*

### MDPH d'Eure-et-Loir

*De plus, l'augmentation croissante des demandes d'évaluation de PCH enfance présentant des situations complexes a contraint l'équipe évaluation à réfléchir sur l'élaboration d'un outil de calcul simple à utiliser permettant l'introduction des plusieurs variables à prendre en compte. Ce tableau de calcul après une phase d'expérimentation et d'ajustement est maintenant utilisé par l'ensemble des travailleurs sociaux et répond correctement à la demande.*

### MDPH d'Ille-et-Vilaine

L'année 2012 a permis la mise en place de la fiche de synthèse dont l'objectif est de disposer d'un outil commun aux différents professionnels de l'équipe d'évaluation. La fiche de synthèse est un outil de recueil des informations les plus « saillantes » sur la situation de la personne handicapée. Celle-ci reprend le principe du volet 8 du GEVA. La fiche de synthèse est un outil d'aide à la décision et une aide pour le suivi des prochaines demandes. On y retrouve ce qui a conduit aux propositions faites par l'équipe, ce qui a évolué depuis la dernière demande et qui amène à un changement de propositions par exemple. C'est un outil qui sert de référence pour la prochaine ouverture du dossier et qui prend en compte l'approche globale de la situation. C'est enfin un outil de présentation pour la CDA : il doit donc y avoir l'essentiel, ce qui permet aux membres de la commission d'être éclairés sur la situation et de comprendre rapidement les propositions faites.

---

## 4. Les équipes pluridisciplinaires s'enrichissent de compétences nouvelles et de l'expertise de partenaires, et tentent de s'adapter aux difficultés de recrutement pour certains métiers

On note en effet la progression des échanges avec les professionnels de la petite enfance (protection maternelle et infantile par exemple) et de la jeunesse (mission locale...), du transport (service transport du conseil général), de l'insertion (service RSA du conseil général, médecin du travail), sans oublier les représentants des établissements et services médico-sociaux ou les partenaires dans le champ de l'aménagement du logement et des aides techniques. 85 % des MDPH ont passé convention avec un ou plusieurs partenaires extérieurs pour contribuer au processus d'évaluation des situations. Des partenariats sont également mis en place pour évaluer les situations de handicap psychique.

### a. Multipartenariats



#### MDPH de l'Hérault

Depuis septembre 2012, des rencontres avec le département ont été organisées afin de définir des modalités de travail en ce qui concerne les demandes d'AAH. Cette collaboration a permis la mise en place d'une fiche d'accompagnement à l'usage des opérateurs, référents uniques ou infirmiers accompagnant les bénéficiaires du RSA dans la constitution d'un dossier de demande d'AAH (document disponible sur le site de la MPH/rubrique téléchargement), la désignation de personnes référentes au sein de la direction de l'action territoriale et de la MDPH pour échanger sur les dossiers sensibles en amont des commissions, la participation de conseillers RSA représentant le département à la CDAPH, la mise en place d'un groupe technique de veille (MDPH – Département) auquel seront associés les responsables territoriaux d'insertion ou leurs représentants.

#### MDPH des Ardennes

Par ailleurs, les partenaires conventionnés avec la MDPH (service de santé au travail des Ardennes AST, centre hospitalier Bélaïr, médecin psychiatre libéral, centre d'audiophonologie et d'éducation sensorielle, centre de réadaptation fonctionnelle pour enfants et adultes, CMPP, CAMSP, PACT des Ardennes pour l'amélioration de l'habitat) ont réalisé deux 189 évaluations spécialisées.

## b. Éducation



### MDPH de la Haute-Garonne

*Afin de répondre aux besoins spécifiques de certains jeunes, il a été mis en place, en 2012, deux nouvelles équipes qui se mobilisent sur l'orientation vers les enseignements généraux et professionnels adaptés (EGPA). L'équipe pluridisciplinaire est ainsi enrichie de membres de la commission départementale d'orientation vers les enseignements adaptés (CDOEA/MDPH) ; pour les besoins liés aux troubles des apprentissages, présence d'un médecin du centre de référence du langage.*

### MDPH de la Nièvre

*Pour le pôle enfant, il existe différents partenaires : direction académique des services de l'Éducation nationale, centre médico-psychologique..., établissements sociaux et médico-sociaux, Conseil général (service protection maternelle et infantile...). Le Conseil général a organisé vingt-cinq synthèses pour l'évaluation des besoins des enfants suivis par le Département auxquelles l'assistante sociale du pôle enfance a participé pour l'articulation Conseil général/MDPH.*

## c. Handicap psychique



### MDPH du Morbihan

*Une cellule partenariale d'évaluation, d'orientation et de suivi du handicap psychique fonctionne à titre expérimental dans le Morbihan depuis 2011. Son objectif est d'évaluer les besoins individuels des personnes en situation de handicap psychique et de formuler des préconisations. Elle doit également favoriser la connaissance de leurs besoins globaux d'accompagnement. La cellule se situe en dehors du cadre hospitalier et plus généralement institutionnel. Elle s'appuie, ceci sans exception, sur tous les partenaires du Morbihan qui sont impliqués dans le handicap psychique que ce soit dans le domaine des soins, de la réadaptation, de l'insertion sociale, professionnelle et du médico-social... L'ensemble de ces partenaires ainsi que des représentants du département, de l'agence régionale de santé, des usagers par l'intermédiaire d'un groupe d'entraide mutuelle (le GEM Vannes Horizons) et de la maison départementale de l'autonomie (MDA) ont intégré un comité de pilotage qui porte l'expérimentation. En 2012 la cellule d'évaluation du handicap psychique a continué à fonctionner sur le même mode expérimental qu'en 2011. La pérennisation indispensable de ce dispositif est actuellement soumise à l'obtention d'un financement qui devra inclure ce besoin d'accompagnement social.*

### MDPH de la Haute-Vienne

*Durant l'année 2012, la MDPH est entrée dans le groupement de coopération sanitaire (GCS) « santé mentale et handicap du Limousin ». Afin d'avoir une vision globale des filières de soins en interaction avec le secteur médico-social, et de veiller à la continuité de la prise en charge de l'utilisateur, ce groupement permet une meilleure coopération entre établissements médico-sociaux, professionnels, réseaux, associations et représentants d'utilisateurs et de familles. La MDPH a adhéré en 2012 à ce groupement pour faire appel notamment à des temps de médecin psychiatre. Cette mise à disposition a permis de renforcer l'équipe pluridisciplinaire sur l'évaluation des dossiers complexes relatifs à des demandeurs souffrant de déficiences psychiques et de diviser par quatre le coût des expertises psychiatriques demandées par la MDPH.*

## d. Handicap visuel



### MDPH de Loir-et-Cher

*Pour l'évaluation des demandes de PCH-volets aides techniques, aménagements de logements et déplacements des personnes adultes déficientes visuelles, la MDPH a recours au service interrégional d'appui aux adultes déficients visuels (SIADV) [...] Cette convention prévoit que le SIADV mobilise, à la demande de la MDPH, au cas par cas pour une évaluation spécialisée un conseiller technique, un orthoptiste, un ergonomiste, un conseiller en bureautique, un formateur en autonomie de la vie journalière et d'autres professionnels si besoin avec des visites à domicile, des mises à disposition à titre gracieux de matériel pour des périodes d'essai.*

## e. Emploi



### MDPH du Territoire de Belfort

*L'évaluation médicale réalisée par un médecin du travail (vacataire MDPH) permet de compléter et interpréter les éléments médicaux portés au dossier et de mettre en relation le handicap de la personne avec sa vie professionnelle. Ainsi, le médecin apporte à l'EPE la proposition de taux d'incapacité quand c'est nécessaire, son avis sur l'octroi des prestations diverses, son avis sur les capacités de travail et plus particulièrement sur la restriction substantielle et durable à l'emploi (art. 821-2), sur l'orientation professionnelle et sur la formation.*

Comme cela a déjà été signalé depuis plusieurs années, les MDPH rencontrent des difficultés croissantes pour le recrutement ou le remplacement de certains professionnels, paramédicaux et surtout médicaux. Elles s'organisent alors pour optimiser le temps médical ou faire monter en compétence les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire.



### MDPH de la Guadeloupe

*Il convient de souligner la rareté de la ressource médicale, une des composantes de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation.*

### MDPH de la Meuse

*Les personnels d'évaluation non-médecins ont été formés (par un médecin) à l'utilisation du guide barème pour l'évaluation du taux d'incapacité et sont en mesure, au même titre que les médecins et avec leur éclairage au besoin, de déterminer l'incidence du handicap sur la vie quotidienne de la personne.*

## 5. L'élaboration des PPC et leur transmission avant passage en CDAPH restent des pratiques marginales et principalement liées à une demande de PCH

Beaucoup de MDPH évoquent les difficultés à inscrire un véritable plan personnalisé de compensation dans leur processus informatique. Leurs modules informatiques reprennent essentiellement les différents types de droits ou prestations, et se prêtent mal à la description plus littéraire des besoins et des réponses dans toutes leurs dimensions.



### MDPH de la Creuse

*Il est aujourd'hui nécessaire de faire évoluer le PPC, car tel qu'il a été créé dans le logiciel, il ne donne pas complètement satisfaction : les besoins des personnes ne sont pas repris, c'est uniquement le type de prestations qui apparaît et la réponse apportée.*

### MDPH de la Somme

*Les plans personnalisés de compensation (PPC) sont toujours réalisés pour chaque demande de PCH, soit un PPC global pour l'ensemble des éléments quand cela s'avère possible. Les PPS aussi sont transmis aux familles dès que des modifications sont nécessaires pour la scolarité de leurs enfants. Au total 6 551 PPC, dont 3 664 PPS, ont été rédigés par la MDPH. 2 046 pour la PCH adultes et 281 pour les PCH enfants.*

### MDPH de l'Orne

*Le plan personnalisé de compensation (PPC) reprend les propositions faites à une personne, regroupées sur un même document. Il rappelle le projet de vie tel qu'il a été exprimé, les besoins évalués par l'équipe et les propositions qui seront présentées à la décision de la commission des droits et de l'autonomie. Ce PPC s'accompagne d'un courrier qui indique à la personne la date de la commission et la possibilité d'y être présent ou représenté. Il s'accompagne également d'un coupon-réponse permettant à la personne, si elle le souhaite, d'annoter ses observations sur les propositions.*

### MDPH des Vosges

*Depuis 2011, la progression a été conséquente pour les PPC, et les PPS ont presque doublé par rapport à 2011 [...] En 2012, 6 186 PPC et PPS ont été formalisés et envoyés aux personnes. Cela représente 64 % des dossiers présentés à la CDAPH alors qu'en 2011 cela ne représentait que 48 % et, en 2010, 21 % des dossiers présentés.*

## 6. De plus en plus de MDPH se donnent les moyens de repérer et de répondre au mieux aux situations urgentes ou complexes

Concernant les situations urgentes, certaines MDPH s'organisent en interne en mettant en place, de façon régulière et fréquente, un binôme ou une équipe restreinte d'évaluation afin d'identifier les situations qui nécessitent une attention particulière du fait de leur caractère urgent.

Pour répondre aux besoins des situations complexes, des MDPH ont instauré des temps de concertation en interne ou avec leurs partenaires du champ social, sanitaire et médico-social. Ces échanges ne suivent pas une périodicité établie ; ils sont organisés en fonction du caractère complexe de la situation, défini dans un cadre collectif avec ces mêmes partenaires. L'objectif est de parvenir à une analyse partagée de la situation et à l'élaboration d'une stratégie globale et coordonnée d'intervention.

## a. Définition du niveau de priorité et des modalités de saisine de la MDPH



### MDPH des Ardennes

*Afin de pouvoir prendre en compte les situations spécifiques nécessitant une attention particulière, la MDPH s'est entendue avec ses partenaires pour définir le caractère prioritaire d'une situation et élaborer une procédure de signalement. Dès lors que l'équipe pluridisciplinaire est saisie d'une demande de cette nature, et sous réserve qu'elle confirme son caractère prioritaire, elle s'attache à étudier la situation dans les plus brefs délais et en informe le partenaire à l'origine du signalement. C'est ainsi qu'en 2012, les évaluateurs ont été conduits à étudier vingt-cinq situations prioritaires.*

### MDPH de la Haute-Vienne

*Chaque jour, un binôme médecin-travailleur social prend en charge les demandes adultes de quelque nature qu'elles soient. Ce travail permet facilement de repérer des urgences médicales, sociales ou encore administratives. Il permet aussi de faire très rapidement à la CDAPH suivante des propositions en termes de premières demandes ou renouvellements évidents en fonction des situations.*

### MDPH du Vaucluse

*En 2012, afin de répondre aux besoins d'urgence et à l'augmentation du nombre de demandes, les médecins ont mis en place une permanence médicale hebdomadaire qui permet de saisir les évaluations médicales sur l'outil informatique ou de rédiger les rapports demandés par les centres de rééducations professionnelles ou les juridictions ; de traiter prioritairement certains dossiers qui ne demandent pas de regard pluridisciplinaire.*

## b. Identification des situations complexes et réunions de concertation notamment pour les jeunes à la frontière des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. C'est le cas notamment des départements de Loir-et-Cher (41), de Paris (75), de l'Eure (27), des Landes (40), de Seine-et-Marne (77)



### MDPH de l'Indre

*Les réunions de synthèse et de concertation sont organisées à l'initiative de la MDPH ou à la demande d'un partenaire sur des situations complexes afin de permettre un échange avec les professionnels concernés et la personne handicapée ou sa famille pour aboutir à une analyse partagée de la situation. Ces réunions permettant de définir un plan d'intervention coordonné et ses modalités de mise en œuvre. Elles portent principalement sur les situations de prise en charge des jeunes au moment du passage au secteur adulte et sont de plus en plus utilisées afin de parvenir à une prise en charge concertée. Ainsi, en 2012, quarante-six réunions de concertation/synthèse se sont tenues (trente en 2011, soit + 53 %).*

### MDPH des Pyrénées-Atlantiques

*Les équipes pluridisciplinaires exceptionnelles (situations complexes) – Définition d'une situation complexe : elle concerne généralement une personne (adolescente le plus souvent) qui cumule des difficultés psychologiques, psychiques, sociales et scolaires, dont la prise en charge dans les dispositifs médico-sociaux, sanitaires, scolaires, sociaux, éducatifs s'avère très compliquée, voire inadaptée. Ces publics sont parfois nommés « incasables ». En 2012, les situations de quinze jeunes gens ont été examinées ainsi : âge moyen : 15,7 ans – trois filles pour douze garçons – onze d'entre eux sont atteints principalement de troubles envahissants du développement, les quatre autres souffrent d'un handicap psychique. Les constats sont souvent les mêmes : impossibilité pour les familles de faire aboutir les orientations CDAPH, car les établissements et services médico-sociaux (ESMS) déclarent ne pas disposer des moyens nécessaires pour accompagner ces personnes qui sont dans l'impossibilité de supporter le collectif et qui manifestent systématiquement une dangerosité vis-à-vis d'elles-mêmes et/ou des autres.*

### MDPH de la Nièvre

*Le constat montrait qu'il existait des tensions et des problèmes d'articulation entre le sanitaire et le médico-social. En juillet 2011, à l'initiative de la MDPH, ce comité technique<sup>2</sup> rassemble l'ensemble des acteurs du judiciaire, du médico-social, du sanitaire pour répondre à la situation d'impasse d'un certain nombre d'enfants en grande détresse psychique. Les dispositifs actuels n'offrent pas dans l'immédiat les conditions permettant aux enfants une prise en charge articulée du sanitaire et du médico-social. Un état des lieux a été dressé faisant émerger des modalités à mettre en place, de continuité, d'évaluation longitudinale, de prise en charge globale, de médiation dans un processus thérapeutique et éducatif.*

## c. Partenariat avec les établissements de soins



### MDPH de la Loire

*Avec le CHU de Saint-Étienne et des directeurs de MAS et FAM, un partenariat s'est engagé pour la prise en charge des cas dits singuliers sur le secteur adulte. Les cas singuliers font référence à des personnes (usagers, patients, résidents) aux difficultés multiples dont les besoins relèvent de plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, social, médico-social, judiciaire) et qui connaissent des ruptures récurrentes dans les accueils, les accompagnements, les soins ou les dispositifs mis en place pour répondre à leurs difficultés. Dans la Loire, la volonté de travailler ensemble pour trouver des solutions partagées aux situations individuelles complexes a conduit les acteurs locaux à imaginer une procédure de concertation pluridisciplinaire aboutissant à un plan d'action coordonné.*

## 7. L'informatisation de l'évaluation est peu évoquée dans les rapports alors que la dématérialisation des dossiers progresse

L'intégration de données d'évaluation dans les applications des MDPH reste limitée à quelques initiatives locales : GEVA informatisé ou application spécifique locale. Certaines MDPH évoquent le démarrage de la codification des déficiences selon les nomenclatures définies par arrêté et des pathologies selon le thésaurus adapté par les MDPH et la CNSA. La CNSA a en effet accompagné l'élaboration du thésaurus de codage par les équipes des MDPH et son appropriation, notamment par l'animation d'un « club codeur » pour soutenir ce travail. Les MDPH font part de la charge de travail complémentaire que représente cette saisie pourtant stratégique pour une meilleure connaissance des publics et de leurs besoins. Certaines ARS, comme celle de la Champagne-Ardenne, soutiennent les MDPH de leur région en apportant un financement non pérenne de temps administratif et médical.

<sup>2</sup> Comité technique départemental de pédopsychiatrie où sont représentés : ARS, CASP, CG, CHAN, CMP, CMPP, hôpital de jour, IA, juge pour enfants, procureur, MDPH, PMI.



### **MDPH du Nord**

*Les équipes de la MDPH utilisent actuellement le GEVA pour évaluer la PCH. Afin d'améliorer les conditions de travail notamment lors des visites à domicile, un module de GEVA électronique a été commandé auprès de la société GFI. Ce module sera exploité à compter du second semestre 2013 et permettra, outre le fait de ne plus avoir à transporter les GEVA papier, un gain de temps dans le traitement des évaluations de la PCH.*

### **MDPH du Jura**

*L'appropriation du GEVA électronique en 2012 par les travailleurs sociaux s'est effectuée par une phase de test de juin à septembre pour ensuite une utilisation systématique. Tous les travailleurs sociaux ont été formés en 2011 et 2012 pour permettre l'expertise la plus pertinente et maintenir une égalité de traitement sur tout le territoire jurassien. Le passage au GEVA électronique fin 2012 pour l'ensemble des dossiers a nécessité aussi des formations de tous les personnels instructeurs et évaluateurs. Suite à l'achèvement de l'informatisation et de la mise en œuvre de la dématérialisation, la MDPH du Jura a fait le choix d'installer le GEVA électronique, d'une part, pour permettre aux travailleurs sociaux de disposer d'une version « embarquée » et, d'autre part, pour développer son utilisation en la généralisant à tous les dossiers de demande de compensation. Sont ainsi intégrés les éléments qui concernent l'insertion et l'orientation professionnelle et la scolarisation. C'est ainsi que la MDPH peut apporter un suivi plus fin, une meilleure synthétisation des données individuelles de la personne, la capacité pour les médecins de coder les pathologies de façon très précise. L'objet est aussi en 2013 de pouvoir ouvrir l'outil aux partenaires et experts intervenants dans l'évaluation (psychiatres, maîtres référents...) et de pouvoir disposer d'un outil statistique plus pertinent. L'année 2012 a permis le paramétrage de l'outil et de le tester. Son passage en production date de septembre 2012.*

### **MDPH des Yvelines**

*En 2012, la MDPH 78 a engagé une démarche avec INFODB pour construire une version informatique du GEVA et faciliter son utilisation dans son intégralité par les membres des équipes pluridisciplinaires des CHL. Cinq réunions de travail ont eu lieu associant le pôle expertise de la MDPH 78 afin d'élaborer une maquette en cours de finalisation. En fin d'année, la commande a pu être effectivement effectuée pour une mise en œuvre opérationnelle en 2013.*

### **MDPH de la Marne**

*Une des étapes importantes reste le renseignement du GEVA qui pose la question du temps de remplissage en évaluation, de la participation des partenaires à la saisie des données et au périmètre à déterminer, au retour des informations et à leur « requêtabilité ». La saisie des données « pathologies et déficiences » en œuvre en toute fin de cette année permettra à l'avenir une meilleure connaissance des publics en situation de handicap.*

## 4

## CDAPH : Un fonctionnement qui se structure encore

## 1. Le fonctionnement de la CDA

Les services des MDPH doivent assurer l'organisation de nombreuses réunions de la CDAPH chaque mois en séance plénière ou locale ou spécialisée. Cela demande également aux membres des commissions de s'impliquer fortement pour assurer, entre titulaires et suppléants, leur participation à ces réunions.

Le *quorum* ne semble cependant pas poser de problème à la majorité des MDPH, et la présence de certains partenaires clés est saluée par les directeurs.

Beaucoup de renouvellements de la CDAPH ont eu lieu en 2012 dans les départements avec l'élection de nouveaux présidents et vice-présidents parmi les représentants associatifs, les élus du conseil général, les représentants de l'État et de l'ARS.



### MDPH de la Loire

*Présidée par le Conseil général, elle a deux vice-présidents (Éducation nationale, association). Elle comporte vingt-trois membres et le quorum est systématiquement atteint : l'assiduité des membres est à saluer comme gage de qualité du travail effectué au sein de cette commission. Depuis 2012, un représentant de la DDCS est régulièrement présent pour suivre les décisions relatives à l'AAH.*

### MDPH de l'Allier

*Il faut souligner que les représentants de la DDCSPP participent à l'ensemble des commissions (locale et plénière) et les représentants de la DIRECCTE et de l'ARS sont présents aux commissions plénières, ce qui permet un échange sur les problématiques rencontrées en termes d'accueil et de mobilisation des moyens.*

### MDPH de la Gironde

*En Gironde, la CDAPH s'est réunie en formation plénière à douze reprises soit une fois par mois, ainsi que onze fois en formation simplifiée sur l'année 2012. Le quorum n'a pas été atteint pour une seule séance, laquelle a d'ailleurs été programmée à nouveau.*

### MDPH du Haut-Rhin

*On peut constater un taux moyen de participation à la CDAPH plénière conséquent de 89 %.*

### MDPH des Landes

*Lors des réunions de la CDAPH le quorum a été systématiquement atteint.*

Certaines MDPH signalent des difficultés de *quorum* en insistant sur la densité de ces réunions et la mobilisation qu'elles représentent.



### MDPH des Pyrénées-Atlantiques

La commission exécutive, compétente pour délibérer sur la mise en œuvre et l'organisation du fonctionnement de la commission des droits et de l'autonomie, a demandé dans sa séance du 17 avril 2012 la constitution d'un groupe de travail pour réfléchir aux solutions à apporter aux problèmes de quorum tout en préservant la qualité du travail de cette instance dans un contexte où les sections locales se sont vu attribuer un pouvoir de décision. Pour mémoire, 27 % des séances de la CDA seulement ont réuni le quorum en 2011.

### MDPH des Alpes-de-Haute-Provence

Le nombre moyen de décisions prises par commission est de 441, notamment du fait du poids des décisions concernant les adultes handicapés (592 décisions en moyenne). Ce nombre important rend les commissions très denses et difficiles pour les membres de la commission, d'autant que les prestations sont nombreuses. Ceci explique que cinq séances aient été marquées par un quorum minimum.

### MDPH de la Guadeloupe

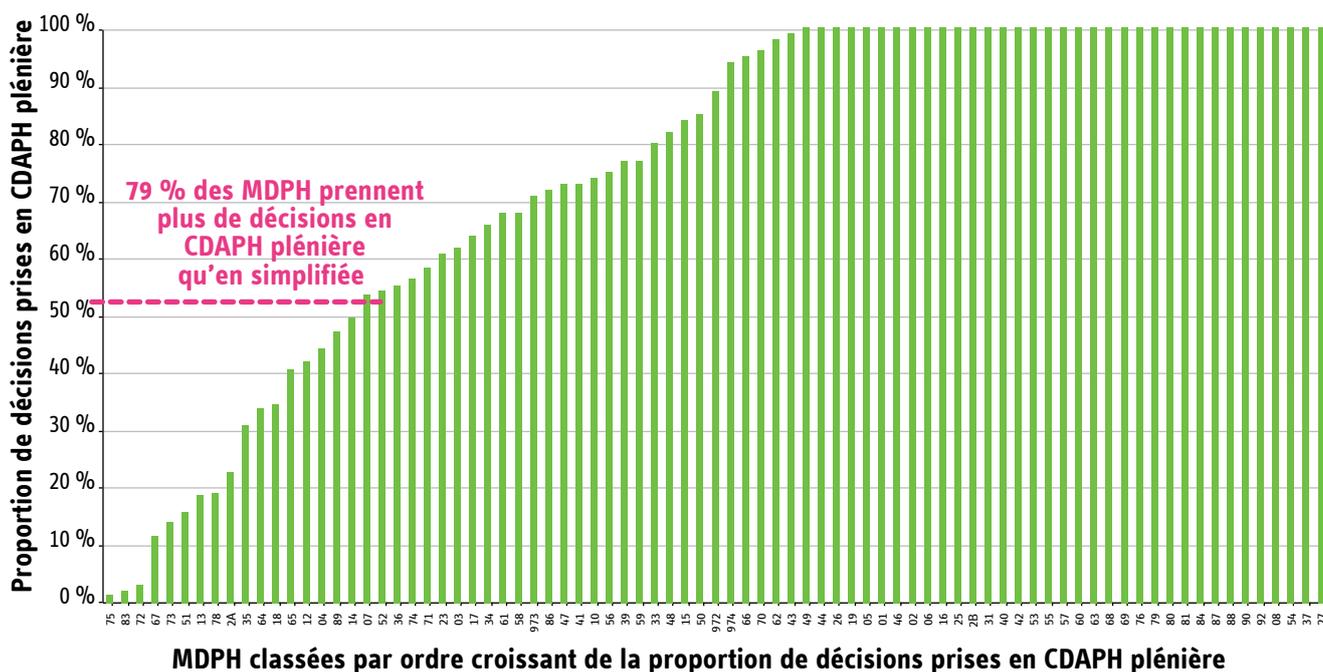
La nouvelle équipe de la CDAPH installée en 2012 suite au renouvellement des membres a tiré profit de l'expérience acquise les années précédentes et poursuivi un travail constructif. Il faut cependant déplorer des difficultés à atteindre le quorum du fait de l'absence de certains membres.

## 2. Les rapports permettent de mieux appréhender le mode de fonctionnement des commissions

Les modalités de fonctionnement résultent d'un accord entre les membres de la CDAPH et sont décrites dans le règlement intérieur de la CDAPH validé par la comex.

Ces modalités sont donc variables d'une MDPH à l'autre.

**Part des décisions prises en CDAPH plénière**  
Échantillon : 81 MDPH



79 % des MDPH prennent plus de décisions en CDAPH plénière qu'en CDAPH simplifiée (comme en 2011).

43 % des MDPH prennent la totalité de leurs décisions en CDAPH plénière.

### a. Certaines CDAPH ont fait le choix d'un fonctionnement exclusif en plénière



#### MDPH de l'Aube

*À compter de juillet 2012 : Les formations simplifiées sont supprimées et la CDAPH se réunit uniquement en séances plénières. Cette évolution résulte de la nécessité de fluidifier le passage des dossiers en commission. La spécialisation des ordres du jour soumis respectivement aux formations et plénières constituait un frein au traitement rapide de certaines demandes.*

#### MDPH de la Seine-Saint-Denis

*En 2012, un travail a été engagé pour aller vers une refonte de la CDAPH. L'unification de la CDAPH en une seule instance permettrait d'aborder tous les aspects de la vie de la personne handicapée et de garantir le respect de son projet de vie. L'équité de traitement des dossiers serait également mieux assurée, les principes prévalant pour les prises de décision étant partagés par tous les membres de la CDAPH. Tous les partenaires institutionnels et associatifs membres de la CDAPH ont été sollicités pour travailler à cette réflexion [...] Une nouvelle organisation de la CDAPH sera donc mise en place au cours de l'année 2013.*

### b. D'autres s'appuient sur des commissions restreintes et des commissions simplifiées

L'organisation et la répartition des dossiers au sein des différentes commissions de la CDAPH dépendent de l'histoire locale, mais également du nombre de dossiers ou de dominantes de dossiers.

#### Organisations en sections restreintes ou spécialisées



#### MDPH de la Nièvre

*Courant 2012, la CDAPH s'est réunie trente-trois fois : onze fois pour le pôle adultes en session plénière et onze fois en session restreinte (onze journées complètes) ; onze fois pour le pôle enfants (onze demi-journées).*

#### MDPH de la Haute-Savoie

*Après une première réunion en septembre 2011, ce groupe s'est réuni deux fois en 2012 et a finalisé des propositions qui ont été validées par les membres de la CDAPH, puis présentées et adoptées par la comex du 6 décembre 2012. Le nouveau règlement intérieur est consultable sur le site de la MDPH 74. Il organise la CDAPH en sections plénières et spécialisées.*

#### MDPH de la Vendée

*La CDAPH s'est réunie à douze reprises en formation plénière et a tenu vingt-trois formations restreintes, soit trente-cinq séances.*

## Des organisations par thématiques émergent également : urgence, âges...



### MDPH d'Indre-et-Loire

*Afin de privilégier l'approche des besoins des personnes handicapées dans leur globalité, il a été décidé d'organiser des commissions par tranche d'âge : une commission enfance, une commission 16-25 ans, une commission généraliste adulte.*

### MDPH de la Corse-du-Sud

*En 2012, la CDAPH a tenu séance à vingt-cinq reprises, soit onze commissions en séance plénière et quatorze commissions en séance simplifiée. En effet, conformément au souhait de la commission exécutive de la MDPH et à la réglementation du fonctionnement des maisons départementales, la CDAPH est divisée en une commission plénière qui étudie principalement les demandes de prestations de compensation ainsi que les demandes dont l'avis de l'équipe pluridisciplinaire pourrait être litigieux, une commission simplifiée qui examine les demandes dites simples telles que les renouvellements et celles ne portant pas à discussion ou débat. 1 205 décisions ont été prises en commissions plénières et 4 328 en commissions simplifiées.*

### MDPH de l'Hérault

*Une commission spécialisée commune aux secteurs adultes et enfants est organisée une fois par mois. Des formations simplifiées sont organisées pour les propositions de renouvellements à l'identique ainsi que pour les demandes de cartes ou de RQTH seules.*

### MDPH du Haut-Rhin

*En 2012, une section thématique supplémentaire a vu le jour : la section spécialisée chargée des admissions prioritaires en établissement avec une fréquence de réunion bimensuelle pour les cas d'orientation en établissement signalés comme urgents ou avec un enjeu particulier. Cette commission thématique préparant le travail de la CDAPH plénière a permis de meilleures visibilité et lisibilité de l'urgence des situations sur le département et de développer un partenariat efficient avec les établissements, notamment pour l'accueil temporaire qui garde un triple objectif : le répit familial, l'urgence, le séjour de rupture pour les personnes déjà hébergées en établissement.*

## 3. Les rapports permettent d'appréhender les modes de présentation des dossiers, d'audition des personnes et d'explication de la décision

### a. Modalités de présentation des dossiers



#### MDPH du Finistère

*Les dossiers présentés en CDAPH peuvent être regroupés sur des listes ou faire l'objet d'une présentation individuelle. Dans ce cas, les PPC sont projetés sur un écran et les situations sont toutes présentées suivant le même schéma décliné sur une fiche CDAPH qui permet de formaliser l'analyse de la demande, les conclusions de l'évaluation, les remarques de l'utilisateur. Ces présentations sont faites par un médecin de la MDPH ou par les chargés de développement de l'insertion professionnelle ou de la scolarisation.*

**MDPH de la Manche**

*Le GEVA-dossier est le support de la présentation : c'est une synthèse de l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, de son argumentation et de la situation individuelle de l'utilisateur. Équipés d'un accès à IODAS et à la GED, ils peuvent, le cas échéant, apporter des compléments d'information.*

**MDPH de l'Ain**

*Un nouveau règlement intérieur a été travaillé et voté en 2012 avec notamment le souci de rappeler les règles éthiques et de mieux cibler les présentations de dossiers, afin de valoriser l'apport des membres de la CDA.*

---

**b. Modalités d'accueil et d'écoute des usagers en CDAPH**

En 2012, sur un échantillon de soixante-dix-sept MDPH, 9 700 personnes ont été reçues par la CDAPH.

**MDPH de la Haute-Garonne**

*Afin de faciliter l'expression des usagers lors de l'accueil des usagers par la commission, des procédures précises ont été mises en place qui permettent notamment aux personnes de connaître en amont la composition de la CDAPH, la disposition et la répartition des membres dans la salle et le déroulement de l'audition.*

**MDPH de l'Aisne**

*Afin de faciliter la compréhension du plan d'aide par les familles, des rendez-vous en comité restreint sont toujours proposés. Cette instance est composée de représentants des associations pour personnes handicapées, de la directrice adjointe chargée de l'évaluation et du chef de pôle accès aux droits adultes ou enfants selon les situations. Ces rendez-vous sont à géométrie variable selon les situations : un comité pour les adultes, un autre pour les enfants.*

**MDPH des Hautes-Pyrénées**

*La CDAPH s'est dotée d'une instance d'audition permettant d'entendre les usagers qui en font la demande. Cette commission est composée d'un membre du Conseil général, d'un membre représentant l'État et d'un membre représentant les associations. En 2012, la commission d'audition a reçu vingt-trois usagers.*

**MDPH de la Côte-d'Or**

*La CDA a choisi de mettre en place une organisation lui permettant de recevoir en dehors des séances plénières les personnes qui souhaitent exposer leur situation et leur projet de vie. Un comité restreint, composé de membres de la CDA, a donc été constitué à cette fin [...] En 2012, 156 personnes ont été reçues par le comité restreint (172 en 2011).*

---

## 4. Les membres de la CDAPH enrichissent leurs connaissances par des formations, des temps d'échange ou des visites d'établissements

### a. Les MDPH organisent des temps d'échange déconnectés des dossiers au sein de la CDAPH

Ces temps d'échange ou de formation visent à faire connaître à l'ensemble des membres de la CDAPH les évolutions réglementaires, les outils proposés et les travaux menés au niveau national. Ils contribuent au développement d'une culture commune avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire.



#### MDPH des Côtes-d'Armor

*Les temps de formation des membres de la CDAPH se sont poursuivis en 2012. Une journée de formation a été organisée sur Les troubles « dys » – troubles du langage oral – Leurs conséquences dans la vie et la participation des enfants avec le centre Jacques Cartier. Une seconde journée de formation a été organisée sur les orientations professionnelles en partenariat avec Émeraude ID. Ces temps de formation sont très appréciés des membres de la CDAPH. Au-delà de l'apport de connaissances théoriques et pratiques, ces temps permettent aux membres d'échanger en dehors du cadre des commissions. Sont également associés à ces temps de formation le personnel de la MDPH et les partenaires présents au sein de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.*

#### MDPH du Puy-de-Dôme

*Par ailleurs, une attention toute particulière est portée au développement d'une culture commune entre les membres siégeant en CDAPH et les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Tout au long de l'année, diverses sessions d'information/formation ont ainsi été organisées autour de la connaissance de certains types de handicap (maladies neurodégénératives, troubles envahissants du développement, déficience auditive...) ou de certains accompagnements (présentation d'établissements, de services...).*

#### MDPH de la Meuse

*En 2012, la MDPH a édité deux numéros de son bulletin d'information à destination des membres de la commission. Ce bulletin a vocation à fournir aux membres des informations diverses relatives aux aspects juridiques des décisions à prendre en séance, à diverses pathologies régulièrement rencontrées lors de l'examen des dossiers ou encore à l'actualité liée au handicap.*

La CDAPH peut également être conduite à débattre d'éléments de doctrine et à prendre position pour des situations spécifiques afin d'élaborer sa jurisprudence interne dans un souci d'équité de ses décisions.



#### MDPH de l'Oise

*Une « CDAPH blanche » s'est tenue deux fois dans l'année. Ces réunions sont l'occasion pour les équipes de la MDPH et les membres de la CDAPH d'échanger sur les évolutions législatives, de présenter de nouvelles modalités d'organisation, les expérimentations en cours et d'interroger les membres de la CDAPH sur des questions spécifiques en lien avec des situations. Les réponses apportées viennent alimenter la jurisprudence de la CDAPH de l'Oise.*

**MDPH du Haut-Rhin**

*Le groupe de travail pluridisciplinaire, émanation des membres de la CDAPH et des techniciens de la MDPH, s'est constitué sur la demande de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du Haut-Rhin, réunie le 29 mars 2012. La commande était la suivante : élaborer une interprétation de la définition du surcoût de transport dans le cadre de la PCH au vu de la diversité des demandes concernant ce volet.*

**MDPH de la Drôme**

*La mise en place d'une CDAPH fonctionnelle. Sous forme plénière, lors de cette CDAPH, aucune demande n'est étudiée. Il s'agit d'une commission durant laquelle des protocoles, doctrines et bonnes pratiques peuvent être débattus. Ces commissions peuvent aussi travailler à la validation d'une jurisprudence, ainsi qu'être le lieu de temps de formation ou d'information.*

## b. Les CDAPH délocalisent leurs réunions dans des établissements et services

**MDPH des Pyrénées-Atlantiques**

*La CDAPH peut se réunir dans des structures médico-sociales, sociales ou scolaires. Cette démarche permet aux membres de la CDA de mieux connaître les différentes typologies de handicap et les dispositifs mis en place pour accompagner les personnes handicapées.*

**MDPH du Territoire de Belfort**

*Les membres de la commission ont été invités à participer à une CDAPH hors les murs. Cette rencontre organisée au sein d'un établissement médico-social accueillant des enfants (IMPRO-IMP-SESSAD) a été l'occasion pour l'ensemble des membres de visiter les locaux, de rencontrer les professionnels et les usagers. Cette visite a été suivie d'une présentation chiffrée de l'activité de la CDAPH. Au-delà de l'analyse des situations individuelles, ce temps de travail collectif a permis de partager une analyse globale sur les décisions prises, une meilleure connaissance du public de la MDPH, d'échanger sur des critères importants que sont les taux de recours et délais de traitement des dossiers, mais aussi la réalité des listes d'attente.*

## c. Les MDPH ont engagé un travail d'amélioration des notifications de décision pour une meilleure compréhension par les personnes et leurs familles

Ce travail est souvent mené en partenariat avec des représentants associatifs ou des collectifs d'usagers. Les MDPH soulignent néanmoins les limites de l'exercice, ces documents étant opposables juridiquement.

**MDPH de la Meuse**

*En 2012, un gros travail a été réalisé en interne afin de repreciser les commentaires de nos notifications. En effet, pour être acceptée, une décision doit être comprise. Il nous semblait très important que les motivations, tant d'accord que de refus, soient suffisamment précises. La réunion, à deux reprises, d'un groupe de travail interne a abouti à l'injection dans l'applicatif métier de 264 commentaires prédéfinis en fonction du type de demande. Lors de l'instruction du dossier, il est néanmoins toujours possible et vivement recommandé aux équipes de personnaliser davantage les motivations, notamment de refus, sur les situations particulières.*

### **MDPH de l'Oise**

*Un travail de simplification des décisions a déjà été entrepris courant 2012. La limite de l'exercice reste néanmoins le cadre légal contraint et le fait que ces documents soient opposables juridiquement.*

---

### **d. À noter une initiative locale de rencontre des présidents de CDAPH de plusieurs départements**



**MDPH de la Creuse** *Une rencontre des présidents de CDAPH des départements de la région a été organisée en novembre 2012 à l'initiative du président de la CDAPH de la Corrèze, visant à échanger sur les pratiques des CDAPH. Une seconde rencontre est prévue en Creuse en juin 2013.*

---

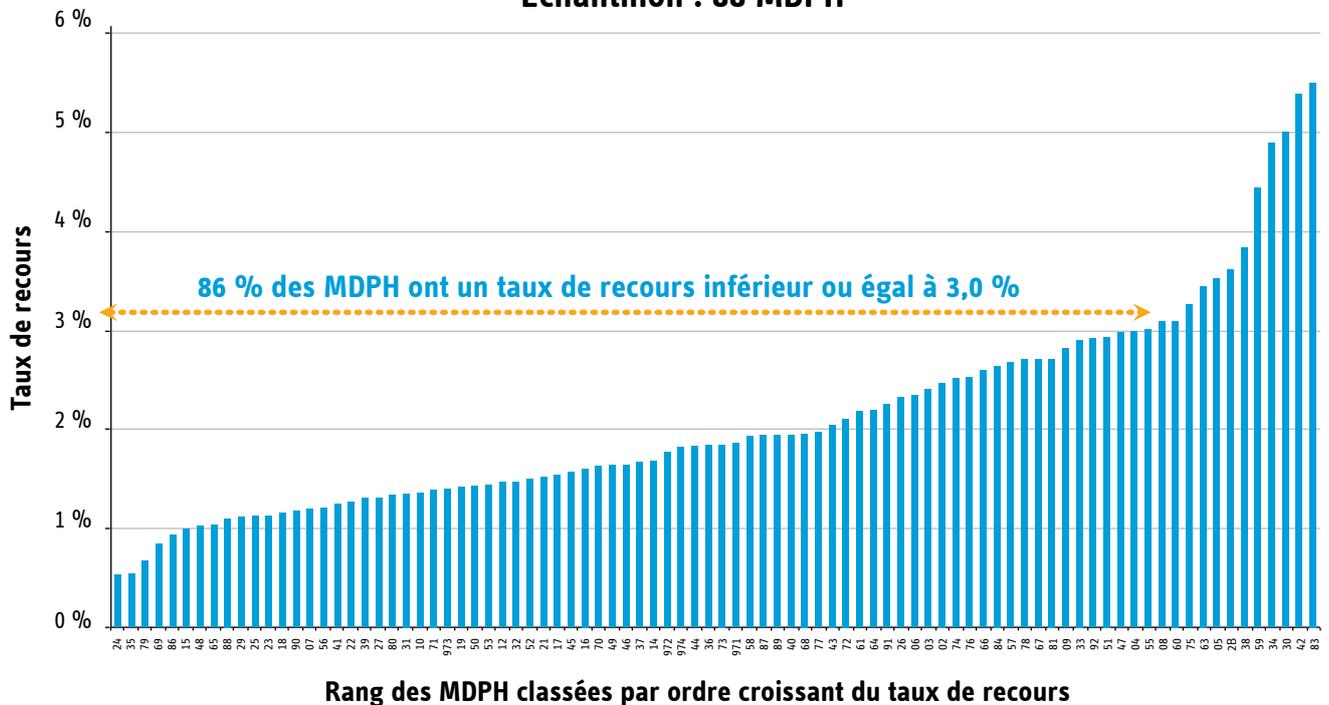
## 5

## Médiation, conciliation, recours : L'amélioration des réponses aux recours présentés par les personnes handicapées

Afin de permettre aux personnes handicapées de mettre en œuvre leurs droits, des dispositifs de médiation et de conciliation sont prévus.

Sans qu'il soit aisé de mesurer l'incidence de ces dispositifs, il convient de souligner qu'en 2012, 2,4 % des décisions ont fait l'objet d'un recours gracieux ou contentieux contre 2,5 % en 2011. 86 % des MDPH enregistrent moins de 3 % de recours.

### Part des recours gracieux et contentieux dans le total des décisions prises en 2012 Échantillon : 88 MDPH





### **MDPH de l'Ardèche**

*Le nombre de recours représente 1 % des décisions prises, 149 recours pour 14 680 décisions.*

### **MDPH de l'Ariège**

*Au cours de l'année 2012, 202 demandes de recours gracieux ont été déposées afin de contester une décision de la CDAPH. Ce nombre est en baisse par rapport à 2011, car à réception d'une demande de recours et préalablement à son instruction, deux démarches sont faites par les agents de la MDPH : une information, par téléphone ou par courrier, sur les motifs qui ont justifié la décision prise, une demande d'éléments complémentaires (médicaux ou autres) qui n'auraient pas été joints au dossier de la demande initiale ou de recours. La plus grande communication entre la MDPH et les personnels, l'amélioration de la qualité des réponses ont sans doute contribué à ralentir le nombre de recours.*

---

## **1. La médiation est peu mise en avant dans les rapports**

Cette fonction est portée par un professionnel de la MDPH, qui exerce souvent d'autres missions par ailleurs.



### **MDPH de Tarn-et-Garonne**

*Un référent pour le traitement amiable des litiges intervient deux mercredis par mois dans les locaux de la MDPH. C'est une assistante de service social, agent du Conseil général qui exerce cette mission depuis 2007. Elle rencontre les usagers, soit spontanément, soit sur rendez-vous. Le référent rencontre l'usager afin de l'aider dans la mise en œuvre des moyens et la valorisation d'éléments, s'il en est, qui justifient la contestation de la décision. Ce référent se saisit du dossier relatif à la personne handicapée détenu par la maison départementale des personnes handicapées.*

### **MDPH de la Somme**

*Le rôle du médiateur de la MDPH est mieux identifié surtout par les partenaires extérieurs. Les demandes de médiation en 2012 sont très diversifiées : litiges avec un ESMS, difficulté pour faire valoir ses droits retraite CRAM au titre du handicap, deux situations de discrimination au travail (employeur privé et public), délais anormalement longs sans possibilité de joindre la MDPH, deux situations de logement insalubre, situation de vulnérabilité, transport scolaire adapté...*

### **MDPH de l'Essonne**

*En septembre 2012, il a été décidé de mettre en place une mission spécifique de médiation au sein du service juridique. En effet, il a été constaté que certaines réclamations d'usagers pouvaient rapidement être traitées en dehors du cadre réglementaire des recours gracieux. Ainsi, en recevant dans de brefs délais et en donnant de l'information auprès des personnes, voire en orientant vers des partenaires, des situations ont pu être réglées [...] Sur certaines situations qualifiées de litigieuses avec certains partenaires (problèmes de notifications, de régularisations avec demandes de rétroactivité des dates d'attribution de certaines prestations...), le service juridique a mis en place des rencontres interinstitutionnelles. Ainsi, plusieurs réunions ont été organisées sur 2012 et plus de 120 situations ont pu être réexaminées et traitées.*

## 2. La procédure de conciliation, probablement encore mal connue des usagers, reste assez peu demandée

### a. Les conciliateurs sont souvent des professionnels du secteur médico-social à la retraite alliant ainsi connaissance des dispositifs et disponibilité

Les équipes reconnaissent l'intérêt de cette fonction qui permet de nouer un dialogue avec l'utilisateur et de lui apporter des explications tout en constatant que cette voie de recours est peu connue des personnes et de leurs familles. C'est une procédure exigeante et le travail du conciliateur doit pouvoir être soutenu par la MDPH : préparation et suivi des dossiers.



#### **MDPH des Hautes-Pyrénées**

*Mise en place depuis 2007, elle n'est que trop peu sollicitée par les usagers bien que faisant l'objet d'une information au verso de chaque notification adressée aux usagers. Pas de demande de conciliation en 2012.*

#### **MDPH de la Vendée**

*Également instituée en 2006, la mission de conciliation repose sur l'intervention de neuf bénévoles indépendants et motivés. En 2012, les conciliateurs ont traité cinquante-six situations, soit une baisse importante de 30 % par rapport à 2011. Chaque conciliateur réalise en moyenne cinq conciliations par mois. La durée de traitement est toujours de vingt jours.*

#### **MDPH du Nord**

*Après le démarrage relativement lent en 2011 de la mission de conciliation, en 2012 les demandes de conciliation ont fortement augmenté, obligeant le service à s'organiser et se structurer autour d'un pilotage renforcé de la mission de conciliation. L'arrivée au mois de mars d'une stagiaire, étudiante en master de management et gestion des collectivités territoriales, a permis de mettre en place des outils de suivi et d'évaluation de l'activité des conciliateurs. Les tableaux de suivi des dossiers de conciliation ont été développés et améliorés, des tableaux de bord ont été créés permettant un suivi en temps réel de l'activité des conciliateurs, et, pour les conciliateurs eux-mêmes, d'avoir une vision de l'ensemble des dossiers qu'ils traitent.*

#### **MDPH de l'Ardèche**

*Nous avons quatre conciliateurs à la MDPH. De profils variés, ce sont pour la plupart d'anciens professionnels du champ médico-social et membres d'associations pour personnes en situation de handicap. Le faible niveau d'intervention (en 2012, quatre conciliations) nous a questionné et nous avons donc décidé de modifier notre formulaire de voies de recours afin de faire apparaître de façon plus claire cette possibilité qui est offerte à nos usagers.*

## **b. Le périmètre d'intervention et les spécificités de chaque procédure (conciliation, médiation et recours gracieux) ne sont pas toujours compris par les professionnels et les usagers**

L'existence et l'utilité de la procédure de conciliation sont parfois perçues différemment : inutile pour certains qui disent privilégier le travail d'explication et de discussion avec l'utilisateur en amont des décisions, indispensable et incontournable pour d'autres comme moyen de prévenir les recours. On note parfois une certaine confusion entre médiation et conciliation.



### **MDPH de Maine-et-Loire**

*La conciliation n'a pas été mise en place d'autant plus que l'envoi systématique des PPC avant la CDAPH permet l'explicitation et la révision éventuelle des propositions de l'équipe pluridisciplinaire avant décision de la CDAPH.*

### **MDPH du Pas-de-Calais**

*La cellule juridique chargée de la préparation des dossiers pour les conciliateurs a enregistré 1 661 demandes de conciliation contre 1 931 en 2011, soit une baisse de 14 % [...] Suite à une réorganisation du travail en lien avec l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation, leur capacité de traitement s'est accrue et, conformément à la réglementation, le rapport du conciliateur est désormais produit en moins de deux mois conformément à la réglementation en vigueur. À la suite de la conciliation, 64 % des décisions ont été confirmées et 36 % infirmées (contre respectivement 69 % et 31 % en 2011). Le recours gracieux n'a plus cours à la MDPH du Pas-de-Calais : toute demande de ce type est désormais traitée selon la procédure de conciliation plus efficace et plus respectueuse des droits de l'utilisateur que le recours gracieux.*

### **MDPH d'Eure-et-Loir**

*Même si la procédure de conciliation est mise en place depuis 2010, son intérêt et sa valeur ajoutée ne sont pas toujours compris par les usagers. Les usagers préfèrent généralement déposer un recours gracieux ou saisir directement un recours contentieux pour disposer plus rapidement d'une nouvelle décision. Les conciliateurs ont également des difficultés à trouver leur place.*

## **c. Les suites de la conciliation sont variables : examen favorable par la CDAPH, meilleure compréhension par l'utilisateur des décisions, recours gracieux, voire contentieux**



### **MDPH du Vaucluse**

*Durant l'année 2012, seule une personne qualifiée est intervenue. À l'issue d'un recours gracieux, une personne a demandé l'intervention d'une personne qualifiée. La demande concernait des rejets d'AAH et de carte d'invalidité. La personne qualifiée a expliqué les décisions, mais l'utilisateur a déposé un recours au TCI (Tribunal du contentieux de l'incapacité) qui a suivi les décisions de rejet de la CDAPH.*

### **MDPH de la Loire-Atlantique**

*Huit personnes qualifiées sont désignées pour assurer la mission de conciliation. En 2012, elles sont intervenues auprès de dix-sept personnes (quinze en 2011), l'une d'entre elles ayant annulé sa demande. À la suite de ces entretiens, six personnes n'ont pas donné de suite particulière, huit personnes ont engagé un recours gracieux, dont deux ont également déposé un recours auprès du TCI. Et deux autres personnes ont été directement au TCI.*

**MDPH de l'Orne**

Trois conciliateurs exercent leur mission à la MDPH de l'Orne. Huit conciliations ont été demandées au cours de l'année 2012. Pour la moitié d'entre elles, un recours gracieux ou contentieux a ensuite été déposé par les personnes.

**MDPH de la Mayenne**

En 2012, la MDPH a reçu sept demandes de conciliation. Le nombre de demandes se développe passant de deux en 2011 à sept en 2012. Mais il reste très limité. Les demandes concernent des refus de carte d'invalidité et d'attribution d'allocation aux adultes handicapés. Deux personnes n'ont pas donné suite à leur demande de conciliation. Sur les cinq personnes reçues, quatre ont demandé la révision de leur situation en déposant une demande de recours gracieux précisant qu'elles souhaitaient être reçues par le médecin coordonnateur. La dernière personne a été rencontrée par le directeur pour évoquer la redéfinition de son projet d'accompagnement.

### 3. Les MDPH organisent leur procédure de traitement des recours gracieux

Certaines MDPH témoignent d'un nombre croissant des recours gracieux en 2012.

**MDPH du Territoire de Belfort**

Nous avons enregistré quarante-deux nouveaux recours gracieux en 2012 (vingt-deux en 2011).

**MDPH des Yvelines**

Le nombre de recours gracieux déposés est en augmentation, tant pour les décisions enfants que pour les décisions adultes.

**MDPH de la Seine-Maritime**

Le nombre de recours gracieux déposés par les usagers a connu une progression importante, de l'ordre de 45 %, passant de 1 616 en 2011 à 2 345 en 2012. Les recours gracieux représentent donc 3,48 % des décisions prises par la commission contre 2,12 % l'an passé.

#### a. L'absence de rencontre avec un médecin fait partie des motifs de recours gracieux sur les décisions relatives aux demandes d'AAH et de cartes

**MDPH de l'Ariège**

Toutefois, encore un certain nombre de personnes forment un recours sur le motif « qu'elles n'ont pas été vues par un médecin de la MDPH ».

**MDPH de l'Indre**

Les recours gracieux adultes portent essentiellement sur l'AAH et les cartes (invalidité, stationnement et priorité pour personne handicapée) avec 72 % des recours gracieux. Concernant les enfants, les recours gracieux portent essentiellement sur les auxiliaires de vie scolaire notamment la quotité horaire (31 %) et les orientations en établissements et services (17 %).

### **MDPH de la Haute-Saône**

*28,5 % des recours portent sur l'allocation aux adultes handicapés, que ce soit suite à un rejet ou à une attribution au titre de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi au lieu d'un taux d'incapacité à 80 %. Dans 78,6 % des décisions prises dans le cadre d'un recours gracieux portant sur l'AAH, la décision initiale de la CDAPH a été maintenue. 22,8 % des recours portent sur le taux d'incapacité.*

---

## **b. Quelques MDPH décrivent l'organisation spécifique du traitement de ces demandes**



### **MDPH de l'Oise**

*Chaque personne déposant un recours gracieux auprès de la MDPH de l'Oise est reçue en consultation par l'un des médecins. Ces rendez-vous sont organisés sur les trois grandes agglomérations du département (Beauvais, Creil et Compiègne) afin de limiter les déplacements des usagers.*

### **MDPH de la Gironde**

*Trois agents sont affectés au pôle suivi des droits au sein du service gestion des droits pour suivre et traiter les recours gracieux. Chaque recours est étudié en équipe recours gracieux avant inscription en CDAPH pour nouvelle décision. L'équipe se compose d'un coordonnateur du service gestion des droits, d'un coordonnateur du service évaluation suivi, d'un médecin-évaluateur et parfois d'un travailleur social.*

---

## **c. Les décisions faisant l'objet d'un recours gracieux sont largement confirmées, mais les personnes dont le recours gracieux n'a pas abouti se tournent alors très souvent vers un recours contentieux**



### **MDPH des Alpes-de-Haute-Provence**

*264 demandes de recours gracieux ont été examinées par la CDAPH. 90 décisions ont abouti à un accord de la CDAPH, soit 34 % des décisions, alors que 174 décisions ont confirmé la décision initiale de la CDAPH, soit 66 %.*

### **MDPH de la Guyane**

*Environ 60 % des recours concernaient l'AAH et le complément de ressources. Contrairement à l'année précédente, la commission est revenue sur sa décision précédente dans 53 % des cas pour l'AAH. Cette évolution pourrait s'expliquer, en premier lieu, par l'évolution des pratiques, due notamment aux formations sur l'appréciation du taux d'incapacité et de la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi. Désormais, le retentissement est davantage pris en considération et prend le pas sur la pathologie, contrairement à ce qui prévalait les années précédentes.*

---

## 4. Cette mobilisation des MDPH pour mieux prendre en compte les recours des usagers le plus en amont possible contribue probablement à la diminution des recours contentieux, même si cette tendance à la baisse n'est pas partagée par toutes les MDPH

En moyenne, sur l'échantillon, 20 % des recours sont des recours contentieux. En 2011, la part des recours contentieux était de 24 %.

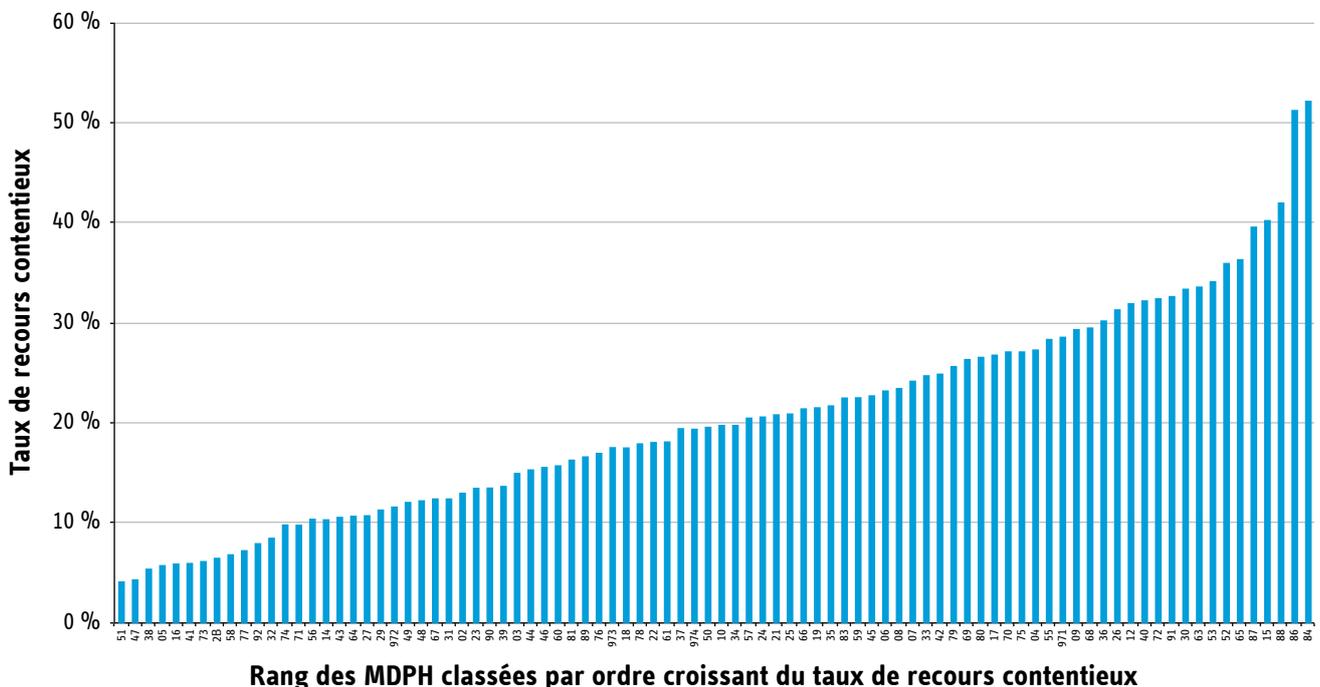
89 % des MDPH ont moins d'un tiers de recours contentieux contre les trois quarts en 2011.



### MDPH du Pas-de-Calais

En 2012, la cellule juridique a enregistré 528 saisines du tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) contre 686 en 2011 soit une baisse de 23 %. Le taux de recours contentieux est donc de 0,6 %. Deux raisons au moins peuvent expliquer cette diminution sans que l'une se détache nettement de l'autre : effets de la conciliation qui continue à porter ses fruits, refonte des courriers de notification des décisions afin qu'ils soient plus explicites pour les usagers.

### Part des recours contentieux dans le total des recours déclarés en 2012 Échantillon : 88 MDPH



## a. Le suivi des recours contentieux nécessite une implication importante de la part des équipes des MDPH pour la rédaction de mémoires et la participation aux audiences du tribunal

Le développement d'une fonction spécifique au suivi des contentieux se confirme dans les MDPH.



### MDPH du Morbihan

*La gestion des contentieux est assurée par une juriste qui rédige des mémoires étayés. Elle assure un suivi très précis des décisions prises par les juridictions et en informe les équipes et la CDAPH. Elle sécurise les actes de la CDAPH. Elle dispose d'une vision transversale du fonctionnement et de l'établissement et assume une mission de prévention des contentieux en contribuant à une meilleure compréhension des décisions de la CDAPH par les usagers (adaptation des notifications...).*

### MDPH de la Haute-Savoie

*Il convient de noter que la gestion de ces recours gracieux et contentieux prend de plus en plus de place dans l'organisation et représente une charge de travail croissante pour la MDPH. Par ailleurs, la MDPH ne peut plus se permettre de dégager du temps des membres de l'EP pour être représentée en contentieux depuis un an. Chaque notification de dépôt de recours contentieux auprès des services de la MDPH entraîne la production d'un mémoire en défense. Ceux concernant les tribunaux de la sécurité sociale sont élaborés par la conciliatrice. En cas de saisine du tribunal administratif pour un recours lié à la carte européenne de stationnement, les mémoires sont rédigés par une inspectrice de la direction départementale de la cohésion sociale (il est rappelé que l'attribution de la carte de stationnement est restée une compétence du préfet). Elle s'appuie sur des éléments transmis par la conciliatrice.*

### MDPH de Loir-et-Cher

*En 2012, la MDPH s'est rendue à cinq reprises aux audiences pour rendre compte des éléments ayant prévalu à la décision de la CDAPH, tant sur des dossiers enfants qu'adultes.*

### MDPH du Rhône

*En 2012, neuf appels ont été formulés auprès de la CNITAAT (Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail), tant par des usagers que par la MDPH. Le référent juridique transmet un mémoire ou assiste aux audiences de façon systématique pour les dossiers de PCH, pour les dossiers hors PCH enfants. Sa présence pour les audiences concernant des adultes hors PCH est analysée selon l'enjeu.*

## b. Les recours contentieux semblent principalement concerner les prestations, notamment l'AAH, ainsi que la carte d'invalidité



### MDPH du Doubs

*Soixante-treize recours contentieux ont été dénombrés en 2012. Ce nombre baisse par rapport aux années antérieures. Les recours contentieux les plus nombreux concernent les refus d'ouverture de droits à l'allocation pour adultes handicapés ou pour la carte d'invalidité.*

### MDPH de Hautes-Pyrénées

*On peut constater que les décisions les plus contestées concernent les demandes d'AAH et de cartes pour les adultes. La PCH ne fait que très exceptionnellement l'objet d'un recours, et ce malgré l'augmentation des demandes. En 2011, le nombre de recours était de trente-cinq demandes. On peut constater une hausse de 54,5 % du nombre de recours en 2012.*

### MDPH de la Guadeloupe

*Les recours tant gracieux que contentieux portent essentiellement sur les prestations et en particulier sur l'allocation aux adultes handicapés et son complément ainsi que sur la carte d'invalidité. Il convient de souligner l'augmentation du nombre de recours AAH, conséquence de la nouvelle réglementation relative à l'attribution de l'AAH en 2011.*

### c. L'infirmité des décisions au TCI concerne souvent l'AAH en lien avec la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi

En effet, si beaucoup de décisions des MDPH sont confirmées par le TCI, voire la CNITAAT, les MDPH remarquent le poids particulier des dossiers nécessitant de mobiliser l'arbre décisionnel relatif à la RSDAE (restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi) dans les décisions infirmées.



### MDPH de la Charente-Maritime

*Comme en 2011, plus de la moitié des recours contentieux portent sur les décisions d'attribution de l'AAH (55 % en 2012). Pour cette allocation, on note que 60 % des décisions de la CDAPH ont été infirmées en 2012 contre 40 % en 2011, et que, dans plus de la moitié des cas, le TCI a accordé la RSDAE que la CDAPH n'avait pas attribuée.*

### MDPH d'Ille-et-Vilaine

*Il a été décidé également en 2012 d'interjeter en appel dès lors que la décision ne paraît pas conforme aux textes et surtout « étonnante » au regard du droit. Ainsi auprès de la CNITAAT (Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail) avons-nous contesté l'octroi de l'AAH pour un usager ne présentant pas le taux d'incapacité requis, mais « limite quant aux critères sociaux ».*

### MDPH de la Meuse

*En 2012, quarante-neuf personnes (contre quarante-six en 2011) ont fait appel d'une décision de la CDAPH de la Meuse par le biais d'une procédure contentieuse (tribunal du contentieux de l'incapacité ou tribunal administratif) concernant soixante-huit décisions (comme en 2011.) En 2012, le tribunal du contentieux de l'incapacité a étudié soixante-sept demandes au bénéfice de quarante-six personnes : 66 % de confirmation des décisions de la CDAPH, 18 % d'infirmité des décisions de la CDAPH (contre 31 % en 2011 et 29 % en 2010), 16 % d'extinctions de l'instance suite au désistement de l'intéressé. Qualitativement, on note toujours que l'infirmité des décisions de la CDAPH porte essentiellement sur la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi dans le cadre des demandes d'allocation aux adultes handicapés (sept infirmités sur douze).*

### MDPH des Bouches-du-Rhône

*Le taux de jugements qui infirment les décisions de la CDA est relativement stable ces quatre dernières années : il est en moyenne de 28 % pour le secteur adulte et 47 % pour le secteur enfant (avec une baisse sensible en 2012). À titre indicatif, le taux de recours contentieux calculé sur le nombre de décisions rendues par la CDAPH est respectivement de 0,58 % pour le secteur adulte et 0,30 % pour le secteur enfant.*

## d. Les délais de traitement par les tribunaux sont variables



### MDPH du Vaucluse

*Le délai moyen entre la date de réception du recours par la MDPH et la décision du TCI est de 6,16 mois. Le délai moyen entre la date de réception du recours par la MDPH et la décision de la CNITAAT est de 13,66 mois. Le délai moyen entre la date de réception du recours par la MDPH et la décision du tribunal administratif est de 11,82 mois.*

## e. Les rencontres et les formations avec le TCI se développent afin de partager une culture commune et de présenter les évolutions réglementaires, notamment dans le champ de l'employabilité (RDSAE). La CNSA y contribue en mobilisant les juristes de la direction de la compensation



### MDPH de l'Aisne

*À l'initiative de la MDPH de l'Aisne, une rencontre régionale autour de la réforme de l'AAH a été organisée avec les membres du TCI, associant donc la MDPH de la Somme et de l'Oise. Forts de ces échanges, nous avons conclu les débats par la volonté de mettre en place courant 2013 un groupe de travail régional sur l'harmonisation des motivations de décisions, groupe auquel participeraient également des représentants du TCI. Le souhait d'organiser un échange autour des aides humaines pour les enfants a également et vivement été formulé par le TCI.*

### MDPH de la Somme

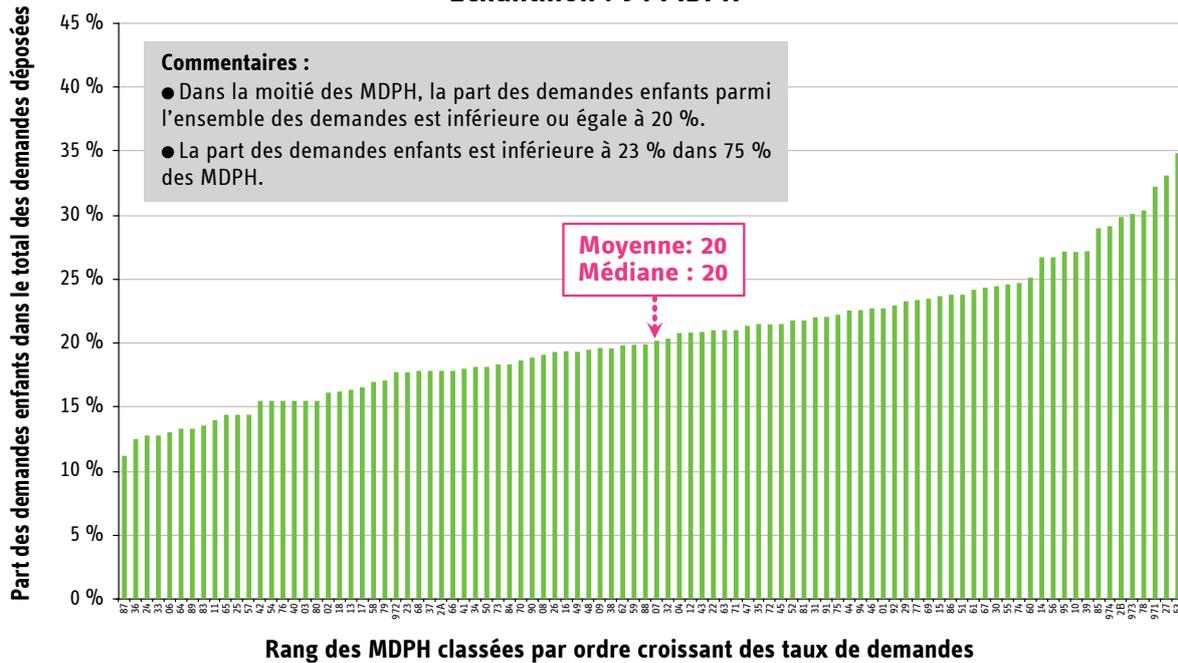
*À signaler qu'au cours de l'année 2012, une rencontre a été organisée sur le plan régional (trois MDPH : Aisne, Oise et Somme) et les membres du TCI. Rencontre riche en échanges réciproques centrée sur les prestations adultes, qui a permis de rappeler la réforme de l'AAH, les particularités de la PCH...*

# 6

## L'engagement important sur la scolarisation des enfants handicapés se confirme

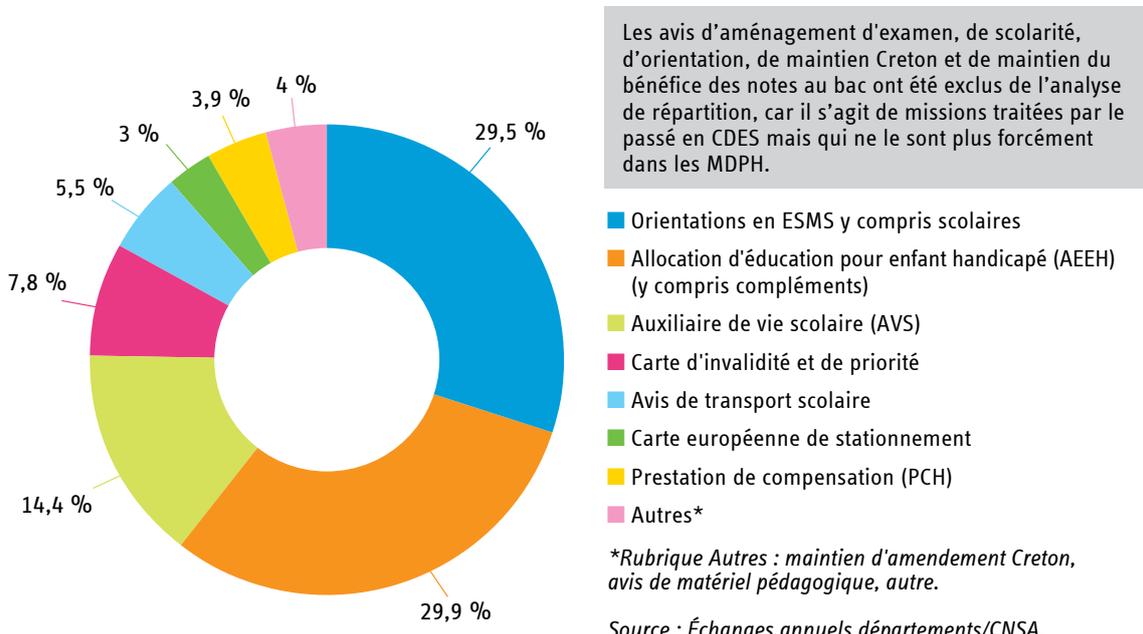
Les demandes pour les enfants représentent en moyenne 20 % des demandes déposées auprès des MDPH. Dans 75 % des MDPH, la part des demandes enfants est inférieure à 23 %.

**La part des demandes enfants dans le total des demandes déposées en 2012 varie de 11 % à 35 % - En moyenne, elle est de 20 %**  
Échantillon : 94 MDPH



En 2012, la répartition par type de demandes en consolidation nationale est la suivante.

**Répartition des demandes enfants déposées en 2012**  
Échantillon : 70 MDPH



## 1. Comme en 2010 et 2011, les MDPH s'interrogent sur la progression des demandes d'AVS

Les éléments relatifs à la scolarisation apportés par les rapports d'activité 2012 ne font que confirmer les constats et interrogations formulés par le secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) dans son rapport final du 4 juillet 2013.

À la rentrée 2012, l'école scolarise près de 226 000 élèves en situation de handicap dans l'enseignement public et l'enseignement privé sous contrat, soit une progression de 7,6 % par rapport à la rentrée 2011.

Les prescriptions d'aide humaine (individuelle et mutualisée) poursuivent leur forte progression (+ 18 % en un an) soit 39,5 % des élèves en situation de handicap scolarisés au lieu de 36 % à fin décembre 2011.

Le rapport IGEN-IGAENR-IGAS relatif à « l'accompagnement des élèves en situation de handicap : état des lieux et propositions » sur lequel s'est appuyé le SGMAP relève que :

- l'augmentation du nombre d'élèves en situation de handicap s'explique par une dynamique inclusive qui les rend visibles, mais aussi par l'apparition « de nouveaux handicaps » notamment les troubles des apprentissages ;
- le droit au parcours créé par la loi a tendance à évoluer en un droit à la prestation avec une logique de guichet ;
- la demande d'aide humaine résulte souvent d'une attente, voire d'une exigence des équipes pédagogiques et autres professionnels.

### a. Cette forte activité pour l'accompagnement des enfants en milieu scolaire est longuement évoquée dans les rapports 2012 comme dans ceux des années précédentes et les questionnements de 2011 restent très présents en 2012



#### **MDPH des Côtes-d'Armor**

*Le nombre de décisions d'auxiliaire de vie scolaire (AVS) continue d'augmenter (+ 17,4 %). La proportion de rejets d'AVS s'élève à 13,5 % en 2012 soit un taux légèrement supérieur à celui de 2011 (12,8 %).*

#### **MDPH de l'Eure**

*L'activité globale reste marquée par une hausse continue des décisions. La cause principale est l'augmentation du nombre de demandes d'accompagnement par un AVS, passant de 1 097 en 2011 à 1 419 en 2012, soit une évolution de plus de 29 % en un an.*

#### **MDPH de la Savoie**

*L'analyse des demandes déposées d'AVS fait apparaître une forte demande (+ 17,5 %), les décisions d'accords s'établissent à plus de 43 %. Les premières demandes d'AVS sont en forte progression par rapport à l'année 2011 (256). En 2012, elles sont de 351 soit plus de 37,10 % sur une année scolaire d'intervalle.*

#### **MDPH de Lot-et-Garonne**

*Les décisions d'AVS ont augmenté de près de 14,5 % entre 2011 et 2012 avec un taux d'accord en 2012 de plus de 88 %.*

## **b. Comme les années précédentes, les MDPH évoquent la tension qui pèse sur les équipes chargées de ces procédures pour répondre aux besoins des élèves et des familles dans un temps contraint par le calendrier scolaire**

Dans le cadre des travaux de la CDAPH, les MDPH en partenariat avec l'Éducation nationale tentent de caler les décisions sur les cycles d'apprentissage des enfants.



### **MDPH des Deux-Sèvres**

*En ce qui concerne les enfants, l'augmentation des demandes d'auxiliaires de vie scolaires (AVS) et de scolarisation collective (+ 68 % entre 2007 et 2012), concentrées sur six mois de l'année, génère un rythme de rencontres-réunions difficilement soutenable pour le personnel d'encadrement.*

### **MDPH de l'Hérault**

*Un partenariat fort avec l'Éducation nationale a été établi avec la contribution de vingt-deux enseignants-référents. Afin de réguler l'arrivée et le traitement des dossiers en fonction du calendrier scolaire, une sectorisation a été mise en place au sein du pôle enfants.*

### **MDPH des Hautes-Pyrénées**

*Entre 2010 et 2011, il y a eu une augmentation des demandes de 25 % concernant le nombre d'AVS et de 27 % entre 2011 et 2012. Les ajournements dus à des dossiers incomplets ou dont les éléments ne permettaient pas à l'équipe pluridisciplinaire de faire une proposition de PPS ont représenté un surcroît d'activité de 21 % par rapport au nombre de demandes déposées.*

### **MDPH de l'Ardèche**

*L'activité de la MDPH liée à la scolarisation des enfants fait émerger plusieurs pics d'activité notamment en mars et mai pour un traitement des demandes qui doit intervenir avant juillet. C'est pourquoi il a été décidé d'étoffer l'équipe par un renfort administratif de quatre mois sur la campagne enfant et, depuis septembre, un médecin-pédiatre vient renforcer les équipes d'évaluation.*

## **c. Pour mémoire, la synthèse des rapports d'activité 2011 évoquait la demande des MDPH que soient explorées « la frontière souvent ténue entre adaptation du droit commun, compensation, troubles des apprentissages et handicap » et la « prise en compte croissante de ces troubles des apprentissages au titre du handicap »**

Les MDPH font ainsi écho aux rapports précités qui insistent sur la nécessité de mieux évaluer les besoins des enfants pour mieux distinguer besoins pédagogiques et besoins de compensation.

L'arrivée du plan d'accompagnement personnalisé (PAP) dans le cadre de la loi de refondation de l'école porté par les équipes de l'Éducation nationale, et destiné à proposer un accompagnement pédagogique spécifique devrait répondre aux attentes des MDPH.

Certaines MDPH s'organisent et renforcent leurs compétences afin de mieux cerner les besoins réels des enfants présentant des troubles des apprentissages.



### **MDPH de l'Allier**

*On note également une augmentation des refus de projets personnalisés de scolarisation (PPS) depuis 2010. En effet, de plus en plus de demandes sont faites pour des enfants en retard scolaire, mais qui ne souffrent pas de handicap. Un travail va être réalisé avec les services de l'Éducation nationale pour rappeler les différences entre handicap et retard scolaire. La MDPH de l'Allier travaille avec le plateau dont elle dispose, mais elle note une montée en charge des enfants « dys » depuis plusieurs années. Or, le département ne dispose pas de SESSAD TSL (troubles spécifiques du langage). Les enfants souffrant de cette pathologie sont soit obligés d'être pris en charge par des professionnels libéraux, soit orientés vers les SESSAD « déficience intellectuelle », ce qui ne répond que partiellement à leurs besoins.*

### **MDPH de la Haute-Saône**

*Les rejets d'orientations scolaires sont uniquement liés au fait que la CDAPH se déclare incompétente pour statuer sur l'orientation d'un enfant au motif qu'il ne relève pas du champ du handicap. La MDPH est parfois saisie de demandes par des parents d'enfants en difficultés scolaires et qui cherchent toute mesure pouvant les aider à remédier à ces difficultés. Or, tous les enfants en difficultés scolaires ne sont pas, fort heureusement, handicapés.*

### **MDPH de la Seine-Saint-Denis**

*Le nombre de demandes concernant des troubles des apprentissages augmente en raison notamment de leur médicalisation grandissante et de la difficulté pour les enseignants sur le terrain de gérer ces situations.*

---

## **d. Afin de répondre à cette demande d'une meilleure définition des besoins de l'enfant, la CNSA et l'Éducation nationale ont mis à la disposition des équipes pour la rentrée 2012 un nouvel outil de dialogue et d'échange entre les MDPH et les équipes éducatives, le GEVA-Sco**

Les rapports 2012 sont donc l'occasion d'appréhender l'appropriation du GEVA-Sco par les équipes et leur mode d'utilisation, ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées.



### **MDPH de la Haute-Vienne**

*Le choix a été fait par les services académiques de diffuser largement l'outil GEVA-Sco. Un courrier cosigné par la directrice des services académiques de l'Éducation nationale et la directrice de la MDPH a lancé auprès des établissements scolaires du département l'usage de ces documents pour accompagner toute demande à la MDPH à caractère scolaire. En parallèle, l'INSHEA de Suresnes (Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés) a proposé d'inscrire le département de la Haute-Vienne dans un travail de recherche intitulé Le GEVA-Sco : conditions de mise en œuvre et modalités de scolarisation en partenariat avec la CNSA. Il s'agirait de rencontrer les acteurs du dispositif (MDPH, enseignants-référents, enseignants, AVS, familles, enfants...), de mettre en place des observations participantes et des entretiens afin de mieux cerner les apports de l'outil en termes d'évaluation des besoins et de préconisations, ainsi qu'en termes d'appréhension de l'effet capacitant des aides humaines, pédagogiques et techniques. Cette phase devrait débuter en mars-avril 2013.*

### **MDPH de la Somme**

*Comme suite à la réunion des référents de scolarisation des MDPH à la CNSA mi-septembre 2012, a été décidée la mise en place immédiate des nouvelles modalités d'attribution de l'aide humaine à la scolarisation, des documents GEVA-Sco première demande et GEVA-Sco réexamen et d'un nouveau PPS établi en équipe pluridisciplinaire. Une stabilisation sur les notifications d'AVS en 2012, mais une baisse importante des accords sur cette prestation. En effet, des évaluations plus fines sont actuellement exigées et confortées par l'arrivée du GEVA-Sco pour analyser ces aménagements pédagogiques mis en place et les résultats obtenus [...]*

### MDPH de la Mayenne

Dès septembre 2012, la MDPH a défini avec la direction départementale des services de l'Éducation nationale la stratégie de déploiement du GEVA-Sco en Mayenne. La mise en place de cet outil nécessite un temps d'appropriation par les enseignants-référents et les membres de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Ils ont travaillé conjointement à l'analyse de cet outil pour préparer une session de formation commune animée par la CNSA en novembre 2012. Cela a permis également de croiser ce nouvel outil avec les formulaires de recueil de données pour l'évaluation actuellement actualisés. À l'issue, le formulaire GEVA-Sco a été complété afin de garantir un recueil d'information optimal par rapport à l'existant. Le GEVA-Sco est utilisé sur l'année scolaire 2012-2013 par les enseignants référents dans le cadre des équipes de suivi de scolarisation de manière expérimentale. Les retours feront l'objet d'une synthèse par le coordonnateur des évaluations scolaires de la MDPH, donnant lieu à un échange avec les enseignants-référents. L'Éducation nationale a dès cette année scolaire introduit une présentation et une formation à l'utilisation du GEVA-Sco dans les stages destinés aux enseignants du premier degré accueillant dans leur classe un enfant en situation de handicap. Cet effort sera poursuivi lors de l'année scolaire 2013-2014. En lien avec la MDPH, l'Éducation nationale a décidé de la généralisation de l'utilisation du GEVA-Sco à compter de la rentrée 2013.

### MDPH du Rhône

Ainsi, un travail a été réalisé sur le GEVA-Sco et sur la création des AVS mutualisées. De nouveaux documents ont été expérimentés en lien avec la DSDEN afin d'être prêts pour la rentrée 2013. Après avoir été testés auprès de deux enseignants-référents et un gestionnaire, une présentation conjointe à destination de tous les gestionnaires et enseignants-référents a été organisée.

## e. Les équipes des MDPH font également un retour de la mise en œuvre du décret du 23 juillet 2012 relatif à l'aide mutualisée et à l'aide individuelle apportées aux élèves handicapés



### MDPH de la Haute-Vienne

Depuis la rentrée 2012, suite au décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012 relatif à l'aide individuelle et à l'aide mutualisée apportées aux élèves handicapés, la CDAPH a commencé à prendre des décisions d'aide humaine mutualisée pour des situations d'élèves ne nécessitant pas d'aide continue et soutenue. La plupart du temps, ce sont des élèves de collège, le plus souvent des jeunes ayant des troubles des apprentissages pour lesquels une assistance ponctuelle est suffisante. Mais la mutualisation peut aussi apparaître pour des élèves ayant des retards cognitifs sans trouble du comportement, mais ayant besoin de stimulation dans des moments d'apprentissage précis. Une difficulté persiste induite par l'obligation faite par le décret de n'affecter sur les missions mutualisées que des personnels au statut d'assistant d'éducation. Le nombre de ces personnels étant contingenté, les services académiques sont souvent en difficulté pour mettre en œuvre les décisions de la CDAPH.

### MDPH de la Charente-Maritime

La mise en place de l'aide mutualisée à l'école fera l'objet d'un chantier sur l'année 2013. En effet, l'équipe pluridisciplinaire va devoir évaluer les besoins d'accompagnement en termes de tâches et non plus en termes de quotité horaire. La participation du référent scolaire de la MDPH à toutes les réunions organisées par la CNSA sur ce thème a facilité la mise en place et l'appropriation des nouveaux supports par l'équipe. Cette mise en œuvre a également permis de renforcer le partenariat avec les services de l'Éducation nationale fortement impliqués dans l'information auprès des directeurs d'établissements et des enseignants-référents.

### **MDPH de la Haute-Loire**

*L'année scolaire 2013 sera marquée par la mise en place des notifications d'attribution d'aide mutualisée en matière d'auxiliaires de vie scolaire (AVS). Cette réflexion déjà commencée est à coupler avec l'arrivée du GEVA scolaire (guide d'évaluation multidimensionnel), que les enseignants-référents et le pôle enfant de la MDPH ont revu afin de le faire coïncider avec nos attentes en termes d'évaluation.*

### **MDPH du Vaucluse**

*Depuis septembre 2012, l'EP a défini de nouveaux critères d'attribution pour distinguer les deux types d'aide humaine en milieu scolaire (AVS individuel ou AVS mutualisé) en s'appuyant sur le décret d'application concernant ces aides (juillet 2012).*

---

## **f. La rédaction et l'envoi des PPS semblent se développer**

Mais les MDPH évoquent majoritairement les contraintes de temps et de moyens, qui freinent la généralisation de cette pratique jugée essentielle pour la qualité de service rendu.

Des travaux d'harmonisation du contenu des PPS sont évoqués.



### **MDPH de l'Eure**

*Le nombre de PPS rédigés reste insuffisant même si un certain nombre de solutions techniques ont été recherchées pour simplifier le travail de rédaction des équipes pluridisciplinaires. Le bilan de l'année 2013 devra permettre d'en évaluer plus précisément les bénéfices.*

### **MDPH de l'Indre**

*S'agissant du secteur enfant, ont été bâtis conjointement avec les référents scolaires des grilles d'évaluation des demandes d'auxiliaires de vie scolaire (AVS) ainsi que les documents « PPS initial » et « suivi du PPS ».*

### **MDPH de la Manche**

*La MDPH 50 propose un plan personnalisé de compensation détaillé à la CDAPH mais n'a pas mis en œuvre le projet personnalisé de scolarisation (PPS). À défaut de pouvoir déployer des moyens spécifiques, le niveau d'exigence de qualité et de réactivité se heurte aux volumes et aux temps impartis. La rentrée scolaire est vécue douloureusement par les professionnels tant de la MDPH que de l'Éducation nationale, par la CDAPH, et en premier lieu par les familles dont les attentes sont éminemment légitimes. Au cours du dernier trimestre 2012, le service évaluation de la MDA a, en lien avec l'Éducation nationale et le service application métiers du Conseil général, travaillé sur le PPS qui sera mis en place en 2013.*

### **MDPH de l'Essonne**

*Le document de synthèse, construit en concertation entre la MDPH et l'inspection d'académie, est complété lors des équipes de suivi en présence des parents. Il présente la situation globale de l'enfant : environnement familial – parcours scolaire, niveau de classe, emploi du temps – les aides mises en place et les modalités d'invention des prestataires, partenaires... Ce document, plus précis que le PPS, répond tout à fait aux attentes des différents professionnels : enseignants référents et évaluateurs scolaires.*

## 2. Les demandes d'orientation en CLIS et ULIS sont inégales selon les départements

Certaines MDPH évoquent les orientations en dispositifs collectifs par défaut de places dans des établissements et services mieux adaptés aux besoins des enfants.



### MDPH de la Charente

*Tous les élèves orientés en CLIS ou en ULIS ne peuvent être accueillis faute de place. En 2012, trente-cinq élèves étaient inscrits en liste d'attente CLIS ou ULIS. Pour les CLIS et ULIS, au vu du nombre croissant des demandes, il n'est plus possible de réexaminer toutes les situations annuellement. Les décisions d'orientation seront prises également pour des durées plus longues, soit d'un an pour valider la pertinence de l'orientation, soit sur une période correspondante aux cycles scolaires.*

### MDPH de l'Orne

*Si le nombre de décisions reste quasi constant sur les trois dernières années, on peut noter une baisse de moitié du nombre de décisions d'orientation vers les CLIS ou ULIS. Cette baisse s'explique pour partie par le travail mené avec les équipes pluridisciplinaires de la MDPH, les enseignants-référents et l'IEN-ASH sur la déficience des profils d'élèves pouvant avoir le bénéfice d'une telle scolarisation.*

### MDPH du Vaucluse

*Orientations scolaires en classe spécialisée (CLIS-ULIS) : l'équipe pluridisciplinaire s'interroge sur la pertinence des demandes d'orientation scolaire « par défaut » d'enfants orientés en établissements médico-sociaux (IME/ITEP), qui sont en attente d'une entrée dans ces structures.*

### MDPH du Jura

*Pour les EMS : comme les années précédentes, les familles sont confrontées à l'attente d'une place pour leur enfant (liste d'attente considérable pour certains établissements). Dans l'attente d'une place, il est possible pour certains de les maintenir encore une année scolaire en CLIS ou ULIS au vu de leur âge et de leurs capacités à poursuivre une année.*

Une expérience de partenariat pour accompagner les jeunes sortant de dispositifs ULIS mérite d'être remarquée.



### MDPH de la Loire

*La MDPH est engagée depuis plusieurs années dans l'accompagnement des jeunes sortant d'ULIS vers l'insertion professionnelle, et ce en partenariat avec Saint-Étienne Métropole, la mission générale d'insertion (MGI) de l'Éducation nationale, Cap emploi et différentes entreprises locales. Le rapprochement du jeune avec le monde de l'entreprise grâce à un accompagnement individualisé garantit une meilleure insertion professionnelle. En 2012, a été lancé un réseau d'entreprises, initiative pionnière dans l'académie de Lyon : accueil des stagiaires en entreprise, sensibilisation des équipes de travail et suivi du jeune par la MGI et Cap emploi – réactivité immédiate face aux incidents de parcours – constitution d'un guide de références issues des bonnes pratiques développées en entreprise pour faire évoluer le regard porté sur le handicap.*

### 3. Transport scolaire

La question du transport des élèves en situation de handicap est particulièrement investie, soit du point de vue de l'évaluation des besoins, soit du point de vue de sa mise en œuvre avec un partenariat étroit avec le conseil général.



#### MDPH du Territoire de Belfort

*Des fiches de demande de prise en charge par le Département ont été élaborées pour une meilleure communication avec les familles, un règlement intérieur a été rédigé (annexes 1 et 2) et des réunions de préparation prérentrée scolaire sont menées en lien avec les enseignants référents en vue de recenser et répondre au mieux aux besoins des enfants et de leurs parents. En 2012, ce sont 108 enfants (de cinq à vingt-cinq ans) qui ont ainsi bénéficié du dispositif. Ce nombre est en augmentation (+ 9 %) par rapport à la rentrée précédente. En effet, la demande de transport reste forte pour des publics qui rencontrent souvent de multiples difficultés.*

#### MDPH du Gers

*Le budget globalement alloué au transport des élèves handicapés dans le département du Gers a été multiplié par cinq depuis 2006 (de 90 000 euros en 2006 à 515 000 euros à la fin de l'année scolaire 2011/2012). Le transport scolaire des enfants handicapés est individualisé entre le domicile et l'établissement, matin et soir, généralement par des taxis aménagés. Il existe quarante-cinq circuits pour quatre-vingt-dix enfants transportés. Une articulation existe depuis 2010 entre le service des transports et la MDPH. Elle a été renforcée en 2011. Une commission est mise en place regroupant le service des transports, la MDPH et les services de l'inspection académique.*

### 4. Le partenariat avec l'Éducation nationale est à la hauteur des enjeux

Plusieurs équipes font état de relations régulières et constructives avec les services de l'Éducation nationale pour accompagner la mise en œuvre des dispositifs nationaux, l'adapter aux réalités locales et soutenir la conduite de changement.



#### MDPH de l'Oise

*Des réunions de travail entre la direction de la MDPH et la directrice académique des services de l'Éducation nationale ont lieu régulièrement. Par ailleurs, la MDPH et l'Éducation nationale organisent trois rencontres annuelles avec l'ensemble des vingt-six enseignants-référents et les équipes d'instruction enfant.*

#### MDPH de La Réunion

*Depuis un an, la MDPH et le rectorat ont constitué un groupe de travail autour des professionnels de l'évaluation scolaire de la MDPH, des enseignants-référents et des services centraux de l'académie (inspection ASH et chef de service des médecins EN). L'objectif de cette démarche est de définir les conditions optimales de mise en œuvre des plans personnalisés de scolarisation (PPS) à La Réunion tant au niveau de la coopération des acteurs qu'à celui de la définition d'un outil accessible aux parents et utile aux équipes éducatives. Toute la réflexion autour de la définition d'un référentiel local PPS (qui a eu lieu bien avant la parution du guide GEVA-Sco de la CNSA et du ministère de l'Éducation nationale) a permis de définir une culture commune au sein du groupe de travail sur les changements nécessaires à l'amélioration du partenariat dans l'intérêt des enfants concernés et de leur famille.*

**MDPH de Paris**

*Du point de vue de l'activité de la MDPH, environ 5 000 décisions ont concerné en 2012 les questions de scolarité. Globalement, grâce à un partenariat approfondi et fluide, les décisions interviennent en temps utile pour la mise en œuvre.*

**MDPH de l'Aisne**

*Depuis 2012, il a également été mis en place une rencontre hebdomadaire entre le chef de service du pôle accès aux droits enfants et la chargée de mission handicap auprès de l'IEN-ASH afin de définir les urgences, les priorités et de faire le point sur les dossiers et les demandes en cours.*

---

## **5. L'articulation ESMS – scolarisation en milieu ordinaire reste peu développée dans les rapports 2012**

**MDPH de l'Orne**

*Depuis 2009, de nombreux échanges sur le groupe départemental de scolarisation (Éducation nationale, Agence régionale de santé, ESMS et MDPH) posaient la question de l'articulation entre le PPS et les PIA/PPA. Les rôles de chacun (des documents comme des acteurs) ont été explicités amenant à définir un PPS idéal. La commission exécutive, saisie des demandes conjointes de l'Éducation nationale et des ESMS, a donné son accord pour le recrutement d'une chargée de mission d'avril à octobre 2012. Son cadre de mission : construire un PPS qui réponde aux exigences réglementaires, aux besoins de l'Éducation nationale et des ESMS. Le PPS doit être lisible pour les familles. Le cadrage réglementaire et les besoins des ESMS étant connus, l'accent a été porté sur l'articulation avec l'Éducation nationale de ce document. Plusieurs rencontres avec l'IEN-ASH et l'ensemble des enseignants-référents ont eu lieu pour leur présenter le projet, faire le point sur les documents existants et construire l'articulation.*

---



## 7

## Emploi et AAH : Une activité pour l'aide à l'insertion professionnelle, qui s'inscrit dans un paysage de multipartenariat

La loi du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap dite loi Blanc a posé le principe de la mise en place d'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens entre l'État, Pôle emploi, l'AGEFIPH, le FIPHFP et la CNSA. Pour son application, la convention fait l'objet de déclinaisons régionales ou locales associant les MDPH et l'ensemble des acteurs concourant à l'insertion des personnes les plus éloignées de l'emploi. Les organismes de placement spécialisés sont consultés pour avis. Ces conventions régionales et locales s'appuient sur les plans régionaux d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.

Cette convention promeut le développement du travail en réseau et du suivi collectif pour le traitement de situations des personnes, notamment les situations complexes. Elle engage les acteurs locaux à se mobiliser autour du maintien dans l'emploi et de l'amélioration des procédures d'urgence en matière de RQTH. La CNSA et les MDPH se sont fortement mobilisées tout au long de l'année 2012 pour les travaux préparatoires à la rédaction de cette convention qui est en cours de signature.

Les rapports d'activité 2012 des MDPH témoignent de leur mobilisation, dans l'esprit de cette convention, au service de l'emploi des personnes en situation de handicap et dans un contexte économique et social qui reste difficile.

### 1. L'activité en matière d'emploi pour les MDPH reste importante

Elle représente, comme en 2011, la moitié de l'activité des MDPH en incluant l'impact de la réforme de l'AAH (évaluation systématique de l'employabilité).

En consolidation nationale, l'activité relative aux demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et d'orientation et de formation professionnelles reste stable : 16 % de demandes de RQTH en 2012, comme en 2011 ; demandes d'orientation et de formation professionnelle en légère augmentation (11 % en 2012). Si les proportions restent stables, on constate toutefois une hausse continue des demandes d'AAH, de RQTH et d'orientation professionnelle. Cette tendance n'est cependant pas homogène dans tous les départements, certains signalant une activité à la baisse.

Les MDPH qui font état d'une augmentation non négligeable des demandes de RQTH pointent également le nombre de rejets, un nombre important de demandes apparaissant sans objet ou liées à des difficultés sociales et financières.



#### MDPH des Côtes-d'Armor

*Le nombre de demandes de RQTH a augmenté de 12 % et les ORP de 14 %.*

#### MDPH des Yvelines

*Le nombre de décisions relatives à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) augmente encore en 2012, à l'instar des années passées. La part des premières demandes est en hausse de 4 %, les renouvellements de 6 %. Les décisions d'orientations professionnelles ont continué de progresser comme chaque année, en l'occurrence de 7 % entre 2011 et 2012. Cette augmentation touche à la fois les décisions relatives à une première demande ainsi que les renouvellements.*

### **MDPH de la Vendée**

*Après une augmentation de 26 % en quatre ans, les demandes RQTH explosent en 2012. L'évolution est de 26,6 %, soit une hausse de plus de 50 % en cinq ans. En statuant sur plus de situations que de demandes déposées (+ 553), la MDPH a procédé à un déstockage important. Le taux d'accord reste supérieur à 80 %. Avec plus de 1 900 décisions, les ORP sont à leur plus haut niveau avec une progression en un an de 18,2 %, chiffre à corrélérer avec la RQTH.*

### **MDPH du Finistère**

*Les décisions prises par la CDAPH en matière d'orientation professionnelle (CPO, CRP, VERUS) ont augmenté de 15 %. 8 480 demandes de RQTH ont été déposées en 2012, soit une évolution de 2 % entre 2011 et 2012. On constate une évolution importante du nombre de demandes de RQTH (+ 34 % en deux ans) liée à l'évolution de la réglementation de l'AAH avec l'obligation d'évaluer la RQTH pour toute demande d'AAH. Le taux de rejet reste très faible (3 %).*

### **MDPH des Vosges**

*En effet, l'augmentation des demandes et des décisions d'orientation professionnelle se poursuit en 2012 avec une hausse de 12 %. On constate une modification du profil des demandeurs avec une évolution du nombre de personnes présentant des troubles psychiques et une évolution du nombre de bénéficiaires du RSA inscrits dans ce dispositif depuis de nombreuses années (depuis la mise en place du RSA en 2009, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 33 %). Ce constat a un impact fort en termes de demandes et d'évaluation à réaliser sur les capacités de ces personnes à s'inscrire dans une démarche professionnelle [...] Le nombre croissant de demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, allocation aux adultes handicapés et orientation professionnelle est certainement en corrélation avec les aspects économiques du département où la part des ouvriers dans la population active est de 36,4 % contre 30,2 % au niveau régional (26,1 % au plan national).*

---

Certains départements signalent à l'inverse une baisse de l'activité en matière d'emploi.



### **MDPH du Pas-de-Calais**

*Comme pour l'ensemble des demandes adultes (- 3 %), nous assistons à une diminution du nombre de demandes concernant les RQTH et les orientations professionnelles, mais elles demeurent les deux prestations les plus demandées puisqu'elles représentent à elles seules 36 % des demandes adultes.*

### **MDPH de la Charente-Maritime**

*En 2012, on constate une légère baisse du nombre de demandes d'orientations professionnelles par rapport à 2011 (- 5,5 %) et une stabilité des demandes de RQTH.*

### **MDPH d'Indre-et-Loire**

*Le nombre de décisions d'orientations professionnelles a diminué de 5 % en 2012. Le nombre de reconnaissances à la qualité de travailleur handicapé s'est également stabilisé (4 681 en 2012, 4 608 en 2011) après une augmentation de 35 % en 2011.*

### **MDPH de la Loire-Atlantique**

*Les demandes liées à l'insertion professionnelle représentent 24,1 % de l'ensemble des demandes. Toutefois, les demandes de RQTH en forte progression entre 2010 et 2011 (+ 10,4 %) ont diminué en 2012 (- 0,7 %).*

---

## 2. Les MDPH décrivent les différents outils et modalités d'évaluation mobilisés dans le champ de l'emploi

Elles s'appuient notamment sur la richesse d'expertise de partenaires locaux.

Ces rapports soulignent également que l'évaluation en matière d'emploi et de parcours professionnel doit pouvoir s'inscrire dans la durée (stage, mise en situation, remise à niveau, accompagnement vers le soin...) en faisant appel à l'ensemble de la palette des outils et dispositifs présents sur le territoire, mais qu'elle butte parfois sur le cadre réglementaire ou financier.



### MDPH de la Haute-Saône

*S'agissant des reconnaissances de la qualité de travailleur handicapé, il faut rappeler ici que le délai est très fortement lié à celui de l'orientation professionnelle, et toute l'équipe, qui en a conscience, tient à ce cheminement dans le cadre de l'orientation professionnelle, car il est garant de la qualité de l'intervention de la MDPH dans le cadre d'un réel accompagnement de la personne handicapée. Un projet professionnel ne se construit pas ou ne se reconstruit pas sans un minimum de temps. A contrario, le délai de traitement des demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé pour les personnes déjà en emploi et sans besoin de reconversion est, en général, beaucoup plus rapide pour peu que la MDPH ait connaissance de la fiche d'aptitude du médecin du travail et des restrictions mentionnées. Or, la MDPH rencontre certaines difficultés à les obtenir, par exemple lorsque la personne est employée par un organisme qui n'a pas de médecin du travail. À noter que la carence de médecins se retrouve également en médecine du travail, allongeant ainsi les délais pour obtenir une visite avec fiche d'aptitude.*

### a. Dix MDPH (56, 62, 34, 49, 03, 42, 05, 45, 65 et 95) et la CNSA se sont engagées dans l'expérimentation relative à l'employabilité pilotée par la DGCS

Elles témoignent de leur expérience dans leur rapport d'activité.



### MDPH de l'Hérault

*Pour la MDPH de l'Hérault, un financement par le FIPHFP à hauteur de 60 000 euros a été apporté dans le cadre d'une convention tripartite (CNSA - FIPHFP - MPH) conclue fin 2011. Cette dotation permet la compensation des charges occasionnées par la mise en œuvre de l'expérimentation pour la prescription des évaluations, l'animation départementale, la relation avec le prestataire local, à savoir le CRIP de Castelnau pour l'Hérault, et le recueil des données nécessaires au bilan assuré par le cabinet Optim Ressources. Après une première phase d'appui au démarrage et une seconde d'accompagnement et de prescriptions, l'expérimentation sur l'employabilité des personnes handicapées est entrée fin 2012 dans une troisième phase dite de bilan. Cette dernière phase doit permettre une analyse et une évaluation aussi bien qualitative que quantitative des éléments recueillis dans la base de données.*

### MDPH de l'Allier

*Les premiers éléments de l'expérimentation sur l'employabilité commencent à sortir et permettent de faire un premier bilan. Quarante-quatre personnes au total ont pu être orientées vers ce dispositif. Il faut remarquer que les délais étaient trop courts et que le suivi de l'expérimentation était très long et lourd. Pour les personnes qui ont bénéficié de ce dispositif, il en ressort que ce bilan leur permet de prendre conscience de leur capacité de travailler ou retravailler. Elles sont satisfaites à 87 % de ce dispositif. Il faut souligner qu'environ 15 % des personnes ont pu retrouver un travail à l'issue de ce dispositif et plus de 20 % sont rentrées en formation.*

### **MDPH des Hautes-Alpes**

*L'expérimentation a pour but de tester la pertinence et l'efficacité de nouveaux processus dynamiques d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées. Selon la situation des personnes, la MDPH a mobilisé ou non la prestation d'évaluation externe (dans la limite du volume de prestations alloué). L'accompagnement par la structure Handirect 05 s'est réalisé sur une période de douze semaines pendant laquelle plusieurs modules ont été travaillés. Cette prestation avait pour but de vérifier l'employabilité d'une personne orientée par la MDPH en étant accompagnée par un référent unique. La prise en compte de la motivation, des compétences, des capacités de la personne, ainsi que de ses acquis, de ses expériences antérieures et de son environnement global a conduit à un diagnostic complet de la situation des personnes accompagnées. Les membres du comité de pilotage souhaitent affiner la connaissance du devenir des usagers après réalisation de leur bilan, et enquêter également auprès des employeurs ayant embauché une partie de ces usagers.*

### **MDPH du Loiret**

*Lancée en mai 2011 suite au rapport L'emploi un droit à faire vivre pour tous, l'expérimentation sur l'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées s'est poursuivie courant 2012. Pour rappel, les bénéficiaires de ce dispositif sont des demandeurs d'AAH dont le taux de handicap se situe entre 50 et 79 % avec une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE) [...] Quatre-vingt-six personnes sur le Loiret ont bénéficié d'un bilan médico-psycho-socioprofessionnel entre le 1er septembre 2011 et le 30 juillet 2012. Un bilan du dispositif sera réalisé sur le premier semestre 2013. Une réflexion sera éventuellement engagée pour une pérennisation du dispositif et son déploiement sur l'ensemble du territoire.*

---

## **b. Certaines MDPH regrettent, en 2012 comme en 2011, la fin du dispositif Appui projet proposé par l'AGEFIPH, sans dispositif alternatif**

Elles témoignent de l'intérêt de cette prestation et des résultats obtenus tant pour les usagers que pour les prestataires et les services de la MDPH.



### **MDPH de l'Ain**

*Le dispositif Appui projet a été sollicité pour 131 personnes (199 en 2011) de janvier à octobre, date de fin de mandatement de ce dispositif d'évaluation approfondie mis en œuvre par Orsac Insertion, prestataire de l'Association de gestion du fonds d'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH), qui a arrêté le financement de cette action expérimentale mise en œuvre à l'été 2009 sans alternative mobilisable par la MDPH, et alors que les autres outils mis en œuvre par l'AGEFIPH (notamment PPS) ne sont plus mobilisables directement par la MDPH.*

### **MDPH du Cher**

*Malgré l'intérêt de cette mesure, l'AGEFIPH a mis fin à cette action au 31 décembre 2012. Entre 2009 et 2012, année de clôture de l'action, 600 prescriptions ont été réalisées dans le département du Cher. Le travail partenarial entre l'association CTP Missions et la MDPH s'est révélé très utile et a apporté des éléments d'information sur le parcours et les projets des personnes handicapées qui sont nécessaires à l'étude des droits. La MDPH avait intégré cette action dans ses procédures et les préconisations d'orientation étaient notées dans les notifications aux travailleurs handicapés afin d'être partagées avec Pôle emploi et Cap emploi. Le recueil de données fournies par CTP Missions a aussi permis de guider les équipes de professionnels et la CDA. La fin de cette mesure a nécessité de revoir les processus d'évaluation et de compenser cette perte d'expertise sans toutefois obtenir un résultat aussi riche en recueil d'éléments et de projets.*

**MDPH de la Haute-Marne**

*La MDPH regrette l'arrêt du dispositif Service appui projet (SAP) proposé par l'AGEFIPH qui comportait une dimension d'accompagnement, de mise en situation et d'évaluation. Ce service inscrit en amont de la décision d'orientation prise par la CDAPH permettait, de par sa synthèse, de donner un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire en apportant des éléments sur les pistes d'orientation et le choix professionnel de la personne. Ce dispositif SAP a été arrêté par l'AGEFIPH fin octobre 2012, et trente-deux personnes haut-marnaises en avaient bénéficié.*

### **c. Elles signalent leurs difficultés à mobiliser des stages en ESAT du fait de problèmes de responsabilité et d'assurance**

**MDPH de l'Aveyron**

*La MDPH a dû renoncer à son grand regret à la participation des ESAT aux évaluations en amont des orientations par le biais de stages de courtes durées en raison d'obstacles liés à la couverture du risque AT pour les stagiaires.*

**MDPH de la Charente**

*Certains demandeurs qui ne sont connus par aucun service éducatif sollicitent des orientations en ESAT. Pour permettre une évaluation pertinente de ces demandes et en l'absence d'éléments d'observation récents ou précis, une immersion de ces demandeurs au sein de ces structures permettra de mesurer avec plus de certitudes leur capacité d'adaptation dans ces structures. La mise en œuvre de ce dispositif a été ralentie par la nécessité pour la MDPH de rechercher une assurance couvrant les risques liés aux accidents de trajet et du travail de ces personnes.*

**MDPH de l'Eure**

*Groupe de réflexion sur la création d'un partenariat MDPH/ESAT sur la mise en place de plates-formes d'évaluation. Ce travail, afin d'aboutir, nécessite un conventionnement entre les ESAT et la MDPH. Cette convention est signée par les ESAT souhaitant intégrer ce partenariat, incluant des annexes et différents documents afin d'aboutir à un rapport d'activité annuel sur le dispositif. L'évaluation se traduira par la mise en place d'une convention tripartite entre la MDPH, l'ESAT et le stagiaire. Une question fondamentale est posée en ce qui concerne les accidents du travail et leur prise en charge par les assurances. Il y a nécessité de mettre en œuvre cela en préalable à toutes autres démarches. La MDPH n'est pas agréée comme centre de formation à l'instar de Cap emploi ou Pôle emploi. L'évaluation de la plate-forme sera faite lors d'une réunion annuelle où chacun des participants amènera ses éléments pour aller vers un bilan d'activité.*

**d. Les MDPH signalent également leur partenariat constructif avec certains SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) ou SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) à la frontière de l'évaluation et de l'orientation, ou avec les acteurs de l'insertion pour une approche juste et efficace des publics « frontière » insertion/handicap**



**MDPH d'Ille-et-Vilaine**

*Un partenariat privilégié a été mis en place avec le dispositif insertion de la ville de Rennes (qui exerce la compétence insertion par délégation du Conseil général). Pour ce faire, une « trame type/bilan professionnel » a été élaborée en concertation avec les animateurs locaux d'insertion dans le but de recueillir les informations utiles et nécessaires à l'évaluation des demandes déposées à la MDPH pour déterminer les dispositifs auxquels les publics sont éligibles (insertion sociale et professionnelle, RSA/MDPH).*

**MDPH de Paris**

*Un des axes de travail est désormais de se rapprocher davantage des dispositifs d'insertion mis en œuvre par le département, qui sont accessibles à un public « frontière » de plus en plus nombreux. La question des formations linguistiques constitue de ce point de vue une des priorités.*

**MDPH de la Seine-Maritime**

*L'année 2012 a également été consacrée à la poursuite de la mise en place de la réforme de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). La direction départementale de la cohésion sociale a été très régulièrement invitée aux équipes « emploi et formation » sur l'étude de cas pratiques, mais également aux réunions internes de l'équipe pluridisciplinaire et à la formation sur la mise en œuvre du décret. La direction de l'insertion du département a également été sollicitée pour participer à ces équipes et apporter une expertise sur l'accompagnement des bénéficiaires du RSA qui sollicitaient l'AAH et le lien avec le principe de la RSDAE. Ces travaux ont donné lieu à la rédaction d'un document de jurisprudence interne soumis à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.*

**MDPH du Rhône**

*Parmi les problématiques qui se dessinent, on note le public frontière entre le handicap et le RSA, comme c'est le cas pour la plupart des MDPH. Un travail mené depuis plusieurs années avec le service insertion permet de bénéficier d'une fiche de liaison lorsque les personnes sont au RSA avant d'évaluer au mieux leurs besoins en termes de compensation du handicap. Une partie de ce public peut néanmoins faire l'objet d'un refus, car considéré comme ne relevant pas du champ du handicap tout en possédant des freins importants à l'insertion via le RSA (non-maîtrise de la langue, absence de formation, situation sociale, problèmes de santé...).*

## e. Enfin, certaines d'entre elles s'organisent dans le cadre d'une dynamique régionale, pour construire et mettre en œuvre des outils spécifiques



### MDPH de la Haute-Vienne

*La MDPH a besoin d'un outil d'évaluation à la main de l'équipe pluridisciplinaire afin d'étayer et d'aider à la décision de la CDAPH. Les MDPH de la région Limousin (Creuse, Corrèze, Haute-Vienne) se sont associées et ont travaillé avec le centre de préorientation local, celui de l'APSAH pour l'élaboration d'un outil. L'outil d'évaluation, appelé « prestation d'évaluation des capacités professionnelles » se veut innovant et se distingue de tous les autres outils à la main de l'équipe pluridisciplinaire, car il se situe à l'étape de l'évaluation des capacités des personnes reconnues travailleur handicapé. Le contenu de cet outil d'évaluation propose deux phases : un diagnostic médico-psycho-sociopédagogique puis, si l'utilisateur adhère, la MDPH est informée de la poursuite de l'évaluation. Il y a alors, sur cinq jours, une ou plusieurs mises en situation en milieu ordinaire (autre dispositif), en ESAT (convention : une semaine) ou en centre de formation (CRP).*

## 3. Les MDPH sont maintenant bien installées dans le paysage local de l'emploi

### a. Deux MDPH ont développé un partenariat privilégié avec les médecins du travail afin de fluidifier le parcours des usagers et d'améliorer la qualité des informations transmises



#### MDPH du Nord

*Collaboration avec les pôles santé travail afin de mieux accompagner les demandes des usagers : mobilisation de la fiche de liaison à destination du médecin du travail de l'utilisateur pour mieux appréhender la situation de la personne, formation des secrétaires des services de médecine du travail afin d'intervenir le plus en amont possible et améliorer la qualité du dossier de demande (complétude du dossier d'un point de vue administratif et de l'évaluation).*

#### MDPH des Pyrénées-Orientales

*En parallèle, un renforcement des liens partenariaux a été engagé notamment avec la rencontre des médecins du travail, des médecins-conseils pour une meilleure connaissance mutuelle notamment.*

## b. Des MDPH collaborent à de nombreuses réflexions et se mobilisent dans le cadre du PRITH (programme régional d'insertion des travailleurs handicapés)



### MDPH de la Creuse

*La MDPH est reconnue par les acteurs pour l'emploi : participation aux bilans de fins de formation, au conseil départemental de l'emploi et de l'insertion, participation à la cellule maintien dans l'emploi animée par le PRITH, participation bien sûr aux réunions du PRITH... Les représentants de Pôle emploi et de Cap emploi participent très régulièrement aux réunions d'EP. Les échanges avec le RIP au cours de l'évaluation sont nombreux. Une fiche de liaison a été établie avec les médecins du travail qui généralement l'utilisent.*

### MDPH de la Haute-Savoie

*Le partenariat avec le service public de l'emploi départemental s'est poursuivi. Une nouvelle convention multipartenariale avec les membres du SPED (Pôle emploi, Cap emploi et les quatre missions locales jeunes du Département) a été signée en juin. Cette convention vise à partager les données afin d'évaluer au mieux l'employabilité des personnes handicapées. Le nombre de dossiers étudiés cette année avec les partenaires a légèrement augmenté (passage de 1 237 dossiers étudiés en 2011 à 1 278 en 2012).*

## c. Elles contribuent à la diffusion d'une culture commune autour de la réforme de l'AAH



### MDPH de l'Aisne

*Afin de répondre aux interrogations des professionnels de l'accompagnement vers l'emploi, la MDPH a mis en place différentes tables rondes autour de l'évolution réglementaire de l'allocation aux adultes handicapés. Ces temps d'échange ont permis d'explicitier la nouvelle démarche d'évaluation, la nécessité d'obtenir des informations relatives au parcours de vie de la personne handicapée, et ce au-delà des éléments médicaux. Les outils d'évaluation, de restitution ainsi que l'arbre décisionnel de l'AAH avec cas concrets ont été présentés. Cet éclairage permet désormais aux professionnels de terrain de relayer l'information aux usagers et de mieux appréhender leur accompagnement, notamment lors des rejets de renouvellement d'allocation. Ces rencontres ont été organisées auprès des professionnels du service de l'insertion du Conseil général (RSA), des référents TH chez Pôle emploi, des conseillers de Cap emploi et des travailleurs sociaux de la CARSAT.*

## 4. Les MDPH se mobilisent également pour mieux prendre en compte les spécificités des jeunes en matière de formation et d'emploi



### MDPH de La Réunion

*L'ensemble des partenaires œuvrant pour l'insertion professionnelle (la DIRECCTE, le service public pour l'emploi, les PLIE, les missions locales, la MDPH...) ont souhaité engager une réflexion pour favoriser l'insertion de ces jeunes avec la création du « parcours jeunes TH » au sein du programme régional pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH). Un groupe partenarial a ainsi été constitué pour proposer des solutions alternatives et soutenir des actions innovantes à partir de situations réelles tout en s'attachant à rendre opérationnels les plans d'actions avec l'implication des acteurs tels que les enseignants-référents, les éducateurs de SESSAD, les conseillers à l'emploi et les représentants d'associations. Des projets expérimentaux ont pu être proposés en 2012 : tenter par une pédagogie adaptée de les aider à reprendre une scolarité, le module préparatoire à l'apprentissage cofinancé par AGEFIPH avec pour cible visée les jeunes non inscrits dans un parcours d'apprentissage et pour objectifs de les identifier et de les accompagner vers l'apprentissage, la cellule d'évaluation préprofessionnelle portée par la MDPH avec pour cible visée les jeunes bénéficiant d'une décision de la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées), mais n'ayant aucune prise en charge et pour objectif de les mettre en relation avec des organismes de formation et enfin les actions de lutte contre l'illettrisme portées par le SAVS avec pour objectif de permettre aux jeunes d'acquérir des savoirs fondamentaux grâce à des actions d'apprentissage spécifiques.*

### MDPH du Gard

*Une problématique spécifique de la population des jeunes âgées de seize à vingt-cinq ans a été ciblée. Pour ces jeunes, l'objectif est d'éviter des ruptures de prise en charge et du parcours d'insertion. Une part non négligeable n'est pas ou plus connue de la MDPH après un parcours en institutions sociales ou médico-sociales. C'est pourquoi un partenariat avec la mission locale jeune (MLJ) de Nîmes Métropole est mis en place depuis fin 2011. Les jeunes qui sollicitent la MLJ et qui semblent présenter des difficultés liées à un handicap sont accompagnés à accepter une orientation vers la MDPH et accompagnés dans leurs démarches. Les référents de la MLJ participent aux équipes pluridisciplinaires 16-25 ans, non seulement sur les dossiers suivis par la MLJ, mais sur l'ensemble des dossiers présentés.*

### MDPH des Alpes-Maritimes

*La MDPH collabore avec l'union pour la gestion des établissements de l'assurance maladie (UGECAM) dans le cadre de l'évaluation des besoins d'insertion professionnelle des jeunes handicapés de seize à vingt-cinq ans. Cette collaboration, sans contrepartie financière, repose sur le service insertion jeunes (SIJ) de l'UGECAM, représenté par une professionnelle chargée de projet d'insertion. Sa contribution permet de repérer, orienter, et élaborer des projets de formation ou d'insertion socioprofessionnels. Elle consiste à mettre en œuvre les cinq phases suivantes de prise en charge par le SIJ : entretiens de positionnement/diagnostic, évaluation du contexte général/information auprès des différents partenaires (services sociaux du département – établissements spécialisés – protection judiciaire de la jeunesse...), orientations et mise en place des préconisations (évaluations médicales, psychosociales, tests, formations, prise en charge sociale...), suivi des orientations finalisées, évaluation de la prise en charge avec la MDPH. En 2012, ce partenariat a concerné quatre-vingt-onze situations comprenant des entretiens de positionnement, des évaluations, des préconisations d'orientation, ainsi que des mises en stage professionnel ou des mises en œuvre de contrat en alternance (centres de rééducation professionnelle ou dispositifs de droit commun).*

## 5. La fonction d'observation des MDPH se développe également dans le champ de l'emploi

Certaines MDPH proposent en effet une analyse intéressante des profils, des besoins et des propositions des publics rencontrés dans le cadre de leurs demandes relatives à l'emploi.



### MDPH des Bouches-du-Rhône

*Par ailleurs, les équipes d'insertion et d'orientation professionnelle constatent la montée progressive et constante de nouveaux publics : demandeurs d'AAH qui ne sont pas dans une démarche d'insertion, et qui pour la plupart rencontrent des problèmes sociaux et de qualification (usagers sans domicile fixe, hébergés dans les centres de secours ou d'urgence) ; personnes relevant des déficiences « dys », psychiques ou autistiques pour lesquelles les partenaires ont du mal à réaliser l'accompagnement.*

### MDPH de l'Ardèche

*Constat d'un manque de qualification des personnes en situation de handicap qui pose des difficultés pour leur intégration ou réorientation dans le monde du travail. Par exemple des personnes sans qualification se voient proposer majoritairement des emplois à fortes contraintes physiques de type manutention, entretien d'espaces verts, alors qu'il leur est fortement contre-indiqué d'occuper ce type de poste. Soucieuses d'être autonomes notamment sur le plan financier, elles acceptent et de ce fait aggravent leur situation.*

### MDPH de Seine-et-Marne

*La MDPH a entrepris une étude approfondie sur quatre-vingt-seize parcours de jeunes bénéficiaires de l'AAH pour vérifier la pertinence de ses méthodes d'évaluation et des orientations de la CDAPH. Ce travail financé par la CNSA et le FSE a permis de définir plusieurs recommandations, dont le développement du coaching auprès des 16-25 ans.*

## 6. Les MDPH s'organisent pour favoriser le maintien dans l'emploi et répondre aux situations urgentes

Les demandes de RQTH au titre du maintien dans l'emploi représentent une part significative des demandes adressées aux MDPH (par exemple 52 % dans les Yvelines). Le traitement de ces demandes peut nécessiter une réactivité toute particulière de la MDPH pour que les mesures nécessaires au maintien dans l'emploi soient prises à temps.



### MDPH du Morbihan

*Afin d'épargner aux usagers qui sont les plus exposés les inconvénients qui résulteraient de délais de traitement trop élevés, il existe à la MDA une procédure d'urgence qui est activée dès lors qu'il y a un enjeu fort en terme d'emploi, de maintien dans le poste, d'aménagement du poste de travail voire de formation. La MDA est de ce point de vue en contact permanent avec le SAMETH [...] Le « tri pluridisciplinaire » implique le médecin du service adulte – pour le secteur qui le concerne, le référent insertion professionnelle et le responsable administratif du service adulte. Sans entrer dans une procédure d'évaluation à proprement parler, il s'agit de détecter les dossiers qui doivent faire l'objet d'un traitement en urgence parce qu'il y a un enjeu fondamental pour l'usager (en termes médical, de formation ou d'emploi...), ou pour que les dossiers qui ne présentent pas de difficultés particulières soient traités dans les meilleurs délais possible.*

**MDPH d'Eure-et-Loir**

*La cellule prévention de la désinsertion professionnelle CARSAT regroupe le service social CARSAT, le service des risques professionnels de la CARSAT, la CPAM service accident du travail/maladies professionnelles, le service local du service médical et a été élargie à d'autres partenaires : le service interprofessionnel de la santé au travail (SISTEL), le service d'aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH), la MDPH. Sa mission est de limiter le risque de désinsertion professionnelle pour les assurés qui ne peuvent reprendre leur poste de travail sans accompagnement. En 2012, la cellule s'est réunie à sept reprises afin de définir les objectifs de ce partenariat et de mettre en commun des projets de travail. Le 19 septembre 2012 a été organisée une rencontre des acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle regroupant plus de quatre-vingts professionnels. Cette rencontre a favorisé les échanges entre les professionnels, une meilleure connaissance de leurs missions et des dispositifs existants.*

**MDPH de l'Ariège**

*Le nombre d'accompagnements proposés pour ce type de public est important (89,47 %). Ceci peut s'expliquer par le fait que les employeurs sont plus sensibilisés aux aides dont ils peuvent bénéficier pour maintenir leurs employés au sein de leur entreprise.*

**MDPH du Calvados**

*Comme les années précédentes, le référent insertion professionnelle a participé à plusieurs ateliers « retour à l'emploi » organisés par la CARSAT et à destination des salariés en arrêt maladie depuis plus de quatre-vingt-dix jours. Ces ateliers ont pour objectif d'apporter de l'information sur la MDPH, la RQTH et l'intérêt de ces démarches pour les salariés ayant besoin d'une reconversion professionnelle. En tout, il y a eu deux ateliers sur Caen et un sur Vire.*

---

## **7. Les MDPH soulignent également les difficultés et les délais de mise en œuvre des décisions fragilisant le parcours de l'utilisateur avec un risque réel de démobilisation**

**MDPH de la Haute-Vienne**

*La difficulté majeure reste dans la maîtrise des délais d'attente entre la notification de la CDAPH et l'entrée effective en formation, ralentissant la sécurisation des parcours des personnes reconnues travailleur handicapé. L'articulation entre les dispositifs de droit commun et droit spécifique reste difficile alors qu'elle pourrait contribuer au maintien de la dynamique d'entrée en formation (maintien des acquis, remises à niveau, stages...).*

Elles signalent notamment l'impossibilité de mobiliser un programme de formation pour les personnes en arrêt maladie afin d'anticiper une réorientation professionnelle, thématique soulevée également lors des travaux préparatoires à la convention nationale.



### **MDPH de la Loire-Atlantique**

*Les refus vers une orientation professionnelle représentent 19 % des décisions. Ils sont principalement motivés par le fait que la personne dispose déjà d'un emploi et qu'il lui est conseillé de mobiliser les dispositifs de reconversion professionnelle en lien avec son employeur ou par les arrêts maladies en cours : ce type de situation limite les possibilités d'insertion tant que l'arrêt maladie est en cours.*

---

La présence et l'accessibilité des centres de rééducation professionnelle font partie de leurs préoccupations.



### **MDPH du Vaucluse**

*L'absence de CRP dans le département (proximité du premier CRP à cent kilomètres) nous oblige à utiliser ce moyen de reconversion de manière résiduelle. En effet, malgré les rencontres avec les CRP, les entrées en formation sont, de manière constante d'une année sur l'autre, peu importantes. Les personnes qui acceptent une préconisation de CRP sont celles qui ont peu d'attaches et pas obligations familiales. En effet, l'obligation d'un hébergement durant toute la semaine ne correspond pas aux familles monoparentales ou séparées. L'orientation vers un processus de CRP correspond à un travail qualitatif de la MPDH 84. Il passe souvent par une première rencontre avec un professionnel de la MDPH (assistante sociale ou psychologue) pour en préciser les conditions avant un envoi auprès du psychologue du Pôle emploi qui en vérifie l'intérêt et l'indication.*

### **MDPH de la Guadeloupe**

*La création d'un centre de rééducation professionnelle en Guadeloupe en 2011 a certes permis de développer une offre de formation spécifique sur place qui est encore insuffisante. Cependant, l'absence de centre de préorientation est un obstacle majeur. Les personnes handicapées les plus volontaires acceptent le dépaysement dans un autre département en France malgré les difficultés, notamment la séparation avec la famille.*

### **MDPH du Jura**

*Les orientations en centre de préorientation augmentent aussi chaque année avec la différence que nous n'avons pas d'établissement dans le Jura et que la mobilité est parfois difficile pour se déplacer sur Mulhouse ou Lyon.*

### **MDPH de la Manche**

*Le département de la Manche ne dispose pas de centre de rééducation professionnelle. Le plus proche se situe dans le Calvados : or, la plupart de nos demandeurs sont peu ou pas mobiles.*

---

## 8. Les MDPH participent à des actions et des événements favorisant l'accès des personnes en situation de handicap au marché du travail



### MDPH de l'Yonne

*La soirée de sensibilisation « Réussite Handicap » le 15 novembre 2012 en partenariat avec L'ADAPT de l'Yonne et le MEDEF de l'Yonne dans le cadre de la semaine pour l'emploi a permis de mettre en avant des exemples de réussite d'intégration de personnes handicapées en emploi.*

### MDPH de l'Indre

*La MDPH a également été associée à l'organisation de la journée départementale du collectif des ESAT destinée à présenter les structures départementales aux personnes bénéficiaires d'une orientation ESAT sans mise en œuvre, à inciter les entreprises à embaucher des personnes reconnues travailleurs handicapées dans le cadre notamment des détachements d'ESAT vers le milieu ordinaire.*

## 9. Les rapports reviennent sur la réforme de l'AAH

La synthèse des rapports 2011 soulevait les effets de la réforme de l'AAH, qui rendait nécessaire une évaluation de l'employabilité des personnes déposant une demande d'AAH et notamment sur l'impact du décret du 16 août 2011 précisant la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

Ce décret a fixé à deux ans maximum la durée d'attribution de l'AAH prévue par l'article L. 821-2 du code de l'action sociale. Cela concerne les personnes avec un taux d'incapacité compris entre 50 et 80 % présentant une restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi. L'objectif étant de permettre un examen plus fréquent de situations présumées évolutives.

Les rapports 2012 des MDPH renouvellent les inquiétudes qu'elles formulaient en 2011 en matière d'organisation, mais également pour les bénéficiaires, constats relayés par les associations qui considèrent cette mesure préjudiciable aux personnes. Compte tenu des délais d'instruction, il faut en effet déposer une demande de renouvellement très rapidement après la réception de la notification. Par ailleurs, selon les MDPH, cela met dans une situation difficile les personnes orientées en ESAT pour cinq ans, qui doivent néanmoins demander à la MDPH le renouvellement de leur AAH au bout de deux ans.

### a. L'impact organisationnel dépend pour les MDPH de la date des premières décisions prises dans le cadre du décret

Les décisions qui étaient prises pour trois à cinq ans doivent maintenant être revues tous les deux ans, ce qui se traduit selon les rapports, deux ans après la réforme, par un accroissement de l'activité et une augmentation des délais. Les MDPH estiment qu'il en résulte des procédures dégradées d'examen de ces demandes.

Plusieurs MDPH prévoient les premiers effets du décret pour le deuxième semestre 2013. Mais certaines d'entre elles évoquent déjà une augmentation de l'activité liée aux demandes d'AAH en 2012 à relier principalement au contexte économique, comme en 2011.



### **MDPH de la Creuse**

*L'augmentation prévisible du nombre de demandes d'AAH suite au décret de septembre 2011 ne commencera quant à elle à se voir qu'à partir de mai-juin 2013 puisque les premières décisions prises dans le cadre du décret datent de septembre 2011.*

### **MDPH du Cantal**

*Quant au pôle adulte, 2012 a confirmé la surcharge de travail pressentie lors de la parution du décret du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'AAH. Si les demandes d'AAH examinées en CDA ont augmenté de 6,96 % de 2010 à 2011, l'augmentation de 2011 à 2012 s'élève à 15,20 %, soit plus du double. Il convient également d'ajouter que l'ensemble des services de la MDPH s'est trouvé impacté par ce décret. En effet, outre la réduction à deux ans maximum de la durée de validité des AAH (au lieu de cinq ans au maximum avant), le pilotage de l'AAH confié à l'État s'est très concrètement traduit par l'obligation de remontées statistiques par les MDPH dans des délais souvent contraints avec des indicateurs non stabilisés et en évolution constante.*

### **MDPH de la Savoie**

*Il convient de noter l'évolution marquée des demandes déposées (+ 9,80 %) alors que les premières demandes restent stables. Les décisions d'ouverture de droits sont en forte évolution (+ 14,01 %). L'application du décret n° 2011-974 du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable à l'emploi est effective au sein des équipes pluridisciplinaires et de la CDAPH où siège dorénavant un représentant de la DDCSPP. Cette forte évolution fait suite à une diminution de 11 points en 2010. Elle correspond à l'évolution des ouvertures de droits à l'AAH renouvelées au cours de l'exercice 2012.*

### **MDPH de la Sarthe**

*Les demandes d'allocations aux adultes handicapés (AAH) ont enregistré une croissance de 26,95 % en 2012 (3 691 demandes contre 3 061 en 2011). Cette situation est en partie la conséquence de la nouvelle réglementation relative à l'AAH accordée au titre de l'article L. 821-2 du CASF (taux d'incapacité compris entre 50 et 79 %) qui nécessite que l'ouverture de droit à l'allocation soit réétudiée tous les deux ans au maximum. Également, les situations sociales complexes conduisent certains usagers à déposer une demande auprès de la MDPH.*

## **b. Y a-t-il un impact de la réforme sur les taux d'accord et le nombre de bénéficiaires ?**

L'accompagnement de la réforme de l'AAH avait notamment pour objectif de développer les compétences d'évaluation de l'employabilité des MDPH et d'harmoniser les pratiques au regard des grandes disparités de taux d'accord.



### **MDPH des Ardennes**

*Après avoir connu une stabilité en 2011 (+ 1 %), le nombre de décisions d'AAH connaît à nouveau une augmentation importante, comme le nombre d'accords (+ 1,9 % en 2011 contre + 20 % cette année). À noter que 43 % des accords d'AAH concernent des personnes présentant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %.*

### **MDPH de Loir-et-Cher**

*Le taux d'accord en 2012 est de 75 % et est identique à celui de 2010, alors qu'il était de 79 % en 2011 [...] Au niveau des accords, la part représentative des attributions au titre de l'article L. 821.1 (taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %) est de 45 %, celle au titre de l'article L. 821.2 (taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % et restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi) est de 55 %.*

**MDPH de la Vienne**

*La répartition des acceptations d'AAH est identique entre 2011 et 2012 – 33 % en 2011 et 2012 pour les taux supérieurs ou égaux à 80 % et 67 % en 2011 et 2012 pour les taux compris entre 50 et 79 %. L'application du décret du 16 août 2011 n'a pas modifié les évaluations de l'équipe pluridisciplinaire ni les décisions de la CDAPH qui sont en continuité entre 2011 et 2012.*

**MDPH de la Guyane**

*Le taux d'accord a augmenté en 2012, passant de 49 % en 2011 à 62 % en 2012. Comme déjà constaté en 2011, la majorité des accords d'AAH concerne la fourchette de taux d'incapacité compris entre 50 et 80 %.*

**MDPH de la Manche**

*4,1 % de la population âgée de vingt à soixante-quatre ans bénéficie de l'AAH. Depuis toujours, le département de la Manche a un fort taux de bénéficiaires de l'AAH. La part des renouvellements de droits représente 48 % des demandes. Pour les premières demandes : dans la Manche, 590 AAH ont été accordées en 2012 pour 100 000 habitants âgés de vingt ans à soixante ans. La moyenne nationale se situe à 323 accords pour 100 000 habitants sur cette même tranche de population. En application des consignes nationales de la CNSA, confirmées ensuite par la Cour de cassation, la MDPH 50 applique les modalités d'attribution de l'AAH pour restriction substantielle et durable à l'accès à l'emploi du fait du handicap prévues par la loi de finances 2007. De ce fait, le taux d'accord au titre de l'art. L. 820-2 du code de la sécurité sociale, est en forte augmentation. Le décret paru le 16 août 2011 et la circulaire parue le 28 octobre 2011 ne modifient pas fondamentalement les pratiques d'évaluation en vigueur au sein des équipes pluridisciplinaires.*

**MDPH de la Moselle**

*Le taux global d'accords d'AAH reste quasi similaire à 2010 et 2011, à savoir 73 %. Il est important de rappeler que l'allocation aux adultes handicapés est accordée à toute personne présentant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % (AAH L. 821-1) ou à toute personne présentant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 %, assorti à une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi du fait de son handicap (AAH L. 821-2). Il est donc intéressant de s'arrêter sur la répartition des accords des différentes AAH. Le taux d'accord de l'AAH L. 821-2 a tendance à augmenter, il ne semble donc pas que la réforme de l'AAH ait un impact significatif sur nos pratiques d'attribution.*

## c. Profils des bénéficiaires et évolution de la dépense : ce qu'en disent les MDPH

**MDPH du Morbihan**

*L'allocation aux adultes handicapés (AAH) porte, tous régimes confondus, sur un montant de 89 093 738 euros en 2012 contre 68 272 510 euros en 2011 soit une progression de + 30 % en l'espace de quatre années.*

**MDPH de la Haute-Garonne**

*Au 31 décembre 2011, le taux d'allocataires pour cent personnes de vingt à soixante-quatre ans s'établit à 2,3 dans le département contre 2,5 au national. Le coût global de cette prestation en Haute-Garonne dépasse 120 millions d'euros. Par rapport aux données de la CAF, sur les 17 081 bénéficiaires de l'AAH, 1 560 travaillent en milieu protégé, 2 607 en milieu ordinaire et 12 914 personnes n'ont pas d'activité professionnelle. Quant à la variation importante du nombre de bénéficiaires de l'allocation versée par la MSA, les critères de ressources retenus pour le versement de l'AAH sont à prendre en compte. En effet, ce secteur d'activité est fortement soumis à des variations de revenus.*

### **MDPH de la Haute-Saône**

5 440 (+ 13,19 % par rapport à 2011) personnes ont un droit ouvert à l'allocation aux adultes handicapés au 31 décembre 2012. Toutes ne la perçoivent pas ou pas complètement dans la mesure où son versement est soumis à des conditions administratives et de ressources du foyer. Ainsi, selon la DRJSCS, 4 195 personnes ont réellement bénéficié de l'AAH au deuxième trimestre 2012. Le nombre des bénéficiaires entre ces mêmes trimestres de 2012 et 2011 a crû de 7,95 %. C'est le plus fort taux régional. Les montants de droits payés ont pour leur part augmenté de 12,32 %. Toutefois, la crise économique, qui engendre pour certains une diminution de ressources, assortie de la revalorisation de l'AAH jusqu'en septembre 2012, fait que le nombre de personnes percevant même partiellement l'AAH est appelé à augmenter pour un même nombre de droits ouverts. Selon les sources CNAF-CCMSA en 2011, si l'on rapporte les dépenses d'AAH au nombre de bénéficiaires, le montant moyen mensuel versé en Haute-Saône est de 544 euros, alors qu'il est de 584 euros au niveau national.

---

## **10. Certaines MDPH ont mis en place une procédure spécifique pour prévenir les ruptures de droits**



### **MDPH de l'Hérault**

Le processus spécifique du maintien de droits AAH et complément de ressources. Un suivi de ces dossiers est organisé avec la CAF. En fin de mois, la CAF de l'Hérault signale à la MDPH, à l'aide d'une fiche de liaison, les personnes qui bénéficient d'une AAH ou d'un complément de ressources arrivant à échéance sans nouvelle décision. Avant le 10 du mois suivant l'échéance et après vérification par les services de la MDPH, ces fiches sont renseignées sur le dépôt de la demande puis renvoyées à la CAF. La décision doit être prise dans les meilleurs délais afin d'éviter des indus en cas de décision de rejet. En 2012, 150 fiches ont été reçues en moyenne chaque mois.

### **MDPH d'Indre-et-Loire**

Afin d'éviter des ruptures de droits d'allocations, la MDPH transmet régulièrement la liste des personnes dont les droits arrivent à échéance et pour lesquelles l'évaluation est en cours. Ceci permet à la CAF de prolonger de quelques mois les droits dans l'attente de la décision de la CDA.

### **MDPH de Mayotte**

La MDPH a mis en place un dispositif d'accompagnement des usagers qui sont en fin de droits de prestations. Il a en effet été constaté qu'au terme de la décision accordant un droit à un usager, celui-ci ou sa famille n'anticipait pas la demande de renouvellement, et ce malgré la relance des organismes. Nous avons donc confié à un agent la mission de relancer les usagers, soit par l'intermédiaire des services sociaux, soit via les associations ou en se rendant à leur domicile.

## 8

## Une évolution de l'organisation pour faire face aux demandes de PCH, qui associe nécessairement des partenaires locaux

### 1. Les demandes de prestation de compensation : une montée en charge qui semble ralentir

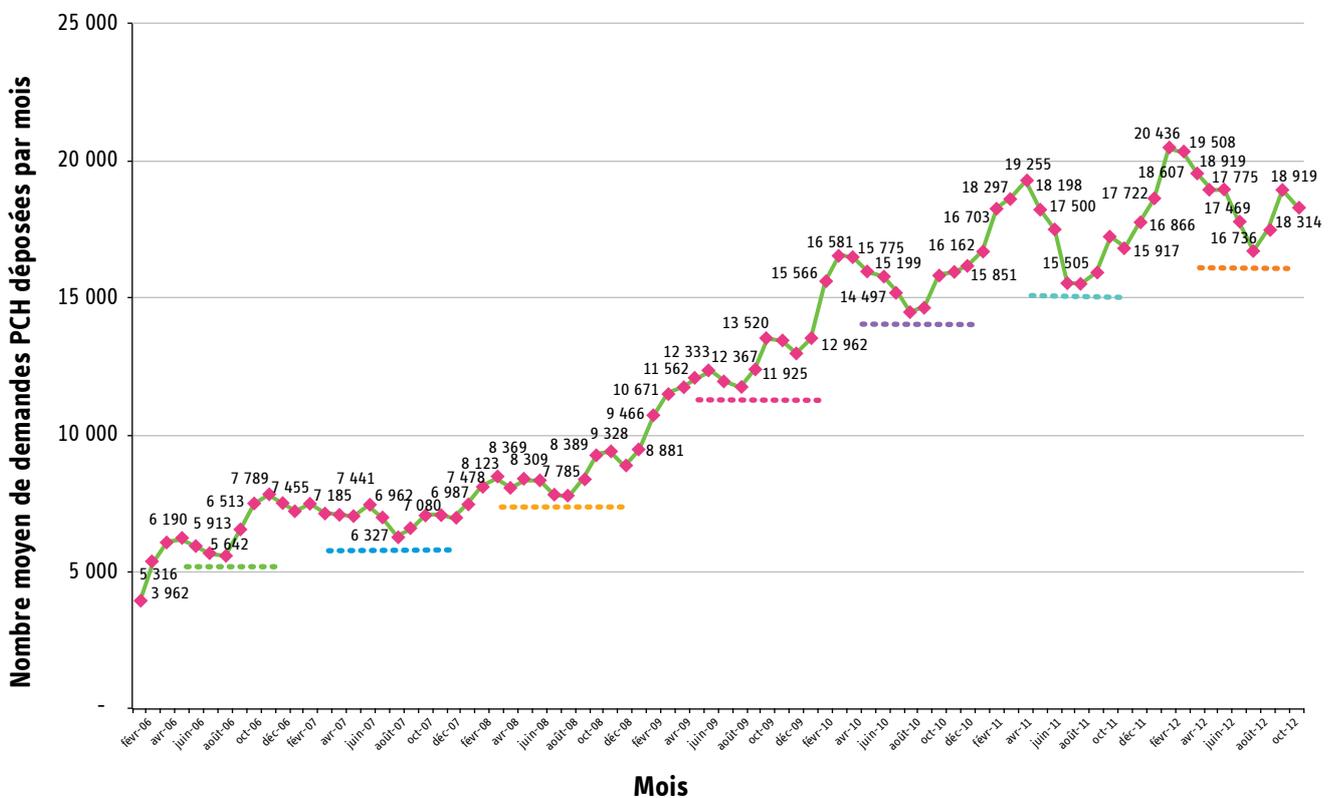
#### a. En 2012, la montée en charge des demandes poursuit son ralentissement

Le taux d'évolution annuel est de 8 % et on estime à 223 200 le nombre de demandes de PCH (adultes-enfants) sur la France entière.

Parmi la totalité des demandes déposées, la prestation de compensation représente une part stable depuis 2010 (7 %). En 2012 comme en 2011, 0,5 % des demandes sont des demandes de renouvellement de l'allocation compensatrice pour tierce personne.

Le graphique 1 illustre la montée en charge du dispositif : on observe que l'augmentation du nombre moyen de demandes de PCH par mois ralentit à partir de la fin de l'année 2010.

**Graphique 1 : Évolution mensuelle des demandes de PCH déposées par mois entre 2006 et 2012**

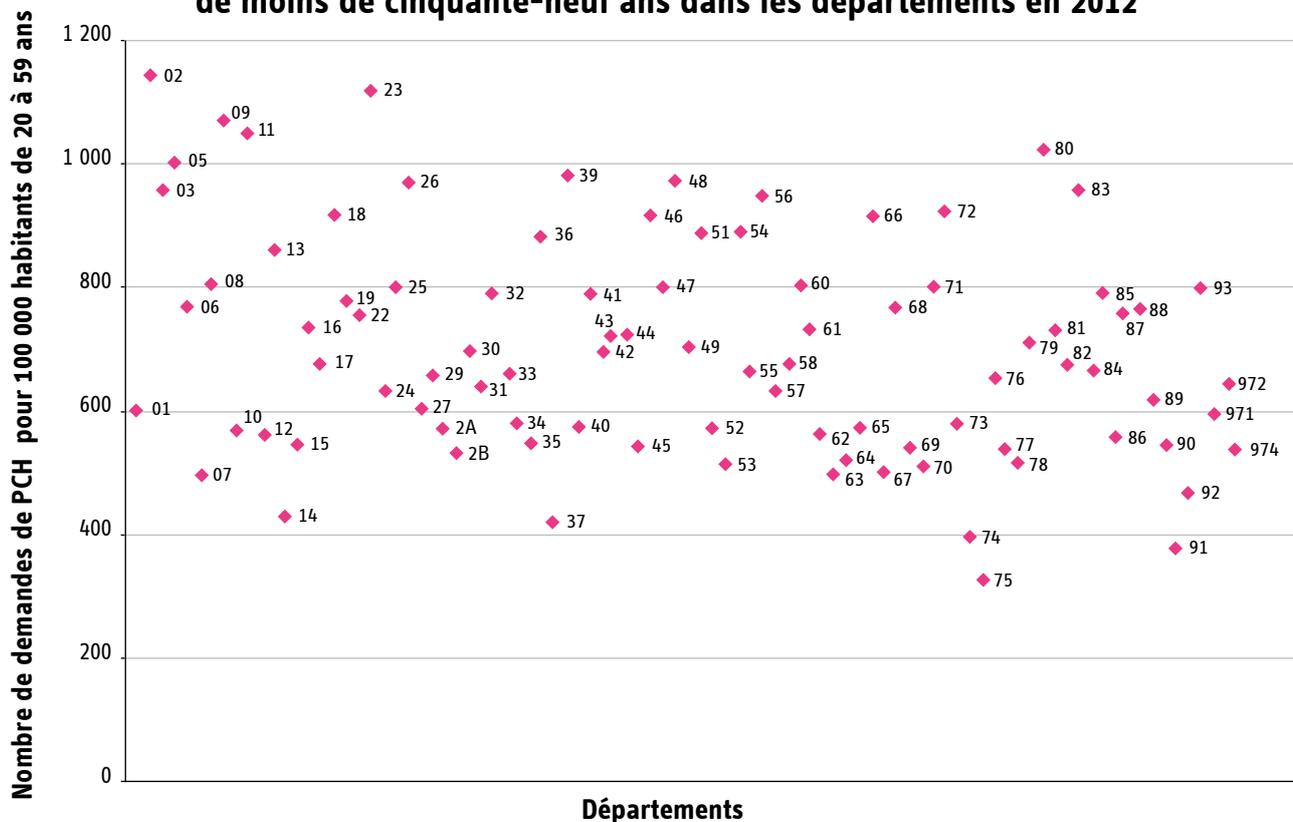


Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA \*extrapolées à la population française, données définitives.

Le nombre de demandes de prestation de compensation adressées aux MDPH rapporté à la population de moins de cinquante-neuf ans s'échelonne entre 324 et 1 142 demandes pour 100 000 habitants de vingt à cinquante-neuf ans (graphique 2). Une très large majorité des départements se situe entre 400 et 800 demandes pour 100 000 habitants (70 % des départements de l'échantillon). Ce taux se resserre (en 2011, le taux était compris entre 348 et 1 869 demandes pour 100 000 habitants de vingt à cinquante-neuf ans).

L'analyse du taux de pression de la demande de PCH sera intégrée dans une étude spécifique sur les modalités d'attribution de la PCH lancée par la CNSA en 2012. Les disparités constatées entre les départements doivent en effet être observées avec attention en tenant compte notamment des spécificités de la population, de la connaissance du dispositif et des modalités de diffusion de l'information de l'accompagnement à l'élaboration de la demande et des modalités d'organisation interne.

**Graphique 2 : Nombre total de demandes PCH pour 100 000 habitants de moins de cinquante-neuf ans dans les départements en 2012**





#### **MDPH de l'Aveyron**

*Nous pouvons ainsi constater que la progression du nombre de dossiers PCH déposés ralentit, mais reste soutenue. Elle augmente encore en 2012 de 6 % avec une progression plus importante chez les enfants (+ 30 %) que chez les adultes (+ 2 %) [...] Cependant, une partie des demandes déposées (16,5 %) concerne des demandes non éligibles : aides humaines pour les activités ménagères et aides techniques pour des appareillages tels que les prothèses auditives, aménagements de logement pour des personnes de plus de soixante-quinze ans. Cette proportion est en augmentation.*

#### **MDPH des Deux-Sèvres**

*On constate une augmentation continue des demandes (+ 11 % entre 2011 et 2012) soit 1 235 demandes déposées en 2012. Toutefois, la tendance observée depuis deux ans se vérifie : il y a une diminution progressive des nouveaux bénéficiaires sur l'année, ils représentent 32 % des bénéficiaires (48 % en 2011).*

#### **MDPH des Alpes-de-Haute-Provence**

*651 personnes adultes ont déposé une demande de renouvellement d'allocations compensatrices et/ou de prestation de compensation du handicap, soit une hausse de 15,6 % par rapport à l'exercice 2011.*

#### **MDPH des Vosges**

*La PCH adulte a vu une augmentation de 9,1 % par rapport à 2011 et de 18,8 % par rapport à 2010 de ses bénéficiaires. L'évolution de la PCH enfant n'est pas du tout constante sur les trois dernières années puisque, si elle a connu une évolution de 23,4 % entre 2010 et 2011, elle connaît une diminution au même taux entre 2011 et 2012.*

### **b. Le profil des demandes évolue avec le temps**

La part des premières demandes diminue avec le temps avec l'effet du réexamen des droits des bénéficiaires dans le dispositif. En 2010, 83 % des demandes PCH sont des premières demandes. En 2011, les premières demandes adressées aux MDPH représentent 74 % de l'ensemble des demandes ; ce taux diminue pour atteindre 68 % en 2012.



#### **MDPH de la Haute-Savoie**

*Pour la première année, on constate un infléchissement du nombre de demandes. La part des premières demandes tend depuis 2011 à s'équilibrer avec les demandes de renouvellement ou de réexamens, et ce quel que soit l'âge du demandeur.*

#### **MDPH du Pas-de-Calais**

*La croissance des demandes de prestation de compensation du handicap (PCH) se ralentit : augmentation de 13 % en 2012, contre 26 % en 2011 et 64 % en 2010. Mais le taux de premières demandes reste élevé : 74 %.*

Le profil des demandeurs de PCH évolue aussi depuis 2008, notamment du fait de la mise en place de la PCH enfant. L'entrée en vigueur de la PCH enfant a provoqué une augmentation sensible des demandes PCH pour les enfants : en 2007, 3,4 % des demandes de PCH concernaient les enfants ; en 2008, 5 % ; en 2009, 9,4 % ; en 2010, 10,9 % ; en 2011, 11,7 %. La part des demandes de PCH concernant les enfants atteint 11,4 % en 2012.



### **MDPH de Loir-et-Cher**

*Alors qu'entre 2010 et 2011, l'activité liée à la PCH pour les enfants était restée stable, il convient de noter une augmentation significative cette année, mais ces observations sont toutefois à pondérer en raison du nombre assez faible de demandes enregistrées. Seuls les aménagements de logement sont en forte baisse. En 2012, pour les quatre-vingt-cinq familles à qui le droit d'option a été proposé (quatorze dossiers déposés ont conduit à des refus), quatre ont fait le choix de conserver le complément d'AEEH (les quatre bénéficiaient du complément de sixième catégorie).*

---

## **2. Les MDPH organisent leur processus d'évaluation des PCH**

### **a. Les rapports d'activité témoignent des efforts des MDPH pour optimiser l'instruction des demandes de PCH et raccourcir les délais, notamment en proposant un parcours simplifié pour les demandes non éligibles**



#### **MDPH du Gers**

*Le mardi après-midi est consacré au prétri entre les médecins et les référents de la PCH (PCH adulte). Ce prétri a pour objectif : de déterminer si la demande est éligible à la PCH, de valider le passage en équipe pluridisciplinaire AAH si la demande de PCH est couplée avec le dispositif, de valider les rejets administratifs signalés par les référents PCH, de déclencher auprès du service de santé publique la demande de visite à domicile.*

#### **MDPH de la Côte-d'Or**

*Dans le cadre de la mise en place à titre expérimental de la maison de l'autonomie, une expérimentation a été conduite autour du traitement des demandes des personnes âgées entre soixante et soixante-quinze ans afin de mettre en œuvre le droit d'option entre APA et PCH sans que les personnes aient besoin de déposer un dossier pour chaque prestation.*

#### **MDPH des Pyrénées-Orientales**

*La baisse du taux d'accord s'explique notamment par la mise en place d'une cellule de tri statuant sur l'éligibilité, composée d'un médecin et du coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire. La présence d'un médecin au sein de la cellule permet une analyse fine de la situation médicale et de l'éligibilité à la prestation.*

---

## **b. Les évaluations des premières demandes sont principalement réalisées à domicile, mais beaucoup de MDPH évoquent la question des moyens mobilisables pour répondre à la fois à cette exigence de qualité et à celle de réduction des délais de traitement de la demande**



### **MDPH de l'Allier**

*Les demandes de prestation de compensation du handicap sont d'abord examinées en cellule de tri par le médecin de l'antenne et les évaluateurs. Cette cellule est d'abord faite pour écarter les demandes d'aide-ménagère. Ensuite, chaque demande de PCH donne lieu à une visite à domicile, soit par un agent technique, soit par le médecin, soit par un agent technique et le médecin. Cette équipe se compose suivant la demande de la personne et son état de santé. Les demandes d'aménagement de logement et d'aides techniques sont transmises à l'ergothérapeute qui les évalue. Cette dernière peut se rendre à domicile pour conseiller la personne et établir des préconisations.*

### **MDPH de Lot-et-Garonne**

*Pour toutes les demandes de prestation du handicap, une visite à domicile est effectuée par une infirmière afin de déterminer l'éligibilité de la personne à la PCH. Puis, en fonction de la demande, un travailleur médico-social fait une visite à domicile également, parfois conjointement avec une ergothérapeute afin d'évaluer le besoin de compensation au domicile de la personne et de proposer un plan d'aide à l'usager et à la CDAPH pour validation.*

### **MDPH du Calvados**

*Une équipe pluridisciplinaire spécialisée étudie plus spécifiquement les demandes de prestations de compensation (PCH), les demandes d'AEEH et d'ACTP, compte tenu du droit d'option possible entre ces différentes prestations [...] Au quotidien, de nombreux échanges téléphoniques avec les artisans, les professionnels, les acteurs médico-sociaux, les familles sont assurés par les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Il s'agit de faire le point sur les process, assurer la coordination avec les différents services intervenant auprès de la personne, récolter les informations nécessaires à l'élaboration du plan de compensation. Il convient de noter que le nombre de visites à domicile a fortement augmenté par rapport aux années précédentes : + 143 %.*

## **c. Les MDPH font appel à des expertises et à des équipes d'évaluation extérieures, notamment pour les besoins d'aides techniques et d'aménagement de logement**



### **MDPH d'Ille-et-Vilaine**

*Dans le cadre de la prestation de compensation du handicap et du volet aménagement du logement, la MDPH fait appel à l'expertise d'un économiste du bâti. Cette expertise permet d'évaluer le surcoût pour ce type de demande, mais aussi de s'assurer de la pertinence d'une opération d'aménagement qui peut être lourde financièrement. Cette convention existe depuis 2008 et donne entière satisfaction. Elle permet à l'équipe d'apporter à l'usager la garantie d'une approche précise et individuelle des projets de logement. L'économiste est saisi par les ergothérapeutes de la MDPH [...]*

### **MDPH de Maine-et-Loire**

*Pour les volets 2 et 3 (aides techniques, aménagement du logement et adaptation du véhicule), systématiquement pour le logement et pour la plupart des aides techniques (nécessairement pour les déficiences sensorielles) il est fait appel à des équipes techniques d'évaluation labellisées, qui sont au nombre de vingt et une, dont cinq avec contrepartie financière (APF, service de rééducation de l'hôpital de Cholet, le CRRRF des capucins d'Angers, les services itinéraires déficiences visuelles et auditives de la MFAM).*

### **MDPH de l'Aisne**

Concernant les demandes de prestations de compensation du handicap relatives à l'aménagement du logement, la MDPH s'est enrichi des compétences de professionnels du bâtiment. En effet, un partenariat s'est développé avec Aisne Habitat qui se voit désormais confier l'instruction technique de projets « lourds ». Pour ce faire, des échanges sur nos pratiques ainsi que des visites communes ont été privilégiés sur cette année 2012. Ce partenariat s'est concrétisé par la signature d'une convention de partenariat, précisant les conditions d'intervention d'Aisne Habitat et les modalités de rémunération des prestations. Cette convention s'est accompagnée de la mise en place d'outils, comme une fiche de transmission, cahier des charges et guide des aménagements du logement. Ce guide, extrait du document élaboré par la CNSA, permet de garantir une vision commune de la notion de surcoût engendré par le handicap. Il facilite également la valorisation et la maîtrise de la PCH.

### **MDPH du Jura**

Jura Habitat (dans le cadre d'une convention avec la MDPH) est sollicité pour informer, conseiller, vérifier la faisabilité du projet d'aménagement et proposer un plan prévisionnel. Les interventions au domicile de l'usager sont réalisées fréquemment en binôme avec l'ergothérapeute de la MDPH et/ou un travailleur social. Un point régulier sur les dossiers d'aménagement de logement en cours est effectué tous les deux mois.

### **MDPH de l'Ardèche**

La MDPH travaille en partenariat depuis 2006 avec le PACT. L'objet de la convention est d'assurer une mission d'expertise « accessibilité du logement » dans le cadre des plans personnalisés de compensation des personnes handicapées de l'Ardèche, à la demande des quatre équipes pluridisciplinaires couvrant le département [...] Elle se décompose en trois parties distinctes : définition du projet : sur la base du projet défini, estimer le montant des travaux, recenser les financements mobilisables, élaborer un plan de financement... ; accompagnement du projet : assister la personne handicapée et sa famille dans la phase de réalisation dans le cadre d'une mission d'assistance au maître d'ouvrage, en relation avec les différents intervenants ; déblocage des financements. Chaque année, quatre-vingts dossiers d'aménagement sont étudiés par le PACT.

---

## **d. Elles se mobilisent pour accompagner les acteurs de l'adaptation du logement**



### **MDPH de l'Hérault**

Depuis fin 2011, la MDPH est présente à la commission d'attribution du label Handibat, mis en place par la CAPEB. Des sessions de formation auprès des artisans sont régulièrement organisées.

### **MDPH des Bouches-du-Rhône**

Le service accessibilité et constructions adaptées de la MDPH 13 intervient dans le cadre de la mission de sensibilisation et d'information des MDPH auprès des acteurs, tant publics que privés, de l'aménagement du cadre de vie. Dans le cadre d'un partenariat avec le Conseil général des Bouches-du-Rhône, une mission de conseil et d'expertise en accessibilité est ainsi réalisée sur toutes les questions d'aménagement du patrimoine bâti du département, pour les constructions neuves comme celles en cours de réhabilitation, et ceci en prévision de la mise aux normes prévues pour 2015. De la même manière, le service réalise avec de nombreuses collectivités territoriales départementales des interventions d'accompagnement à la mise en place des outils techniques de concertation prévue par la loi du 11 février 2005. Le deuxième volet de l'activité du service concerne les demandes provenant des associations et des usagers de la MDPH, qui ont besoin de conseils sur l'accessibilité de leur cadre de vie. Le service s'appuie sur les savoirs techniques opérationnels d'un ingénieur en chef responsable du service et d'une architecte DPLG.

## e. La montée en charge des demandes de PCH a conduit une MDPH à solliciter une expertise dédiée pour le financement des audioprothèses



### MDPH d'Ille-et-Vilaine

*La convention avec un audioprothésiste a été renouvelée sur l'année 2012. L'audioprothésiste examine les demandes d'aides techniques pour les personnes souffrant de déficience auditive. Elle s'assure de l'adéquation des prothèses envisagées avec les besoins de la personne ; un argumentaire a été mis en place et est rempli par l'audioprothésiste en amont de la demande formulée. Une rencontre avec l'ensemble des audioprothésistes du département a été organisée afin de leur présenter le document d'argumentaire et les attentes de la MDPH ainsi que le rôle de l'audioprothésiste. L'audioprothésiste intervient une demi-journée toutes les deux semaines.*

## f. Elles nouent des partenariats privilégiés notamment avec les structures sanitaires pour améliorer leur réactivité : repérage des situations urgentes, prise en compte des sorties d'hospitalisation...

La CNSA en partenariat avec l'INCA a accompagné une expérimentation de travail de collaboration entre équipes de soins en oncologie et MDPH pour une meilleure prise en compte des besoins de compensation, plus de réactivité et l'identification de modalités et d'outils de travail commun. Ce travail a abouti à la parution en 2012 d'un dossier technique mis à la disposition des MDPH. Les méthodes et outils préconisés sont totalement transposables à toutes situations et sont donc proposés par la CNSA dans les différents plans de santé publique justifiant une meilleure articulation entre sanitaire et médico-social.



### MDPH de l'Aveyron

*Pour améliorer le traitement et repérer notamment les situations qui demandent une réactivité plus importante (sortie d'hospitalisation, fin de vie), orienter les évaluations vers les professionnels compétents, une cellule « premier tri » a été constituée. Elle est composée d'un médecin et d'un travailleur social. En complément de la mise en place de cette cellule, des procédures de collaboration avec les services sociaux hospitaliers ont été mises en place. Elles visent à faciliter les contacts entre les professionnels dans le cadre du traitement de situations particulières : personnes hospitalisées en neurologie, en chirurgie dont la prise en charge sanitaire se termine et qui, suite à leur problème de santé, se retrouvent en situation de handicap ou de perte d'autonomie ou bien dont le handicap s'est aggravé et pour lesquelles le retour sur le lieu de vie n'est pas envisageable sans la mise en place de compensation.*

### MDPH de la Charente-Maritime

*On note également en 2012 une augmentation des procédures d'urgence sur les demandes d'aide humaine pour les personnes en hospitalisation à domicile (HAD). La mise en place du plan cancer 2009-2013 est l'une des causes de l'augmentation de ce type de demande. Ces évaluations urgentes mobilisent beaucoup de temps de recueil d'information. Une réflexion sur la mise en œuvre de la procédure d'urgence devra être réalisée avec le chargé du suivi des décisions.*

### **MDPH des Hauts-de-Seine**

*En 2012, cinquante-deux demandes de PCH en urgence pour sortie d'hospitalisation ont été prises en charge par l'infirmier de l'équipe pluridisciplinaire. Quarante-huit plans d'aide ont été faxés au Conseil général pour mise en paiement, et quatre demandes classées sans suite (placement en établissement ou décès). Dans les suites de ces PCH, trente-six visites à domicile ont été réalisées pour finalisation du plan d'aide et passage en CDAPH. Douze situations n'ont pas donné lieu à une évaluation à domicile (placement en établissement ou décès).*

---

## **g. Les MDPH utilisent le GEVA ou des outils d'évaluation dits GEVA-compatibles ainsi que les outils d'aide proposés par la CNSA**



### **MDPH de la Creuse**

*L'équipe chargée de l'évaluation de la PCH utilise systématiquement le guide pour l'aide à la cotation pour l'éligibilité, le guide pour l'aide technique et celui pour l'aménagement du logement.*

### **MDPH de la Charente**

*Pour effectuer l'évaluation des besoins, l'équipe pluridisciplinaire utilise le GEVA, qui permet d'apprécier l'éligibilité à la prestation et d'aider à l'élaboration des réponses de compensation. Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire restitue son travail et propose le plan de compensation afférent à la situation de la personne au sein de l'équipe technique, qui se réunit deux demi-journées par semaine.*

### **MDPH de la Seine-Saint-Denis**

*L'évaluation s'appuie exclusivement sur les référentiels et outils proposés par la CNSA. Les évaluateurs et la CDAPH suivent au plus près la réglementation depuis 2011, ce qui conduit parfois à une baisse du volume horaire accordé lors des renouvellements.*

### **MDPH du Gers**

*Le GEVA est utilisé par les infirmières diplômées d'État du service départemental de santé publique, qui réalisent les visites à domicile. Le même GEVA est utilisé par les travailleurs sociaux du pôle enfant avec quelques ajustements validés par les médecins du pôle enfant. En effet, l'équipe pluridisciplinaire du pôle enfant a réalisé un travail sur le GEVA de façon à l'adapter au mieux à la situation des enfants handicapés.*

---

## h. Elles engagent des travaux de réflexion et d'échange de pratiques avec leurs équipes ou, parfois, entre départements



### MDPH du Lot

Peu de temps avant le démarrage de la réflexion, la CNSA avait diffusé un nouvel outil : Guide pour l'éligibilité à la PCH. Appui à la cotation des capacités fonctionnelles. La MDPH s'est saisie de cette opportunité et a utilisé ce guide pour interroger ses pratiques. Pendant quatre mois, il a été réservé un moment de travail hebdomadaire sur le temps des équipes pluridisciplinaires. Ce travail a pris quatre formes : réflexion sur la notion d'éligibilité, sur les notions de réalisations effectives et de capacités fonctionnelles, sur les niveaux de cotation des difficultés (léger - modéré - grave - absolu), analyse des adverbess permettant de faciliter la cotation (spontanément - habituellement - totalement - correctement), échanges sur les difficultés rencontrées - amélioration de la fiche synthétique du GEVA utilisée par l'équipe (janvier-février), lecture approfondie et partagée de toutes les fiches détaillées par activité (deux par séances en janvier-février), déroulé de l'équipe pluridisciplinaire permettant de faire un travail de comparaison entre les deux modes d'évaluation (mars-avril) ; un tableau a été réalisé permettant d'observer les différences de cotation. Globalement, on a observé qu'en utilisant la nouvelle grille, la possibilité d'accéder à la PCH diminuait (- 3,5 %). La diminution était encore plus sensible si l'on observait uniquement l'aide humaine (- 6,3 %). Cette diminution de l'accès à la PCH aide humaine s'expliquait notamment par la meilleure prise en compte par l'équipe d'évaluation de la réglementation fixant, pour l'accès à l'aide humaine de la PCH, au nombre de cinq (sur dix-neuf) les activités dans lesquelles les difficultés doivent être constatées (toilette, habillage, élimination, prise des repas et déplacements). Ce travail a également permis à l'équipe de se remobiliser sur le nécessaire partage des critères d'évaluation, et de manière plus générale, sur le partage des pratiques.

### MDPH des Hauts-de-Seine

Les critères d'évaluation de la PCH chez les enfants restent extrêmement complexes puisqu'il s'agit de comparer avec un enfant du même âge. L'évaluation mobilise un temps important pour l'équipe du secteur enfant tant pour le travail d'information auprès de la famille et de quantification de l'aide apportée à l'enfant, que pour les temps nécessaires d'échange en équipe pluridisciplinaire sur le plan proposé pour assurer une équité de traitement. L'équipe enfant a mené un travail de qualité dans l'évaluation des situations et la proposition des plans d'aide. Les évaluations à domicile sont plus affinées et recentrées sur la compensation du handicap. Sous le contrôle du cadre socio-éducatif, de nouveaux outils ont été mis en place pour rendre plus accessibles les comparatifs entre l'option AEEH + complément et l'option AEEH + PCH. L'adaptation de cette prestation aux enfants reste malgré tout très difficile à mettre en œuvre et ne représente pas une solution satisfaisante pour les enfants atteints de troubles envahissants du développement.

### MDPH de la Meuse

Depuis maintenant leur création en 2006, les MDPH de Lorraine, associées à celle du Bas-Rhin, se rencontrent régulièrement (au moins une fois par trimestre) afin d'échanger sur leurs pratiques et/ou d'organiser des rencontres régionales avec des partenaires communs. Courant 2012, nous avons également souhaité mettre en place un groupe de travail visant à comparer nos pratiques d'évaluation et d'attribution de la prestation de compensation du handicap. Ce groupe de travail s'est réuni à quatre reprises. Nous avons ainsi défini des indicateurs susceptibles d'être mis en comparaison, mis en parallèle nos méthodologies dans la prise en charge et l'évaluation des demandes. Ce travail se poursuit sur 2013 et rejoint les travaux que la CNSA souhaite mettre en œuvre sur le plan national.

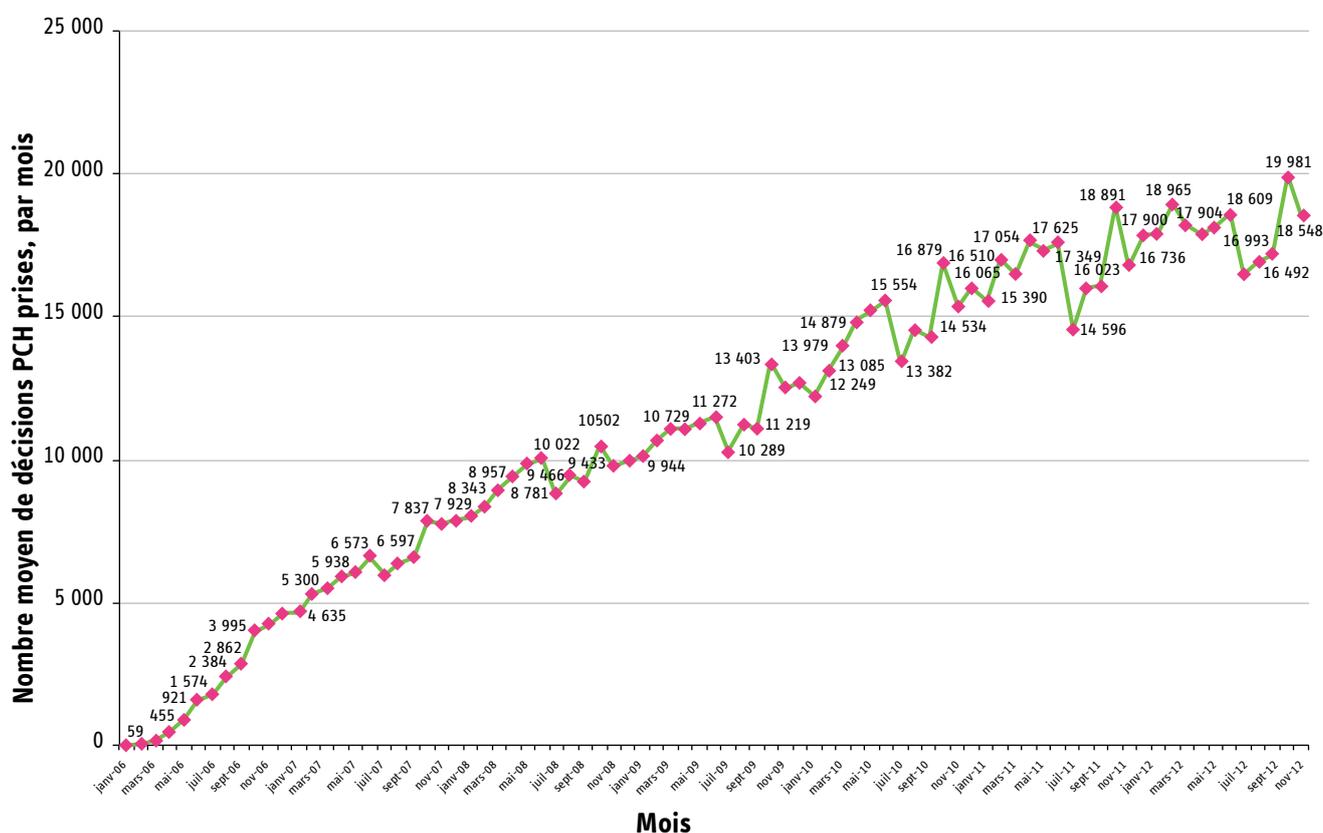
### 3. Les décisions de prestation de compensation : une augmentation de 8,2 % entre 2011 et 2012

En 2012, les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), instances décisionnaires des MDPH, ont pris environ 218 000 décisions de PCH. La part des décisions PCH dans l'ensemble des décisions prises par les CDAPH est de 7 %.

Le nombre de décisions prises continue d'augmenter, mais à un rythme plus faible que les années précédentes. La montée en charge des décisions se poursuit en 2012 (+ 8,2 %) ; elle est moindre qu'en 2011 (+ 15,4 %).

Au cours de l'année 2012, 18 000 décisions relatives à la prestation de compensation ont été prises chaque mois en moyenne (graphique 3). Bien que continuant d'augmenter, le nombre moyen de décisions prises par mois progresse plus faiblement que les années précédentes : + 0,6 % en moyenne par mois en 2012, + 1,2 % en moyenne par mois en 2011, + 2 % en 2010, + 1,7 % en 2009 et + 4 % en 2007 et 2008.

Graphique 3 : Évolution mensuelle lissée des décisions de PCH entre 2006 et 2012



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA \*extrapolées à la population française, données définitives.

La part des décisions relatives aux PCH enfants continue d'augmenter. À partir du second semestre 2008, l'impact de l'ouverture aux enfants est très net. La part des décisions de PCH enfants passe de 1,9 % à 3,5 % entre le premier et le second semestre 2008. En 2009, cette part représentait 8,6 % des décisions prises sur la PCH. En 2010, comme en 2011, la part des décisions PCH enfants poursuit son augmentation : elle représente 9,2 % du total des décisions PCH en 2010, puis 10,5 % en 2011 et en 2012.



#### **MDPH des Côtes-d'Armor**

*Malgré une stagnation du nombre de demandes de PCH déposées en 2012 (1 925 demandes en 2012 et 1 924 en 2011), on constate une progression du nombre des décisions PCH, aussi bien pour les enfants (+ 12 %, que pour les adultes (+ 23 %). Ce constat s'explique par la résorption d'un retard, rendu possible par un renfort de l'équipe pluridisciplinaire (ergothérapeute et infirmière) et le retour d'un agent non remplacé.*

#### **MDPH des Yvelines**

*Le nombre de PCH accordées à des adultes a augmenté de 10 % par rapport à l'année passée, en cohérence avec l'augmentation globale de l'activité de la MDPH 78, la part du nombre de rejets enregistre une hausse de 17 %, contre 4 % pour les accords.*

#### **MDPH du Jura**

*Malgré une diminution du nombre des demandes de PCH déposées en 2012, on constate une progression du nombre des décisions aussi bien pour les enfants que pour les adultes. Ceci s'explique par un fonctionnement de l'équipe PCH avec l'ensemble des travailleurs sociaux, les médecins et l'ergothérapeute et une résorption d'un certain retard.*

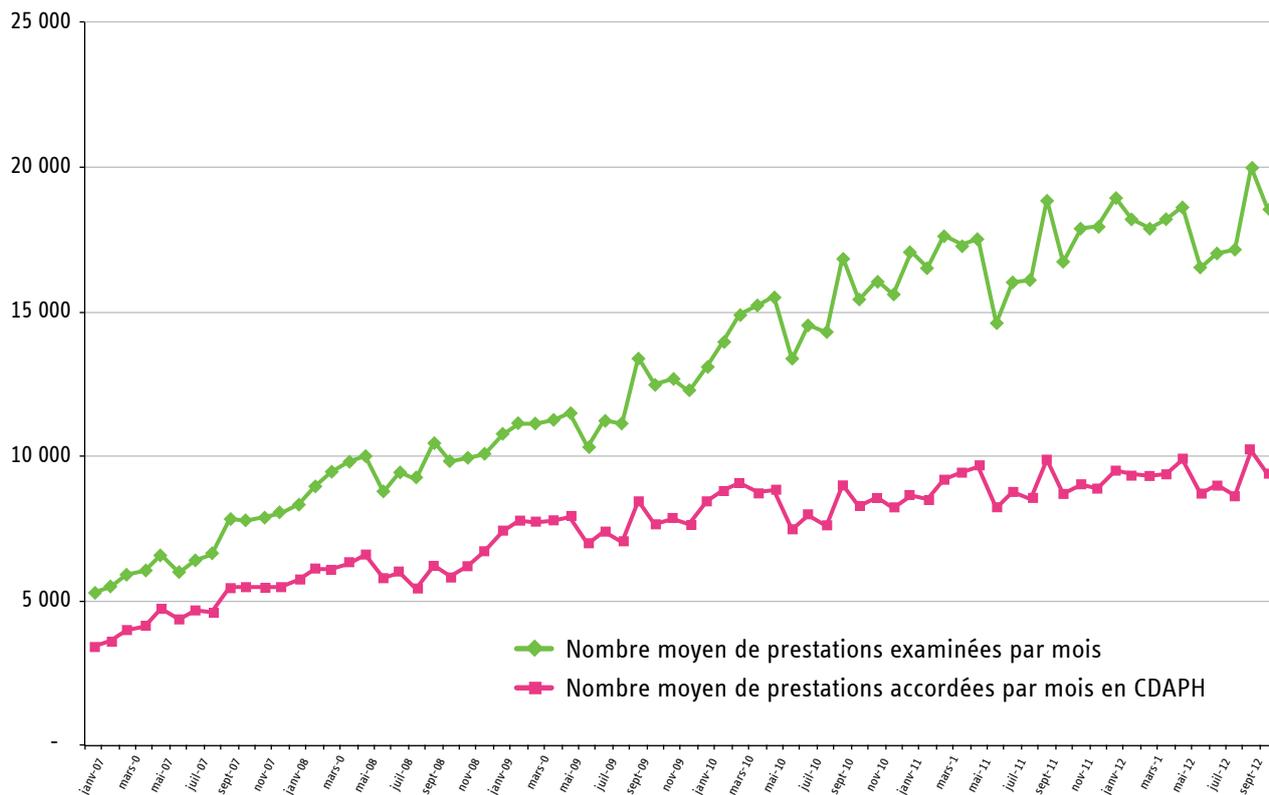
#### **MDPH de l'Indre**

*Concernant l'activité de la MDPH en 2012 sur la PCH, à l'exception des volets aménagement du véhicule et aménagement du logement, la majorité des décisions prises concernant les autres volets de la PCH sont en augmentation. L'année 2012 a compté + 29 % de décisions sur la PCH par rapport à 2011 (avec 891 décisions contre 691 en 2011). Cette augmentation est due aux nouvelles ouvertures de droits ainsi qu'en partie au choix des personnes de basculer vers la PCH, lors de la comparaison qui est faite avec l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Les demandes d'aides humaines (45 %) ainsi que d'aides techniques (22 %) représentent les deux tiers des volets sur lesquels une décision a été prise en 2012.*

## a. En 2012, la moitié des décisions sont des accords chez les adultes comme chez les enfants

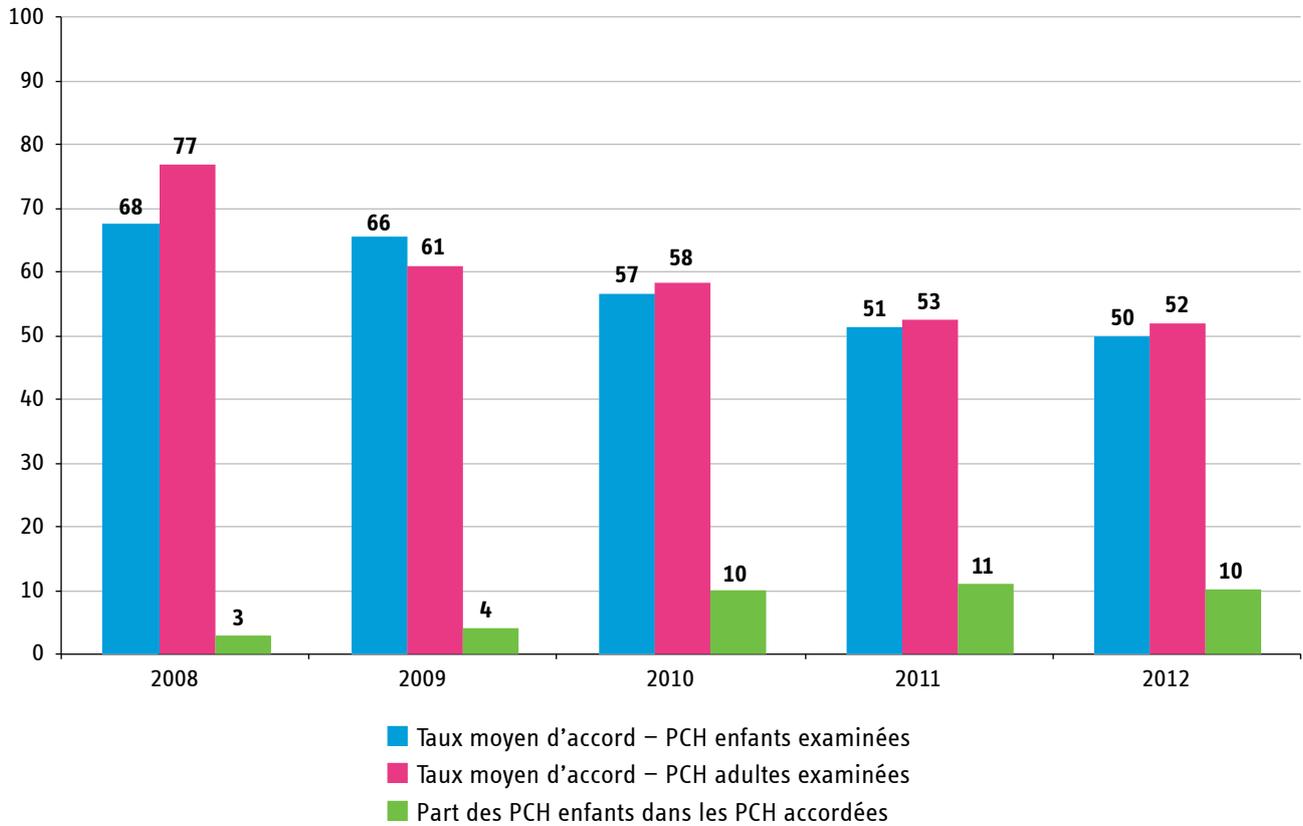
En 2012, on estime à 111 900 le nombre de décisions d'attribution de la prestation de compensation. Le taux d'attribution de la prestation (adultes et enfants) diminue depuis 2009 (graphique 4). L'évolution décroissante du taux d'accord est nette et sans équivoque ; le taux d'accord atteint 52 % en 2012. Depuis 2010, les CDAPH accordent en même proportion la PCH pour les adultes et pour les enfants (graphique 5).

**Graphique 4 : Évolution mensuelle des PCH examinées et accordées entre 2007 et 2012**



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA \*extrapolées à la population française, données définitives.

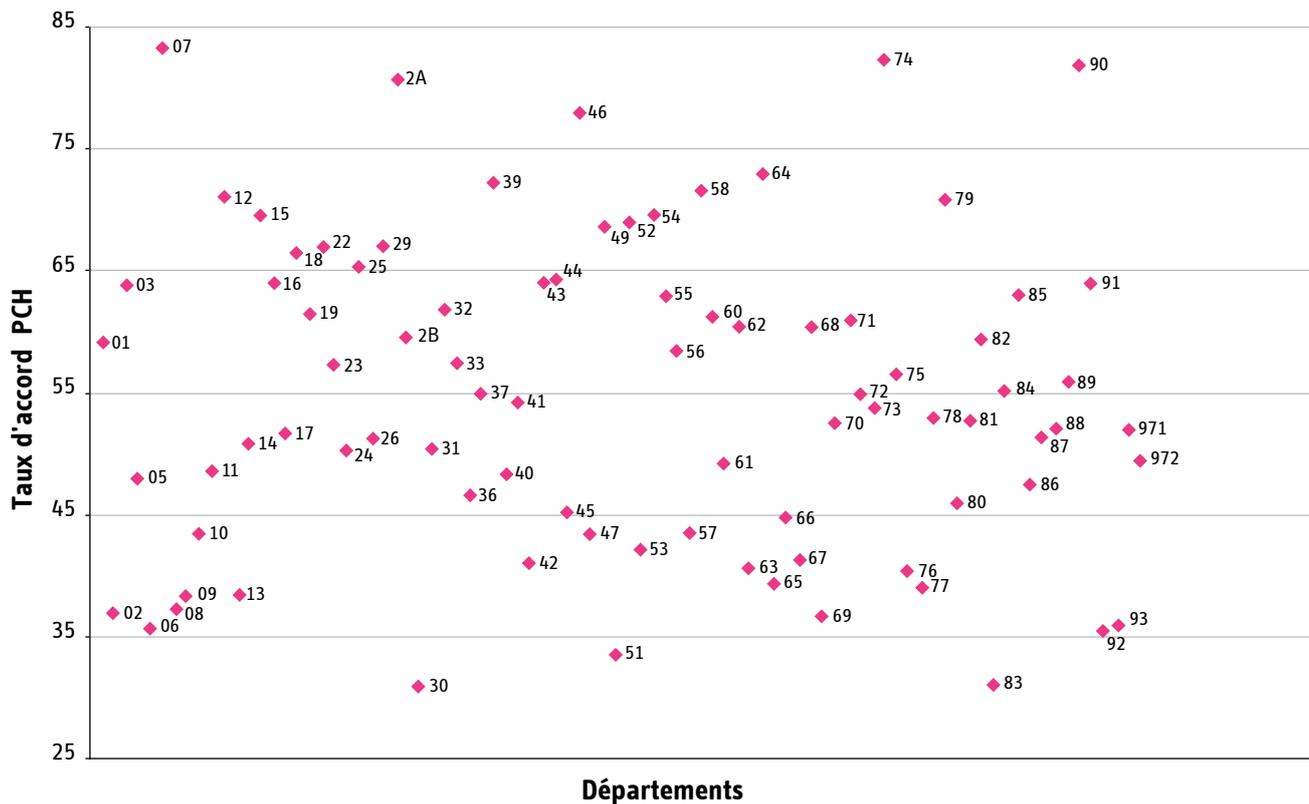
**Graphique 5 : Taux moyens d'accord PCH adultes et enfants et part des PCH enfants accordées**



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA, données définitives.

Ces chiffres nationaux masquent des réalités très contrastées (graphique 6). Les pratiques départementales (orientation des demandes, cellules de prétri, dialogue préalable avec les personnes) et la nature des demandes impactent largement les taux d'accord. Une analyse approfondie des dispositifs d'attribution de la prestation de compensation du handicap depuis l'émergence de la demande jusqu'à l'attribution des prestations est engagée depuis 2012 en vue notamment d'expliquer les disparités départementales d'attribution.

**Graphique 6 : Les taux d'accord PCH dans les départements**



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA, données définitives.



### **MDPH de la Haute-Savoie**

*Le taux d'accord est particulièrement élevé, mais s'explique par le travail d'accompagnement réalisé en amont au plus près des personnes pour évaluer le besoin de cette prestation.*

### **MDPH de la Dordogne**

*Le taux de rejet se maintient à 32 % comme en 2011 : il a plus que doublé par rapport à 2009. Les demandes mal ciblées restent en effet nombreuses : confusion de la PCH avec un complément de ressources, demande d'aide-ménagère, effet « catalogue » du formulaire CERFA unique.*

### **MDPH de l'Orne**

*Des augmentations importantes en taux d'accord sont à noter sur les volets des surcoûts de transport et des charges spécifiques. Sur le premier point, on a pu remarquer en 2012 cette hausse du fait de l'interruption de la prise en charge des transports vers les FAM/MAS par la sécurité sociale.*

### **MDPH de Lot-et-Garonne**

*Plus de la moitié des demandes sont rejetées au motif que les conditions d'éligibilité à la PCH ne sont pas remplies. 62,6 % des demandes de PCH enfants n'aboutissent pas, les familles préférant opter pour l'AEEH. Il est à noter qu'un demandeur peut avoir plusieurs motifs de rejet.*

## **b. Les CDAPH soulèvent des questions relatives aux périmètres et au niveau d'intervention**



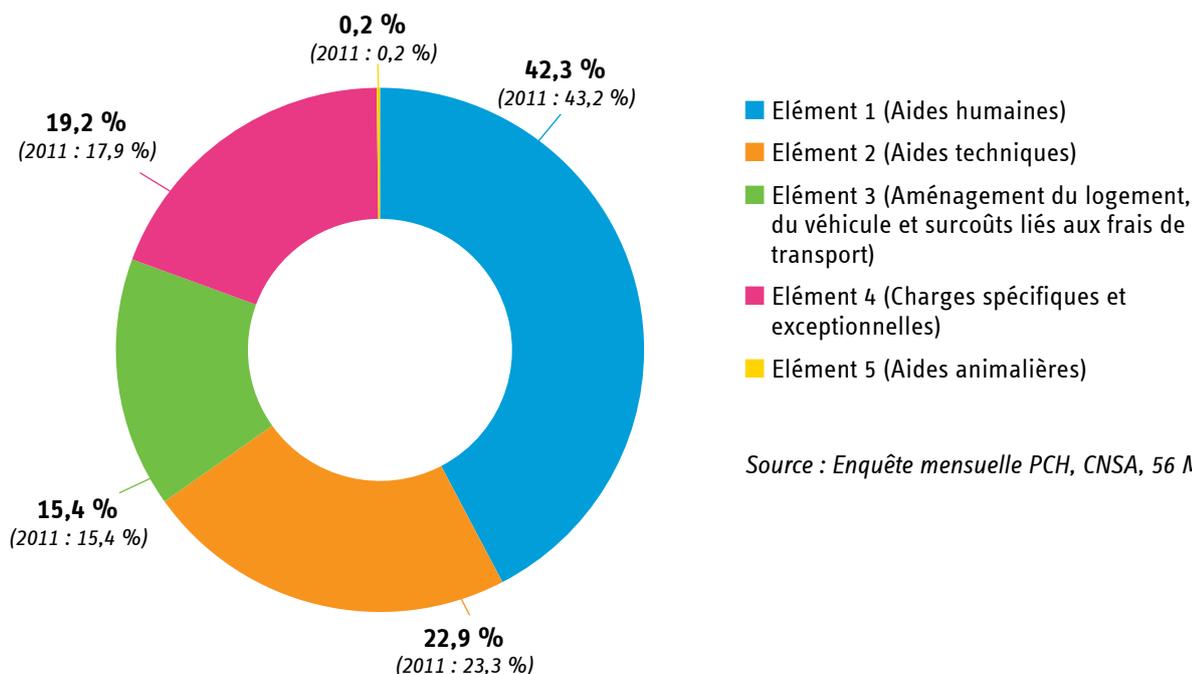
### **MDPH du Morbihan**

*Les membres de la CDAPH ont été amenés à réfléchir sur les surcoûts liés aux congés de ces personnes lourdement handicapées, qui sollicitent des demandes de PCH charges exceptionnelles pour partir en vacances en gîte, camping, hôtel. Compte tenu de la lourdeur de leur handicap, elles ne peuvent partir en vacances que si elles sont accompagnées en permanence par une tierce personne. Alors, comment définir le surcoût lié à la présence de cette tierce personne (billet d'avion, chambre d'hôtel supplémentaire, repas, ticket entrée parc de loisirs, musée...) ? Une réflexion a été menée pour déterminer une base de référence pour ces surcoûts afin de traiter chaque demande de façon équitable.*

## 4. En 2012, la répartition des éléments accordés évolue très peu alors que les montants moyens par élément de PCH fluctuent davantage

### a. La part des éléments attribués évolue peu

Graphique 7 : Répartition des éléments de la PCH en volume



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA, 56 MDPH.

### b. Le montant moyen attribué mensuellement pour les aides humaines est de 857 euros en 2012, en augmentation par rapport à 2011 (806 euros)

Le montant moyen attribué par bénéficiaire pour les aides techniques poursuit sa baisse : il passe de 798 euros en 2011 à 769 euros en 2012. S'agissant de l'élément 3, le montant moyen attribué pour un aménagement de logement augmente un peu (de 3 091 euros en 2011 à 3 125 euros en 2012) ; il en est de même pour les aménagements du véhicule (de 2 498 euros en 2011 à 2 532 euros en 2012).

Le montant mensuel moyen attribué au titre des surcoûts liés au frais de transport diminue de 265 euros en 2011 à 142 euros en 2012.

Le montant moyen attribué pour les charges spécifiques et exceptionnelles augmente légèrement passant de 262 euros en 2011 à 294 euros en 2012. Enfin, le montant moyen attribué de l'élément plus rare que sont les aides animalières (élément 5) diminue.



### MDPH du Pas-de-Calais

S'agissant des montants moyens, nous pouvons constater des différences plus significatives : celui des aides techniques a augmenté de 71,30 % et nécessiterait une analyse spécifique, qui ne peut être que manuelle, l'applicatif informatique n'étant pas adapté à ce type d'investigation. Concernant l'aide humaine, l'augmentation constatée peut s'expliquer par un vieillissement et une plus forte dépendance de la population qui a déjà la PCH depuis maintenant plusieurs années. Une partie de cette augmentation s'explique par une augmentation réglementaire des tarifs horaires (+ 2,5 %).

### MDPH de la Meuse

Le nombre moyen d'attributions d'aide humaine a encore augmenté en 2012 : l'augmentation s'explique par la part grandissante des renouvellements (les attributions en première demande sont stables). Le montant moyen attribué sur l'élément aide humaine est lui aussi en augmentation en 2012 : l'explication est à rechercher dans le choix plus systématique des personnes handicapées depuis ces deux dernières années de recourir à un prestataire. Le volume horaire moyen attribué est stable d'une année sur l'autre. La proportion importante de forfaits surdité/cécité sur 2012 s'explique par une vague de renouvellements.

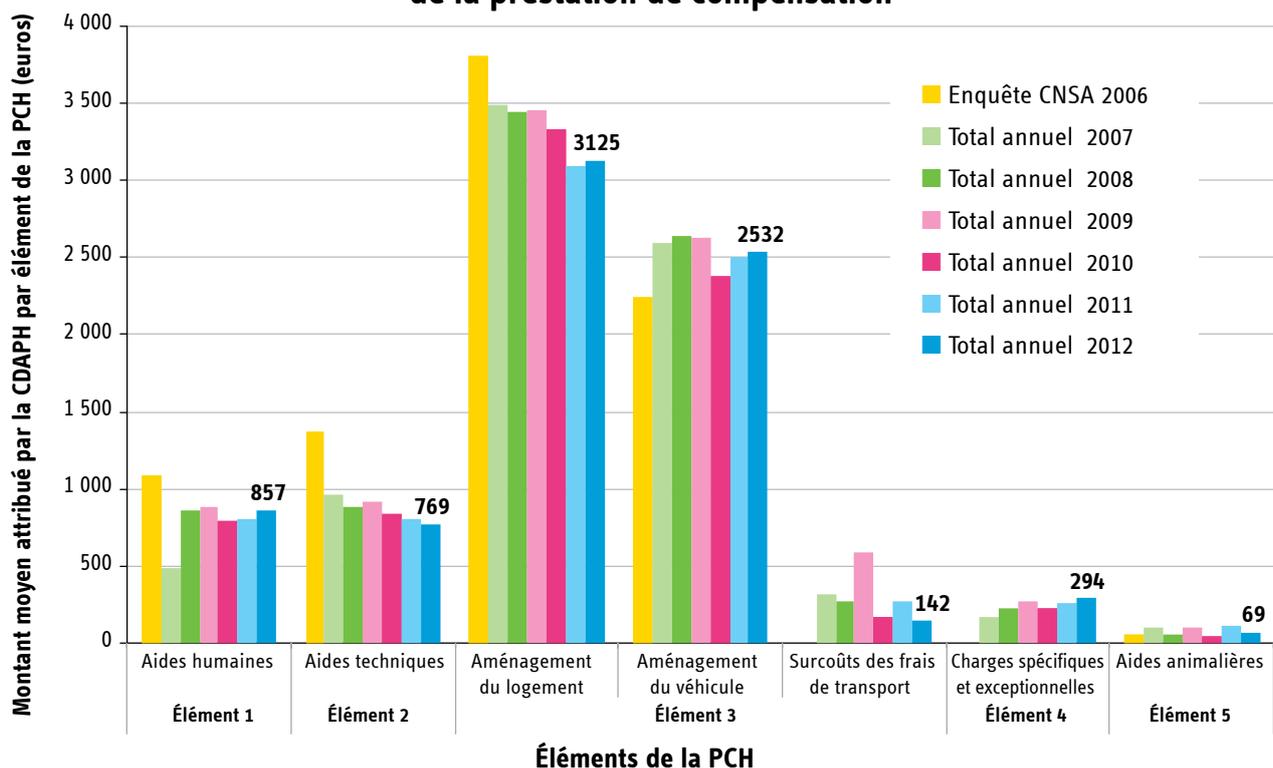
### MDPH de l'Oise

Dans le courant de l'année, vingt-quatre plans d'aide de douze heures par jour ont été mis en œuvre. Il y en a eu cinq à hauteur de treize heures journalières, quatre à hauteur de vingt heures, deux à hauteur de vingt-deux heures et neuf étaient des plans 24 heures sur 24.

### MDPH de la Vienne

La proportion des personnes âgées bénéficiaires de la PCH au titre de l'aide humaine (16,85 %) est supérieure à celle des enfants et ne cesse de progresser depuis 2008.

**Graphique 8 : Les montants moyens attribués par élément de la prestation de compensation**



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA.

## c. La répartition des prestations d'aides humaines entre aidant familial, prestataires ou emploi direct témoigne de la diversité de l'offre d'un territoire, mais également d'une culture locale



### MDPH des Côtes-d'Armor

*Lorsque le bénéficiaire de la PCH fait recours à un tiers professionnel, il utilise de manière majoritaire un service prestataire. Le recours aux services prestataires continue à augmenter.*

### MDPH de l'Ain

*La progression du nombre de bénéficiaires de la PCH, y compris de la PCH aides humaines, se poursuit sans infléchissement apparent [...] 20 % des bénéficiaires de la PCH aides humaines ont moins de vingt-cinq ans (11 % ont moins de vingt ans). Parmi les bénéficiaires de la PCH en établissement, un tiers ne retourne jamais à domicile (60 % d'entre eux ont plus de cinquante ans). Ils perçoivent alors le forfait établissement. Inversement, la moitié de ceux qui bénéficient d'une PCH aides humaines en établissement avec internat au titre des retours à domicile a moins de vingt-cinq ans. Trois bénéficiaires de la PCH aides humaines sur cinq mettent en œuvre tout ou partie de leur plan d'aide via le dédommagement d'un aidant familial (deux tiers pour ceux qui sont internes et retournent régulièrement à domicile). Un quart des bénéficiaires de la PCH aides humaines a recours à un service prestataire agréé pour tout ou partie de son plan d'aide. Par ailleurs, il faut noter que parmi les plans d'aide les plus importants en coût (seize supérieurs à 4 000 euros), la moyenne d'âge des personnes concernées n'est que de trente-neuf ans.*

### MDPH de l'Allier

*La DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a mené une étude sur l'évolution des PCH entre 2006 et 2012. Il en ressort, au niveau national, que 38 % des sommes sont versées à un service prestataire et 28 % aux aidants familiaux. Pour l'Allier, le constat est que 66 % des montants de PCH sont attribués à un service prestataire et seulement 17 % aux aidants familiaux. La MDPH de l'Allier a fait le choix, en lien avec le Conseil général, de privilégier les services prestataires. Ces services permettent d'apporter une réponse de qualité aux usagers de la PCH, de permettre aux aidants de bénéficier de répit et de pouvoir apporter aux personnes handicapées et à leurs familles un « bien vivre ensemble ». De plus, les services prestataires assurent un relais avec les services de la MDPH et peuvent alerter sur les situations difficiles.*

### MDPH de Seine-Saint-Denis

*Pour les aides humaines, dans le détail par type d'aidant, on remarque cette année une augmentation significative du recours aux emplois directs (+ 22 % sur le nombre d'heures attribuées) ce qui n'était pas le cas les années précédentes ; les informations collectives sur les modalités de gestion de la PCH et le développement des permanences associatives proposées aux demandeurs et leurs familles peuvent être une des explications à cette évolution. Pour les services prestataires (+ 16 %) et mandataires (+ 13 %), les évolutions sont moins importantes que les années passées, peut-être par réciprocité avec l'élément précédent.*

## d. Zoom sur la fonction de contrôleur de gestion



### MDPH des Deux-Sèvres

*En juin 2010, le GIP MDPH a recruté un contrôleur de gestion PCH avec pour objectifs de : garantir le bon fonctionnement du processus d'élaboration du plan d'aide et d'attribution du droit PCH (équité et respect de la réglementation), renforcer le travail d'articulation avec le Conseil général, élaborer des outils d'aide à la décision tant pour la MDPH que pour le Conseil général (tableaux de bord communs permettant l'anticipation et la prospective de la dépense, éléments d'analyse favorisant la connaissance des besoins de la population, construction de référentiels en lien avec la CNSA...). Son action a apporté une meilleure lisibilité sur la nature de cette prestation et sur les éléments de prospective financière qui ont été très appréciés par le Conseil général. Dans le même temps, il a su poser un cadre de référence réglementaire qui sécurise les membres de l'équipe pluridisciplinaire et leur permet de se centrer sur leur cœur de métier, à savoir l'évaluation des besoins des personnes.*

## 5. Le nombre de bénéficiaires de l'ACTP continue de baisser

Les bénéficiaires étaient 136 000 en janvier 2006 ; ils sont 80 000 en juin 2012. Cette baisse est expliquée par la bascule vers d'autres dispositifs (la PCH ou l'APA pour les plus de soixante ans) ainsi que par la mortalité (Études et Résultats n° 829, janvier 2013). Cette baisse est observée à des degrés variables selon les départements.



### MDPH du Doubs

*Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne ont baissé de 7 %.*

### MDPH de l'Ariège

*Le nombre des bénéficiaires de l'ACTP décroît régulièrement avec 155 bénéficiaires payés au 31 décembre 2012, 165 bénéficiaires payés au 31 décembre 2011 et 180 au 31 décembre 2010.*

### MDPH de la Haute-Saône

*Lorsque l'on regarde l'évolution du nombre de personnes ayant un droit à l'ACTP, la bascule vers la PCH n'est pas si naturelle qu'on aurait pu l'attendre au moment de la parution de la loi. Plus particulièrement depuis 2008, si le nombre de bénéficiaires PCH a augmenté de plus de 53,6 %, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP n'a baissé que de 24,34 %. Cela appelle deux remarques. La première, et on le voit régulièrement, la PCH n'est pas nécessairement perçue comme plus intéressante par les personnes, d'une part pour celles qui relèvent de la cécité (droit à une ACTP à 80 % soit 865,94 euros alors que le forfait cécité est, à la même date, de 599,30 euros) et d'autre part, le principe de l'effectivité freine nombre d'entre elles. Cela contribue à expliquer la lente diminution des ACTP. La seconde : la PCH s'adresse à un public en situation de handicap beaucoup plus large que celui de l'ACTP, permettant des ouvertures de droits à un plus grand nombre.*

## 6. L'activité liée au traitement des demandes d'AEEH est dense et semble progresser



### MDPH des Yvelines

*Les décisions d'attribution d'AEEH et de compléments ont augmenté de 11 % en 2012.*

### MDPH de la Vendée

*Avec plus de 2 300 décisions dont seulement 11 % de rejets, l'AEEH (allocation de base et compléments) connaît une croissance ininterrompue depuis sept ans et de 56 % depuis l'année scolaire 2009-2010.*

### MDPH des Hautes-Pyrénées

*Par rapport à l'année 2011, on constate une augmentation du nombre des décisions d'AEEH de 14 % (passant de 360 décisions en 2011 à 411 en 2012) et de 23 % pour les compléments.*

---

Cette sollicitation croissante de l'AEEH est liée pour certaines MDPH aux besoins de financement de soins non pris en charge par l'assurance maladie.



### MDPH de la Meuse

*On assiste en 2012 à un effondrement des taux d'accords concernant les premières demandes d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et de ses compléments. Les conditions d'attribution de ces allocations, mal connues des familles et des travailleurs sociaux en sont certainement une des explications : les familles demandent ... pour voir. Un autre phénomène est assez nouveau : la sollicitation de l'AEEH et de ses compléments pour financer des séances chez des thérapeutes non pris en charge par l'assurance maladie (ergothérapeute, psychomotricien...) : le plus souvent, ces enfants, qualifiés « dys », ne remplissent pas la condition première d'attribution, à savoir justifier d'un taux d'incapacité au moins supérieur à 50 % et de soins ou d'éducation spéciale.*

### MDPH du Jura

*Il existe en 2012 une augmentation assez importante des demandes de complément d'AEEH (de 257, nous passons à 322, soit 25 %) pour une aide à un financement, notamment pour des professionnels non conventionnés par la CPAM (psychomotricien, ergothérapeute) et du coût des transports à ces séances. Rappelons que les frais en libéral ne sont pas pris en charge financièrement par la MDPH, sauf exception : si c'est la CDAPH qui préconise les soins dans l'attente d'une prise en charge globale par un service ou établissement médico-social par exemple.*

**MDPH du Morbihan**

*La CDAPH constate une augmentation du nombre de parents d'enfants autistes ou déficients intellectuels qui sollicitent des prestations financières auprès de la MDA (PCH ou complément d'AEEH) pour financer des interventions de professionnels libéraux fondées sur des méthodes d'éducation alternatives ou expérimentales telles que ABA, TEACH, MAKATON, PECS. Depuis sa séance du 21 février 2013, la CDAPH, qui finançait déjà des séances de psychomotricité, d'ergothérapie, d'équithérapie, d'aquathérapie, de musicothérapie par le biais de compléments d'AEEH ou par la PCH [...] dès lors qu'il y avait une prescription médicale d'un spécialiste, des bilans/argumentaires et projets (l'orthophonie étant quant à elle financée par la sécurité sociale), a décidé pour l'avenir de financer les interventions libérales dans le cadre des méthodes recommandées par la HAS (ABA, DENVER, TEACCH). Ceci, dans le cadre contraint des compléments d'AEEH : dépenses supérieures au seuil réglementaire - financement dans la limite des montants réglementaires ou de la PCH charges spécifiques (100 euros maximum par mois) ou charges exceptionnelles (1 800 euros maximum sur trois ans. Sous la réserve de la production d'informations nécessaires à l'évaluation de la demande.*

---



## 9

## Des évolutions toujours contrastées pour les fonds de compensation

Dans l'enquête menée en 2011 sur le fonctionnement des fonds de compensation (FDC), les MDPH pointaient l'absence d'apport de l'État de 2008 à 2010.

Les rapports des MDPH en 2011 avaient mis en avant le choix opéré par un certain nombre de comités de gestion de restreindre l'accès du fonds en modifiant leurs critères d'éligibilité, afin d'optimiser les ressources financières disponibles.

L'État a décidé en 2011 d'abonder à nouveau le fonds de compensation sur une base triennale par des versements intervenant en fin d'exercice sur 2011, 2012 et 2013. Les rapports 2012 permettent de repérer les grandes tendances d'évolution des fonds et de leur fonctionnement, dans l'attente d'un bilan plus exhaustif sur l'exercice 2013.

### 1. Contributeurs aux fonds de compensation

Dans l'enquête 2011 sur les FDC 2010, les principaux contributeurs des fonds étaient en complément des contributions historiques de l'État (anciens sites pour la vie autonome) : les CPAM (44 %) et le conseil général (34 %) auxquels pouvaient s'ajouter selon les territoires le conseil régional, la MSA, la CAF..

On retrouve dans les rapports d'activité 2012 les mêmes contributeurs. Leurs clés de financement varient en fonction de l'état du fonds, de son activité, mais également et surtout de la stratégie de chacun.



#### MDPH de la Haute-Savoie

*Le fonds de compensation du handicap continue de bénéficier du retour de la contribution de l'État (direction départementale de la cohésion sociale), qui en 2011 s'est engagé pour trois ans. Compte tenu du reste à réaliser observé toute l'année, la CPAM n'a pas souhaité abonder le fonds en 2012. Le Conseil général a maintenu son soutien à la même hauteur que l'État (39 600 euros versés en 2012, mais perçus sur 2013). La MSA a également maintenu son engagement à hauteur de 10 000 euros.*

#### MDPH de La Réunion

*Comité de gestion composé des membres contributeurs du fonds qui ont voix délibérative : l'État et le Département ; des organismes siégeant à titre consultatif : la caisse générale de sécurité sociale (CGSS), la CAF, l'AGEFIPH ; et de deux représentants associatifs désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) parmi ses membres, siégeant à titre consultatif. Les trois organismes siégeant à titre consultatif ont choisi de garder la gestion financière de leur enveloppe budgétaire tout en veillant à garantir une cohérence globale dans l'instruction des demandes. Les ressources du fonds en gestion directe de la MDPH sont donc constituées exclusivement des subventions versées par l'État et le département.*

#### MDPH de la Guyane

*Le FDCH de Guyane est constitué par une convention relative aux modalités d'organisation et de fonctionnement du fonds de compensation du handicap de Guyane signée le 8 février 2012. Le comité de gestion est composé des contributeurs qui apportent un financement au fonds. Il comprend : un représentant du directeur général de la caisse générale de sécurité sociale de Guyane (CGSS) ; un représentant du département ; un représentant de l'État (DJSCS). Les contributeurs, énumérés par l'article L. 146-5 du CASF, désignent chacun un titulaire et un suppléant pour participer à ce comité de gestion. Ces contributeurs constituent le comité de gestion du fonds dont ils sont tous membres de plein droit. Le premier comité de gestion fut mis en place le 9 mai 2012 [...] Au titre de l'exercice 2012, la MDPH a perçu 31 080,92 euros de ses contributeurs.*

## 2. L'activité des fonds reste importante

Les rapports des MDPH 2012 témoignent d'une activité intense des fonds. Les difficultés d'abondement ont parfois contraint les MDPH à suspendre le recours au fonds.



### **MDPH des Côtes-d'Armor**

*Au cours de l'année 2012, 430 demandes ont été déposées au fonds départemental de compensation (FDC). Cela concerne la situation de 365 personnes (320 adultes et 45 enfants). On constate une augmentation de 11,4 % des demandes reçues par rapport à 2011 [...] Le comité de gestion a accordé 324 394 38 euros pour des demandes d'aménagement du logement, d'aménagement du véhicule, des aides techniques et des charges exceptionnelles pour les adultes et les enfants.*

### **MDPH de la Charente-Maritime**

*Après la suspension de son activité pendant huit mois en 2011, faute de financement, l'année 2012 marque le retour à un fonctionnement normal du fonds départemental de compensation (FDC).*

### **MDPH des Hauts-de-Seine**

*Les montants engagés par le FDC 92 ont baissé de 19,03 % par rapport à 2011 et le nombre de dossiers instruits de 13,63 %. À noter que le nombre de personnes n'ayant pas transmis les pièces nécessaires à l'instruction de leur demande FDC a plus que doublé : 149 en 2012, 72 en 2011. Le taux de réalisation des projets au cours de l'année continue de progresser : plus des trois quarts des sommes engagées sur 2012 sont payées. La part du FDC dans le montant total des financements demeure primordiale pour la réalisation effective des projets des personnes handicapées même si elle est en léger recul par rapport aux années précédentes : elle s'établit à 31 % de l'ensemble des financements.*

---

### 3. La gestion du fonds représente une véritable fonction pour les MDPH et nécessite la définition de règles de gestion partagée entre les contributeurs

Beaucoup de MDPH et de comités de gestion s'organisent, se dotent d'outils spécifiques et définissent des règles de gestion du fonds de compensation, notamment avec la définition de la durée de validité des décisions. La plupart des MDPH proposent un accompagnement à la recherche des différents financements selon la situation de chaque demandeur.



#### **MDPH de l'Aube**

*Depuis son origine en 2006, la MDPH assure pour le compte des demandeurs et bénéficiaires des prestations sociales de compensation du handicap la recherche de financements afin de minimiser le montant du reste à charge après attribution éventuelle de la PCH, de l'ACTP ou des compléments d'AEEH. Ce service, assuré par la mission coordination financière du pôle financement des besoins de compensation, permet de solliciter tous les organismes financeurs susceptibles de participer au financement des besoins de compensation individuels des personnes handicapées. Afin de pouvoir assurer cette prestation technique, les renseignements complémentaires nécessaires à l'instruction des demandes sont recueillis auprès des personnes concernées au moyen d'un dossier unique de financement (DUF). La constitution de ce dossier relève essentiellement de la compétence des travailleurs médico-sociaux PH. En 2012, quatre-vingt-dix-neuf personnes ont bénéficié du montage d'un dossier unique de financement.*

#### **MDPH de la Seine-Maritime**

*La MDPH conserve une gestion individualisée de la dotation versée par chaque contributeur dans le cadre d'une comptabilité analytique. Lors des séances du comité de gestion, les membres déterminent le montant maximum de la participation de l'organisme qu'ils représentent. Ainsi, une seule notification est adressée au bénéficiaire, précisant le montant de la participation de chaque contributeur. Le paiement est assuré par la MDPH, soit au bénéficiaire, soit à son fournisseur.*

#### **MDPH du Doubs**

*L'acquisition des aides techniques, l'aménagement du véhicule et du domicile devant intervenir au plus tard dans les douze mois suivants la décision d'attribution de la PCH par le Conseil général, les subventions FDC non consommées à cette date seront désormais considérées comme caduques et les sommes seront remises à disposition de l'organisme contributeur au fonds qui les a attribuées.*

#### **MDPH de la Seine-Saint-Denis**

*En 2012, comme prévu, des périodes de validité pour chaque aide accordée en fonction du projet de la personne ont été mises en place. Les informations correspondantes ont été rajoutées sur les notifications, pour rappel : petits matériels (barre d'appui, rehausse WC, chaise de douche...) : trois mois ; prothèses auditives, fauteuils roulants, aménagements de véhicules : six mois ; charges exceptionnelles (vacances adaptées, formation au permis de conduire...) : six mois ; aménagements de logements : douze mois. Ce principe a permis de diminuer le nombre de relances faites auprès des usagers et de clôturer moins de dossiers pour manque de pièces justificatives que les années précédentes.*

Le montage du plan de financement, parfois complexe, permet de limiter le reste à charge pour l'utilisateur.



#### **MDPH de la Haute-Saône**

*Le reste à charge en pourcentage a globalement progressé entre 2011 et 2012 pour passer de 10,03 %, soit 409,30 euros, à 14,21 % soit 554,62 euros (ce taux était de 16,56 % soit 674,53 euros en 2010) [...] L'évolution des taux de participation présentés ici pour les dossiers vus en commission en 2012 masque en partie les difficultés grandissantes à finaliser les plans de financement et à obtenir les décisions des organismes sollicités. Ceux-ci opposent de plus en plus souvent à la MDPH le souhait d'attendre que les autres financeurs se soient prononcés pour statuer sur une sollicitation. Pour l'heure, chaque situation semble avoir trouvé une solution, mais cela nécessite du temps d'explications, d'échanges.*

#### **MDPH de Lot-et-Garonne**

*Le reste à charge moyen pour les personnes handicapées tous types d'aides confondus est de 7,41 % soit 92,6 % de couverture financière. En 2008, 63 % des dossiers ne laissaient aucun reste à charge à la personne contre 57 % en 2009. En 2010, 39 % des dossiers ne laissaient aucun reste à charge. En 2011, seuls 26 % des demandes ne laissent aucun reste à charge. En 2012, 42 % des demandes ont été financées en totalité.*

## **4. Le fonds de compensation intervient sur plusieurs types de demandes**

Dans l'enquête 2010, la totalité des fonds de compensation intervenait (soixante-sept répondants) pour le financement des aides techniques. La quasi-totalité prenait en charge les aménagements de logement et les aménagements de véhicule. La moitié des fonds intervenait pour le financement de charges exceptionnelles ou spécifiques incluant les aides aux vacances. Pour mémoire, 21 % des fonds participaient au financement de l'aide humaine et 19 % au surcoût lié aux frais de transport.

Les aides techniques et l'aménagement de logement restent les principaux types d'intervention du FDC en 2012.



#### **MDPH de l'Ain**

*Ce fonds social, qui s'est réuni neuf fois en 2012, intervient pour compenser les restes à charge des aides techniques, aménagements de logement et de véhicule ou surcoûts exceptionnels liés au handicap, après intervention de la PCH. 145 personnes se sont vu accorder une aide du fonds départemental de compensation du handicap en 2012 pour un montant moyen de 1 806 euros. La majeure partie des aides en coût concerne des aménagements de logement et les fauteuils roulants électriques (ou la motorisation de fauteuils roulants manuels). Par ailleurs, un bénéficiaire du fonds sur trois l'est au titre d'un aménagement de logement et un sur cinq au titre d'un fauteuil roulant électrique.*

#### **MDPH de l'Hérault**

*Les aides techniques représentent 70 % des aides accordées avec un montant moyen de 1 228 euros. L'analyse montre une part majoritaire d'aides accordées au titre de fauteuils roulants et véhicules pour personnes handicapées (50 % de l'ensemble des aides techniques) ; viennent ensuite les prothèses auditives (17 %), le tiers restant étant composé d'autres aides à la communication, de dispositifs de maintien au domicile et d'aide à la vie. Ensuite vient l'aménagement du logement avec un montant moyen accordé de 1 049 euros.*

**MDPH de Lot-et-Garonne**

72 % des demandes sont relatives à des aides techniques, 10 % à des aménagements du logement, 9 % à des aménagements de véhicule, 6 % à des charges spécifiques pour enfants et 3 % à des charges exceptionnelles pour adultes [...] Le handicap auditif constitue plus de 23 % des prises en charge du fonds départemental de compensation du handicap en 2012. Les handicaps liés aux maladies invalidantes neurologiques représentent près de 17 % du total des prises en charge. 22 % des demandes portent sur diverses pathologies comme les troubles « dys », l'obésité morbide, hernies discales.

**MDPH de la Corse du Sud**

En 2012, au cours des trois séances, le comité de gestion a examiné vingt-neuf dossiers, soit trente-six demandes. Une aide financière d'un montant global de 32 548,71 euros a été attribuée, répartie de la façon suivante : vingt-huit aides techniques pour un montant de 21 832,85 euros, sept aménagements du logement pour un montant de 10 315,70 euros, un aménagement du véhicule pour un montant de 409,66 euros... La majorité des dossiers déposés au fonds de compensation portent sur des aides techniques et plus particulièrement sur des demandes de financement de prothèses auditives.

## 5. La connaissance du dispositif par les usagers est une condition d'accessibilité et donc de son utilisation

Certains départements signalent le défaut de notoriété du dispositif du fonds de compensation ou les réticences de certains usagers à fournir des données relatives à leurs revenus, qui freinent l'activation du dispositif entraînant un reste à charge potentiel pour la personne handicapée. Pour remédier à cette situation, les comités de gestion font parfois évoluer leurs modes de saisine.

**MDPH de la Haute-Garonne**

Malgré les accompagnements mis en œuvre, plus de 28 % d'usagers (contre 40 % en 2011) contactés par les équipes ne donnent pas suite, et ne déposent donc pas de demande auprès de cette instance. En effet, beaucoup de personnes ne souhaitent pas communiquer le détail de leurs ressources. D'autres, par contre, estiment que les aides perçues au titre de la sécurité sociale et de la prestation de compensation sont suffisantes pour la mise en place de leur projet.

**MDPH du Doubs**

À partir de 2011, le FDC était saisi sur demande expresse de la personne handicapée. Toutefois, lors de ce comité de gestion du 15 octobre 2012, il a été décidé de revenir à la saisine automatique après passage en CDAPH pour toute demande de PCH donnant lieu à un reste à charge supérieur à cinquante euros. Un dossier de demande FDC est donc depuis cette date envoyé systématiquement à l'usager. Par ailleurs, les critères d'attribution ont été révisés : à partir du 1er janvier 2013, cinq tranches de barème sont établies contre trois auparavant, afin de diminuer le reste à charge de la personne.

**MDPH de la Lozère**

En 2010 a été initiée, parallèlement aux évaluations en vue des décisions en CDAPH, une démarche de proposition et de suivi au titre du fonds de compensation du handicap lorsque les conditions semblent réunies. Cette démarche permet d'améliorer sensiblement l'accès au fonds. Le nombre de bénéficiaires augmente donc de manière significative [...] Le fonds est toujours mieux connu, plus mobilisé par les professionnels. Le nombre de demandes est croissant.

## 6. Les critères d'intervention évoluent

Historiquement, le dispositif des sites pour la vie autonome, dispositif antérieur au fonds de compensation, avait un périmètre d'intervention plus large, notamment en direction des personnes âgées en perte d'autonomie. À la création des MDPH, les dispositifs pour la vie autonome ont été en général réintégrés dans les services des MDPH. Certaines MDPH ont gardé les critères antérieurs pour les revoir en 2011 au regard de leur trésorerie. D'autres les ont revus d'emblée en les limitant aux personnes handicapées bénéficiaires de la PCH, aux enfants bénéficiaires de l'AEEH et parfois également aux bénéficiaires de l'ACTP. Quelques très rares MDPH ont conservé une ouverture de leur fonds aux personnes âgées. La question de l'impact de ces mesures restrictives, notamment sur les restes à charge des personnes, a été soulevée par les associations d'un département lors d'une comex.



### MDPH du Morbihan

*Depuis 2008, l'État n'abondait plus les FDC dans l'ensemble des départements. Ceci a conduit certaines MDPH à supprimer purement et simplement le FDC. Dans le Morbihan, le budget du fonds est passé de 650 000 euros en 2009 à 423 800 euros en 2010, 258 600 euros en 2011 et 285 700 euros en 2012. Pour faire face à cette restriction budgétaire, les contributeurs restants (CG56, CPAM, MSA) ont adopté, début 2011, des mesures restrictives pour limiter les demandes en prenant en compte les ressources, les revenus de capitaux placés et en supprimant l'intervention du FDC pour les aides à l'habitat [...] Enfin, la particularité du FDC du Morbihan est qu'il concerne à la fois les personnes handicapées et les personnes âgées – anticipation sur la suppression des barrières d'âge.*

### MDPH du Lot

*Depuis octobre 2011, les aides du fonds sont décidées en fonction d'un nouveau règlement intérieur adopté en octobre 2011, adaptation nécessaire compte tenu de la diminution importante des recettes du fonds. Ce nouveau règlement prévoit un plafonnement de la prise en charge des prothèses auditives, un reste à charge calculé en fonction des ressources [...] Ce nouveau règlement n'a entraîné aucun phénomène de renonciation à la compensation.*

### MDPH d'Indre-et-Loire

*La loi prévoit que le fonds de compensation soit ouvert aux bénéficiaires de la PCH qui ont un reste à charge important. Toutefois, le comité de gestion a accepté que les bénéficiaires de l'ACTP puissent en bénéficier ainsi que les personnes ayant besoin d'un appareillage auditif et ne relevant pas de la PCH, ceci afin de répondre à certaines demandes traitées auparavant par la commission d'action sanitaire et sociale de la CPAM qui a délégué une partie de ses fonds au fonds de compensation. En 2012, le règlement intérieur du fonds départemental a été actualisé et le barème de ressources a été revu afin de privilégier les personnes disposant de faibles ressources.*

### MDPH de la Manche

*Les critères d'intervention du fonds sont inchangés depuis 2007. Sont concernées les personnes qui ont fait valoir leurs droits à la PCH et à l'AEEH – bénéficiaires de l'ACTP, de la carte d'invalidité, non éligibles à la PCH – les personnes âgées de plus de soixante-quinze ans et bénéficiaires d'une majoration tierce personne.*

**Les rapports permettent également d'identifier certains critères de refus.**



#### **MDPH de l'Ariège**

*En 2012, le comité de gestion s'est réuni quatre fois et a étudié soixante-douze dossiers concernant quatre-vingt-douze demandes pour lesquelles cinquante-quatre rejets ont été prononcés pour trente-huit accords. Les rejets se répartissent comme suit : vingt-quatre pour reste à charge inférieur à 150 euros, vingt-sept pour reste à charge inférieur à 10 % du revenu fiscal de référence, trois pour absence de réponse du demandeur.*

#### **MDPH de l'Allier**

*Les refus (cinquante-six) représentent 74,67 % des demandes étudiées, pour les motifs suivants : demandes hors champs d'application : huit, soit 14,29 % ; demandes hors critères financiers, c'est-à-dire inférieures à 10 % des revenus imposables : trente-cinq, soit 62,50 % ; demandes couvertes par l'ensemble des partenaires intervenant avant le fonds départemental de compensation du handicap : treize soit 23,21 %.*

#### **MDPH de l'Eure**

*Trente et un refus ont été notifiés : vingt-six pour ressources permettant d'assumer le reste à charge – un pour achat déjà réalisé – un pour un projet ne concernant pas le handicap – un pour une personne n'entrant pas dans les critères de prise en charge du FDC – deux pour accident causé par un tiers et déjà indemnisé par l'assurance. Quatre projets ont été abandonnés. Trois dossiers ont été classés sans suite : les usagers ne répondant à aucune de nos demandes de renseignements.*

## **7. Les comités de gestion capitalisent leur expérience et s'interrogent sur la pertinence et les limites de leur intervention**

### **a. L'accompagnement par le fonds des aménagements de logement semble soulever des questions au sein des comités de gestion**



#### **MDPH du Morbihan**

*Pas d'intervention du FDC sur les demandes liées à l'habitat (depuis deux ans maintenant). Le Conseil général et l'ANAH interviennent sur ce thème.*

#### **MDPH des Deux-Sèvres**

*Le comité de gestion s'interroge sur les aides au logement attribuées aux bénéficiaires qui résident dans des logements locatifs de bailleurs sociaux. En effet, des sommes très importantes sont demandées au fonds (jusqu'à 10 000 euros) pour la réalisation de travaux dans ces logements. Considérant que le fonds n'a pas pour vocation de réhabiliter des logements dont les bénéficiaires ne sont pas propriétaires, le comité de gestion s'est prononcé sur le principe de non-intervention du fonds dans ce type de situation et demande aux bailleurs de participer financièrement à l'accessibilité des logements.*

## b. Le recours au fonds de compensation pour les prothèses auditives est important

Certains comités de gestion, face à l'augmentation des tarifs, ont fixé un plafond de prise en charge.



### MDPH des Bouches-du-Rhône

Sur les 148 dossiers examinés au cours des six comités de gestion de 2012 : neuf dossiers concernaient des enfants, 106 projets étaient relatifs à l'acquisition d'aides techniques dont plus de la moitié pour l'acquisition de prothèses auditives (soixante-trois), représentant un montant global de 169 663 euros et un coût moyen de 2 693 euros (1 346 euros par prothèse). Seize dossiers ont été cofinancés avec l'AGEFIPH.

### MDPH de la Charente-Maritime

En novembre 2012, une rencontre des membres du comité de gestion avec les audioprothésistes a été organisée, compte tenu de la forte disparité constatée entre les devis et des tarifs très élevés de certains. Ainsi, le comité de gestion a fixé un plafond de prise en charge, 1 400 euros par prothèse, prestation associée incluse.

### MDPH du Lot

En 2012, cinquante-quatre dossiers « prothèses auditives » ont bénéficié de la PCH ; sur ces dossiers, vingt-quatre seulement ont été présentés au fonds de compensation. On observe que onze dossiers supplémentaires auraient été présentés en absence du plafonnement de la prise en charge des prothèses auditives en fonction du règlement intérieur adopté en octobre 2011.

### MDPH du Territoire de Belfort

Il est à noter que les aides techniques concernent principalement des appareillages auditifs (vingt-six dossiers). Les devis varient de 1 367 euros à 3 895 euros avec un prix moyen de 2 892 euros. La présentation de ces dossiers a donné lieu à de très nombreux débats lors des comités. Non sur l'évaluation du besoin ou la pertinence de l'aide à apporter, mais sur les tarifs pratiqués par les prothésistes. De nombreux échanges ont porté sur la difficulté de ne pas avoir d'informations issues de sources non commerciales. Les prix pratiqués peuvent parfois questionner.

## c. L'alternative à l'achat de matériel spécifique que représente la location est discutée



### MDPH de la Loire-Atlantique

Le comité des financeurs de mai 2012 avait souhaité qu'une réflexion soit conduite sur la location des lits médicalisés et des fauteuils roulants dans l'objectif de développer la location. En conséquence, l'assurance maladie n'intervient plus qu'exceptionnellement pour des achats. La PCH qui n'a pas vocation à se substituer à un refus de prise en charge de la CPAM n'intervient donc plus sur l'achat de lit médicalisé. Le fonds de compensation n'a pas à son tour à se substituer à l'absence de la prise en charge au titre de la sécurité sociale et de la PCH. En réalité, ce sont donc bien les locations qui sont financées. Concernant les fauteuils roulants électriques, qui ont beaucoup d'options spécifiques aux besoins de la personne, il est peu réaliste d'envisager le recours à la location. Pour les fauteuils roulants manuels, s'il s'agit d'un usage ponctuel (personnes non éligibles à la PCH), la location est privilégiée dans le cadre du fonds de compensation.

## 8. La situation financière des fonds de compensation est hétérogène

L'enquête 2010 avait montré que 77 % des résultats des fonds en 2010 étaient négatifs (sur un échantillon de cinquante-sept FDC) alors que la quasi-totalité des soldes au 31 décembre 2010 était positive (échantillon de soixante-deux FDC). 80 % des FDC observaient une baisse de leur solde (échantillon : cinquante-neuf FDC) et cette baisse entre 2009 et 2010 était parfois importante (jusqu'à 102 %).

Une projection des soldes sur 2011, 2012 et 2013 avait été proposée sur la base des réponses des cinquante-cinq MDPH, des niveaux de contribution et des dépenses 2010 : dix-sept FDC devaient avoir un solde négatif en 2013. En 2011, six devaient être en difficultés et dix en 2012. L'abondement par l'État en 2011, 2012 et 2013 a modifié cette perspective.



### **MDPH de la Dordogne**

*Quatre-vingt-quatre dossiers ont été réglés lors de l'exercice 2012 pour un montant de 172 081,11 euros [...] Les crédits de l'année ne couvrent donc pas les dépenses. Sans le report de l'excédent 2011, on observerait un déficit de 32 240,11 euros.*

### **MDPH des Alpes-de-Haute-Provence**

*Au 31 décembre 2012, le fonds départemental de compensation présente un solde positif d'environ 40 000 euros. Si les dépenses évoluent sur le même rythme qu'en 2011 et 2012, les ressources du fonds départemental de compensation ne permettront pas de couvrir un exercice complet. Dans le dernier trimestre 2012, une réflexion a donc été entamée par la MDPH et le comité de gestion pour redéfinir le périmètre et les modalités d'intervention du fonds départemental du fait de l'insuffisance des dotations de l'État (9 868 euros pour l'exercice 2012), de l'incertitude pesant sur les dotations 2013. La mise en place de ces règles est destinée à éviter l'épuisement du fonds départemental de compensation en quelques mois, contribuant ainsi à un manque d'équité évident entre les usagers. Ces règles permettent d'intervenir dans la limite des financements disponibles (et sous réserve d'une activité égale à celles observées en 2011 et 2012), de consacrer ces financements aux personnes les plus défavorisées et de respecter la règle du reste à charge définie par la loi du 11 février 2005.*

### **MDPH du Cher**

*Pour l'année 2012, les recettes du fonds de compensation s'élevaient à 238 663,80 euros et les dépenses à 179 812,10 euros. Aussi, sans le report du solde de l'année précédente, les recettes s'élèveraient à 138 350,13 euros et ne couvriraient donc pas l'ensemble des dépenses.*

### **MDPH du Calvados**

*L'arrivée d'une dotation financière de l'État, en décembre 2011, et d'une seconde au troisième trimestre de l'année 2012 a permis de relancer l'activité du comité de gestion du fonds départemental de compensation, les autres contributeurs (Conseil général et MSA) ayant décidé de réabonder ce fonds.*



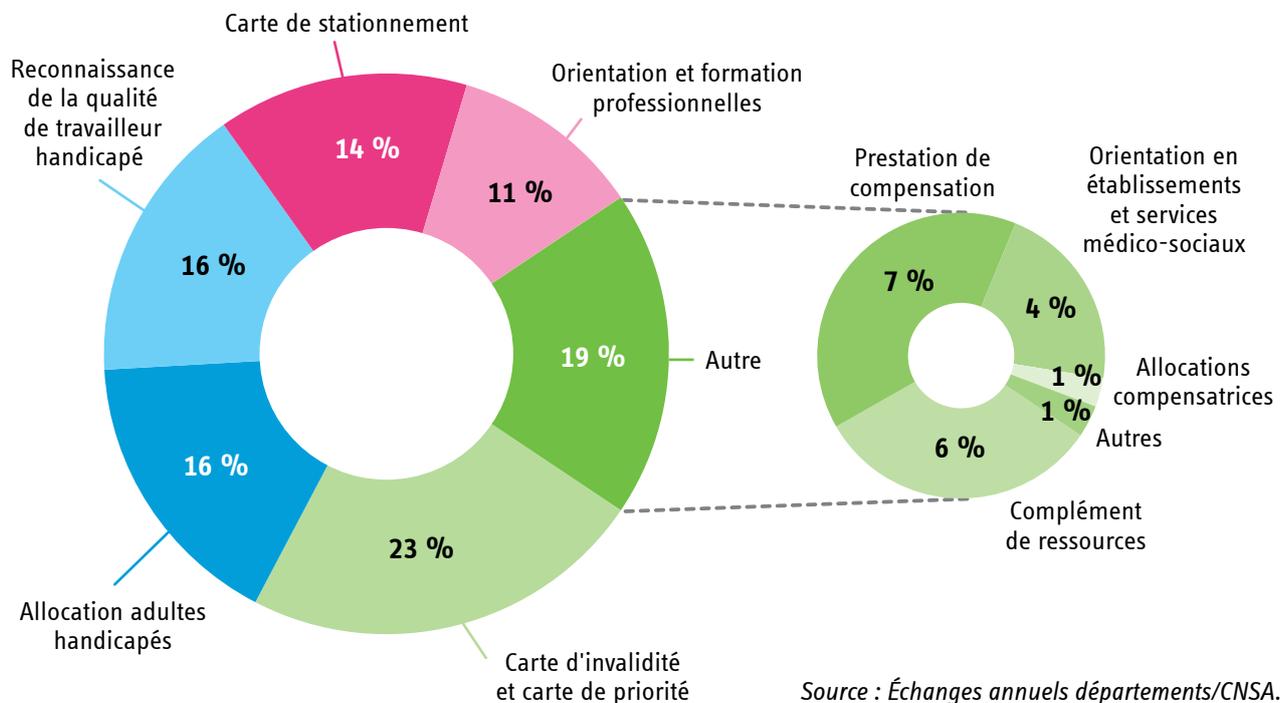
10

## L'orientation en établissement pose la question du suivi des décisions, dont les MDPH s'emparent

### 1. L'activité des MDPH relative aux orientations en établissements et services est relativement stable

La part des demandes d'orientation en établissements et services médico-sociaux pour adultes dans la totalité des demandes, en consolidation nationale, reste stable. Elle représente 4 % des demandes en 2012, comme en 2011. La part des demandes enfants relative aux orientations en établissements et services diminue d'un point et demi : 29,5 % en 2012 pour 31 % en 2011.

#### Répartition des demandes adultes déposées en 2012 Échantillon : 80 MDPH



Source : Échanges annuels départements/CNSA.



### MDPH de la Charente-Maritime

Chez les adultes, le nombre de demandes d'orientation vers les établissements ou services médico-sociaux est resté stable en 2012 par rapport à l'année 2011. Chez les enfants, le nombre de demandes d'orientation vers les établissements ou services médico-sociaux est en baisse en 2012.

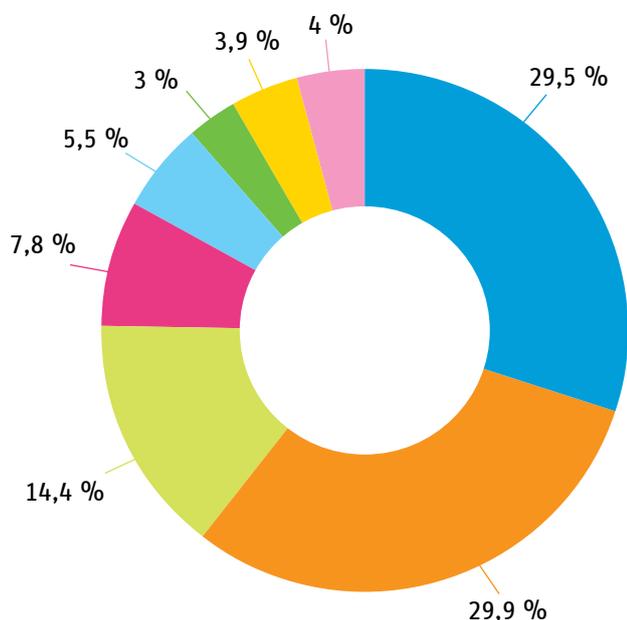
### MDPH de Maine-et-Loire

Tant pour les enfants que pour les adultes, les demandes d'orientations augmentent de 5,89 % (+ 93) pour PH ≤ 19 ans et de 6,69 % (+ 73) pour PH ≥ 20 ans.

### MDPH de la Haute-Vienne

Les demandes concernant des orientations en établissements et services médico-sociaux sont restées relativement stables par rapport à l'an passé. Elles se répartissent globalement de façon relativement équilibrée entre établissements et services. Par contre, alors que pour les établissements il existe un équilibre entre premières demandes et maintiens en structures, en ce qui concerne les services, la part des premières demandes est toujours croissante et représente plus de 70 % des 335 demandes.

## Répartition des demandes enfants déposées en 2012 Échantillon : 70 MDPH



Les avis d'aménagement d'examen, de scolarité, d'orientation, de maintien Creton et de maintien du bénéfice des notes au bac ont été exclus de l'analyse de répartition, car il s'agit de missions traitées par le passé en CDES mais qui ne le sont plus forcément dans les MDPH.

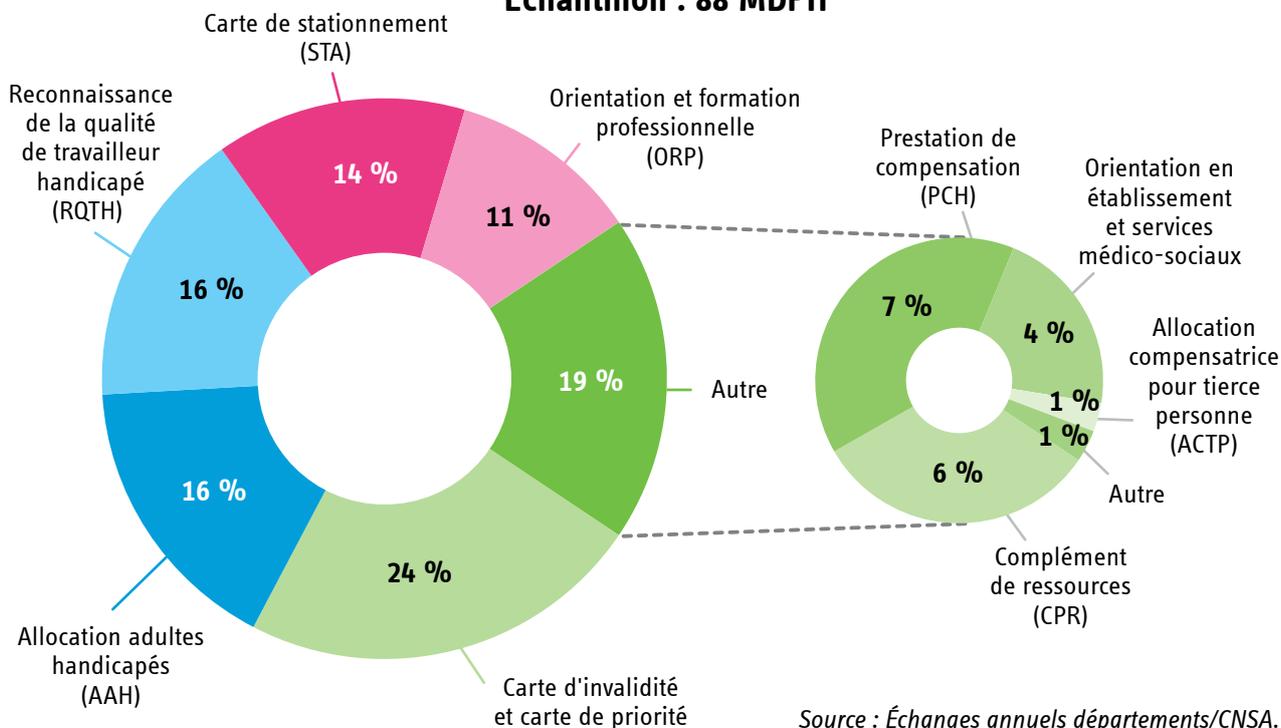
- Orientations en ESMS y compris scolaires
- Allocation d'éducation pour enfant handicapé (AEEH) (y compris compléments)
- Auxiliaire de vie scolaire (AVS)
- Carte d'invalidité et de priorité
- Avis de transport scolaire
- Carte européenne de stationnement
- Prestation de compensation (PCH)
- Autres\*

\*Rubrique Autres : maintien d'amendement Creton, avis de matériel pédagogique, autre.

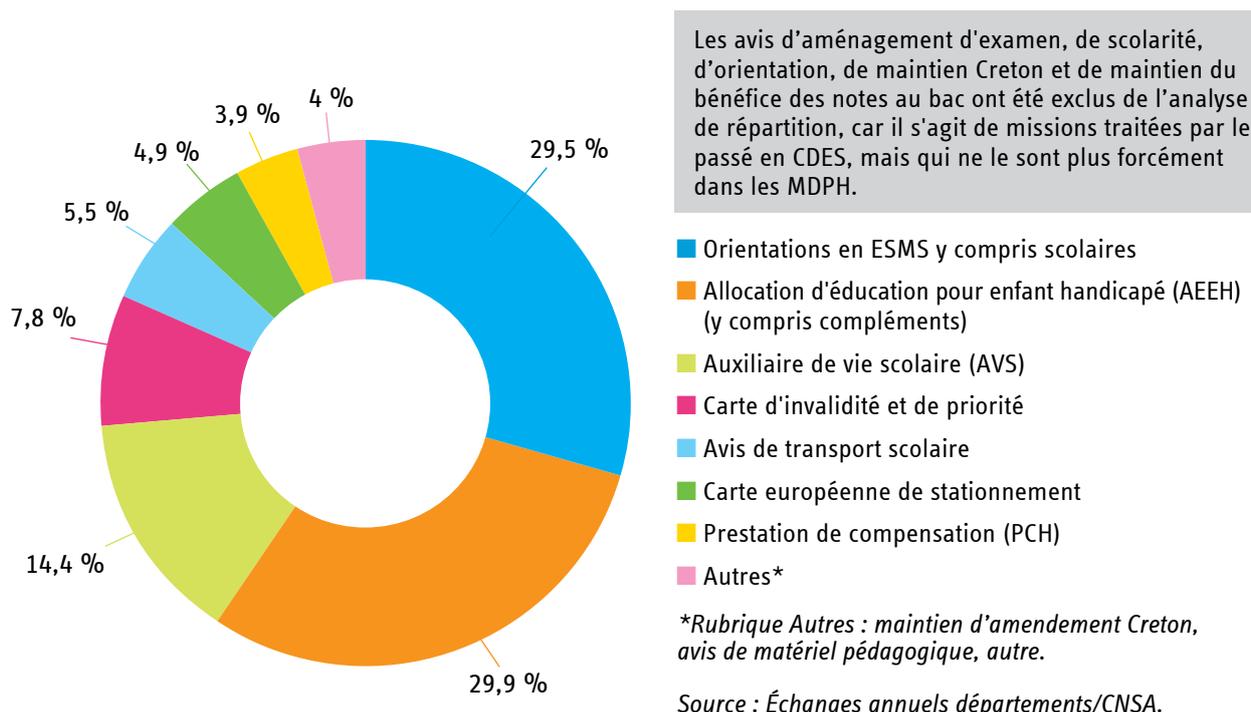
Source : Échanges annuels départements/CNSA.

La part des décisions d'orientation en établissements et services concernant les adultes et les enfants reste stable en 2012 (respectivement 4 % et 29,5 %).

### Répartition des décisions adultes en 2012 Échantillon : 88 MDPH



### Répartition des décisions enfants en 2012 Échantillon : 72 MDPH





### **MDPH de l'Indre**

*Les décisions d'orientation en établissements et services médico-sociaux concernant les adultes handicapés sont en nette augmentation : + 41 % (avec 591 orientations pour 2012 et 417 pour 2011). Les décisions d'orientation en établissements et services médico-sociaux concernant les enfants handicapés sont en augmentation de + 23 % (avec 614 orientations pour 2012 et 501 pour 2011).*

### **MDPH d'Eure-et-Loir**

*Les décisions d'orientation en établissements et services médico-sociaux concernant les adultes handicapés ont légèrement augmenté en 2012 (+ 0,43 %). La part des accords est respectivement de 92,46 % en 2012 contre 93,71 % en 2011.*

### **MDPH de la Vendée**

*Le nombre de décisions d'orientations, qui avait fléchi légèrement en 2011 (- 4,1 %) retrouve son niveau de 2010. Du fait d'une stabilisation de l'offre, les variations sont liées aux renouvellements. Le taux de rejet ne bouge pas (9,4 %) [...] Les orientations en foyer de vie et d'hébergement reculent au bénéfice des SAVS et des SAMSAH.*

### **MDPH de La Réunion**

*Les orientations vers un établissement médico-social ont progressé pour les adultes handicapés de 8,4 % par an et pour les enfants handicapés (hors ITEP) de 3 % par an. Les orientations vers un service médico-social ont progressé pour les adultes de 88,6 % par an et pour les enfants de 15 % par an.*

---

## **2. L'effectivité des décisions d'orientation est très variable d'un département à l'autre**

### **a. Les rapports sont l'occasion de décrire les spécificités départementales en matière d'offre médico-sociale et les difficultés repérées**



### **MDPH du Jura**

*Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont confrontés à certaines situations d'enfants ou d'adolescents accueillis en établissement médico-social, mais pour lesquels des périodes d'hospitalisation (quinze jours maximum) en service de pédopsychiatrie sont nécessaires et mises en place. Ces jeunes sont « à la limite » d'une prise en charge médico-sociale et d'une prise en charge sanitaire. Faute d'établissements spécifiques pour ces quelques jeunes, une prise en charge adaptée sur du long terme est difficile à mettre en place (manque de structures, manque de place en pédopsychiatrie – hospitalisation – et de moyens humains et financiers).*

### **MDPH de la Seine-Saint-Denis**

*L'étude menée par le CEDIAS CREAHI sur les enfants sans solution en Île-de-France peut être rappelée pour expliquer les raisons de la baisse du nombre d'admissions entre 2011 et 2012. Cette étude relève notamment un manque de places important en Seine-Saint-Denis, privant de nombreux enfants d'un accès à un établissement. Plus qu'ailleurs en Île-de-France, nombreux sont les enfants qui n'entrent jamais dans un établissement (les enfants sans solution ne sont donc pas seulement des enfants qui ont des ruptures dans leur parcours de scolarisation). Si l'on note une hausse des admissions entre 2010 et 2011, sans ouverture d'établissement, puis une baisse entre 2011 et 2012, il est possible que les établissements aient d'abord accueilli des jeunes en sureffectif puis soient retournés à l'effectif correspondant à leur autorisation. La baisse du nombre d'admissions en EMS hors département entre 2011 et 2012 laisse penser que les établissements d'autres départements atteignent aussi une certaine limite d'absorption des besoins de notre département. Certains de ces établissements nous ont d'ailleurs déjà signalé avoir recentré leurs admissions en priorité sur les enfants ressortissants de leur territoire, ce que leurs tutelles leur recommandent, pour limiter les temps et coûts de transports. Néanmoins, ces établissements d'autres départements continuent sur ces deux dernières années d'absorber une forte proportion des admissions (25 %), ce qui tendrait à confirmer l'insuffisance de places disponibles dans notre département et l'obligation faite aux familles d'utiliser les structures hors Seine-Saint-Denis pour mettre en œuvre l'orientation prononcée par la CDAPH.*

## **b. Les rapports permettent aussi de dresser des constats plutôt positifs dans certains cas**



### **MDPH de la Creuse**

*Au 31 décembre 2012, aucun enfant n'était sur liste d'attente pour une admission en établissement. Ceci a été rendu possible par la création de places en foyer occupationnel par le Conseil général pour des jeunes maintenus en IME dans le cadre de l'amendement Creton, libérant ainsi une dizaine de place en IME.*

### **MDPH du Morbihan**

*On observe en 2012 une diminution des orientations en foyer de vie (FV) et en foyer d'accueil médicalisé (FAM), qui découle de l'ouverture de places supplémentaires dans ces structures.*

### **MDPH de la Loire-Atlantique**

*En 2012, la baisse notable d'amendement Creton ayant une orientation ESAT s'explique par la mise en place des dispositifs APICS ET CAPIJH qui offrait quatre-vingts places supplémentaires dans le cadre de l'expérimentation. Les orientations en direction des FAM et FV restent importantes, mais constantes.*

### **MDPH de l'Orne**

*L'ouverture partielle de la MAS La Clairière à La Ferté-Macé a permis à neuf personnes de sortir des listes d'attente, pour certains des jeunes en amendement Creton à l'IME La Forêt. Quelques places ont également été ouvertes à la MAS La Source de L'Aigle. Pour ces deux ouvertures, la MDPH a travaillé avec les directeurs d'établissements afin de prioriser les personnes en attente.*

### 3. Le partenariat avec les établissements et services se développe



#### MDPH des Ardennes

*Par ailleurs, dans le prolongement des rencontres avec les établissements et services médico-sociaux ardennais mises en place en 2011, six ESMS, soit quarante-deux professionnels, ont été accueillis à la MDPH afin de découvrir nos missions et infrastructures. En 2011, la direction de la MDPH a rencontré l'ensemble des établissements et services médico-sociaux des Ardennes œuvrant dans le champ du handicap afin de mieux appréhender leur perception des relations avec la MDPH. Au terme de cette démarche, un programme d'action a été établi autour de sept objectifs, déclinés en dix-neuf actions. La mise en œuvre des actions prévues en 2012 a été réalisée dans les délais prévus, permettant d'achever l'ensemble du programme : mise en place d'un réseau de correspondants ESMS/MDPH, poursuite du développement d'outils d'évaluation partagés (GEVA-compatibilité), connaissance des besoins satisfaits et non satisfaits en ESMS.*

#### MDPH des Hautes-Pyrénées

*Au-delà des différents échanges réguliers avec les établissements médico-sociaux concernant les situations individuelles, la MDPH a organisé deux réunions avec ces établissements. Une première rencontre avec les établissements médico-sociaux enfants a permis d'aborder les points suivants : évolution de l'organisation de la MDPH, calendrier organisationnel/ constitution des dossiers, AVS nouveau décret GEVA – GEVA-Sco, amendement Creton. Une deuxième rencontre avec les établissements médico-sociaux adultes a été l'occasion des échanges suivants : GEVA – priorisation des places ayant un domicile de secours dans le 65 – facturation de l'accueil de jour – amendement Creton – gestion des places vacantes et des listes d'attente – compétence territoriale de la MDPH.*

#### MDPH du Val-de-Marne

*Sur les fins de prise en charge à la demande des établissements ou services, un travail de sensibilisation sur le cadre légal a été effectué rappelant qu'aucune admission ou fin de prise en charge ne peut intervenir sans décision de la CDAPH. Dans ce cadre-là, le pôle ORE recherche si le besoin de réorientation est réel et si un relais adapté a été envisagé et mis en place. Un travail avec le pôle ORP a été institué pour étudier plus particulièrement les fins de prise en charge en ESAT et la réorientation après la période de travail en fonction du projet de vie. Quelques chiffres : cinquante-huit dossiers étudiés – dans 38 % des situations, aucune solution relais n'était proposée par l'établissement ; dans 22 % des cas, l'arrêt de la prise en charge était inévitable (déménagement ou décès ou inadéquation de l'orientation) ; dans 28 % des cas, une réorientation était proposée par l'établissement ou le service ; dans 5 % des cas, le suivi s'est arrêté du fait d'une coordination difficile entre les soins et le service.*

### 4. Les modalités de suivi des listes d'attente et la fonction d'observation des orientations se structurent

Comme évoqué l'an dernier, les MDPH et les établissements, avec une forte impulsion des conseils généraux et des ARS dans le cadre ou non du renouvellement des schémas départementaux, s'organisent pour suivre les décisions d'orientation et l'état des places disponibles.

En matière d'orientation vers les établissements et services sociaux et médico-sociaux, la CNSA poursuit les travaux engagés fin 2011 avec un groupe de MDPH afin de progresser dans la connaissance des réponses apportées aux besoins des personnes, des modalités d'orientation par les CDAPH et des réponses apportées par l'offre existante. Le groupe a été élargi à la DGCS et à quelques ARS, conseils généraux et fédérations d'établissements en vue de partager leurs attentes respectives sur le suivi des orientations et de lancer une première étude portant sur les dispositifs mis en place localement pour assurer l'adéquation et le suivi des réponses aux orientations.

Cette démarche vise à organiser les échanges d'information qui pourront permettre à terme de mettre en lumière les inadéquations existantes en termes de placement (structures inopportunes), les causes principales de ces inadéquations, les moyens de les résorber.

Sur la base de cette étude, le groupe de travail sera chargé de proposer de bonnes pratiques définies à partir d'une analyse des enjeux, des freins et des éléments facilitateurs.

Le groupe de travail était invité dans un premier temps à faire un état des lieux des pratiques et de l'existant qui sera disponible fin 2013.

Les rapports d'activité 2012 des MDPH permettent d'illustrer la complexité des travaux du groupe et l'état d'avancement de ce type de projets au niveau local.

### **a. Les pratiques d'orientation tiennent compte des réalités locales et donc des contraintes de l'offre, ce qui contribue à masquer l'identification des besoins en termes de programmation d'établissements et services**



#### **MDPH de l'Ain**

*Il est possible actuellement de comptabiliser le nombre des personnes bénéficiant d'une orientation en cours de validité. Toutefois, ces chiffres comportent de nombreux biais qui ne permettent pas de les comparer directement au nombre de places existantes dans le département. En effet, de nombreuses personnes bénéficient d'une double, voire d'une triple orientation, afin de permettre de maximiser leurs chances d'entrer rapidement en établissement, ce problème de doublon cessant habituellement à l'occasion de la demande de renouvellement de l'orientation, lorsque la personne est effectivement entrée en établissement ou service. Ainsi, les personnes relevant d'une orientation en foyer de vie se voient souvent proposer une orientation simultanée en service d'accueil de jour et foyer d'hébergement voire SAVS, alors qu'une seule des deux sera mise en œuvre sur une même période. Les personnes en attente de place en établissement médicalisé se voient fréquemment proposer avant la première admission simultanément une place en MAS et en FAM. De même, les personnes relevant d'ESAT sont souvent orientées simultanément et parallèlement en FH + SAVS, dans l'attente du premier accompagnement effectif.*

#### **MDPH de Paris**

*La MDPH a reçu 2 300 demandes d'orientations en établissements et services médico-sociaux de la part d'adultes, avec une répartition deux tiers établissements, un tiers services. Une majorité de ces demandes étaient nouvelles (un peu plus de 1 500). Près de 2 100 demandes ont par ailleurs été examinées en CDA, 1 600 environ ayant fait l'objet d'un accord. Il convient de noter qu'une même personne peut bénéficier de plusieurs orientations de façon à lui permettre d'accéder à une place le plus rapidement possible. Les contraintes sur l'offre médico-sociale restent en effet particulièrement fortes, notamment sur le territoire parisien intra-muros caractérisé par le coût et la rareté du foncier.*

#### **MDPH de la Seine-Maritime**

*La CDAPH fixe, le plus souvent, une seule orientation. Toutefois, elle est amenée à prononcer des doubles orientations dans certains cas, notamment lorsqu'il s'agit de permettre à l'usager d'étendre ses recherches de places.*

**b. Mais certaines initiatives permettent d'illustrer la volonté des MDPH et de leurs partenaires de proposer une orientation au plus près des besoins en optimisant l'ensemble des dispositifs identifiés localement, notamment pour les situations complexes comme dans le Morbihan (56), la Haute-Vienne (87), le Pas-de-Calais (62), la Meuse (55), la Drôme (26), la Seine-Saint-Denis (93)**



#### **MDPH de la Côte-d'Or**

*Partant du constat en 2011 d'un manque d'information et d'accompagnement des personnes orientées pour la première fois en ESAT, la MDPH, en lien avec le pôle insertion de la mutualité française Côte-d'Or et l'association UDIP, a décidé de mettre en place un suivi des orientations et un accompagnement des personnes. Cette convention de partenariat répond à un triple objectif : une amélioration de l'information des usagers ayant déposé une demande d'orientation vers un ESAT et une aide à la compréhension des démarches à effectuer en vue d'intégrer la structure, une meilleure adéquation entre les places disponibles en ESAT et les profils des demandeurs, un meilleur suivi des listes d'attente.*

#### **MDPH de la Loire**

*Une forte réactivité est à saluer pour les décisions d'orientation en EMS. S'agissant de l'admission des enfants en établissement, des commissions de régulation ont été installées dès 2007 pour traiter les suites des décisions d'orientation prises tout au long de l'année par la CDA. La MDPH tient, à travers l'organisation et l'animation de ces commissions, un rôle de régulation et de coordination destiné à optimiser et à rendre effectives les orientations des enfants en établissements spécialisés.*

#### **MDPH du Haut-Rhin**

*En 2012, une section thématique supplémentaire a vu le jour : la section spécialisée chargée des admissions prioritaires en établissement, avec une fréquence de réunion bimensuelle pour les cas d'orientation en établissement signalés comme urgents ou avec un enjeu particulier. Cette commission thématique préparant le travail de la CDAPH plénière a permis de meilleures visibilité et lisibilité de l'urgence des situations sur le département et a développé un partenariat efficient avec les établissements, notamment pour l'accueil temporaire qui garde un triple objectif : le répit familial, l'urgence, les équipes dédiées aux « dispositifs ITEP ».*

#### **MDPH de la Sarthe**

*La réunion « cas complexes » (un représentant du CG, le président de la CDAPH, un représentant de l'ARS, un médecin de l'équipe pluridisciplinaire, un représentant des établissements ainsi que les professionnels concernés par la situation) sous l'égide de la directrice de la MDPH s'attache à examiner les situations des personnes pour lesquelles une réponse standard ne peut être apportée : absence d'établissement, prise en charge trop lourde générant des refus de la part des établissements d'accueil, différent important entre un établissement et un usager.*

#### **MDPH de l'Essonne**

*La nécessaire articulation avec les établissements et services « jeunes » a conduit, en novembre 2012, à la signature d'un protocole d'articulation et d'annexes définissant les circuits de traitements et le rôle de chacun. La réunion animée par la vice-présidente en charge des solidarités et de la santé a permis la signature de huit présidents d'associations et vingt-deux directeurs d'établissements et services. Ce protocole est le premier du genre en France et a une fonction transverse à la fois de respect du cadre réglementaire, mais aussi d'informations auprès des professionnels. Un travail identique a été mené avec les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), qui devrait aboutir à une finalisation en mars 2013. Il en est de même avec les centres de rééducation professionnelle (CRP) et les services du groupe La Poste.*

### c. La plupart des départements font état de modalités d'échange d'informations sous forme de fichiers (le plus souvent Excel) ou de fiches navettes avec une alimentation périodique ou d'enquêtes auprès des établissements

Les informations ainsi recueillies permettent de mettre à jour les données du logiciel de la MDPH et de contribuer à l'édition de listes d'attentes actualisées. Certaines MDPH procèdent également par enquête ponctuelle et ciblée sur des publics particuliers.



#### **MDPH de l'Aisne**

*Mission de service civique : le volontaire travaille en lien avec les référents de l'expérimentation du suivi des décisions de la CDAPH [...] Le bénévole favorise le partenariat et la communication avec les ESMS au cœur du département. Les échanges d'informations (entrées - sorties - places disponibles - liste d'attente) alimentent le dossier informatisé de l'usager dans l'application de gestion de la MDPH. La mission permet d'évaluer, d'identifier et de faire remonter les besoins en équipements pour l'ensemble des handicapés à l'observatoire départemental du handicap.*

#### **MDPH d'Eure-et-Loir**

*La MDPH a mis en place un suivi des orientations « adulte » vers les établissements médico-sociaux. Cette mission est assurée par le référent insertion sociale pour les établissements d'hébergement, qui est également chargé de la mise à jour régulière des données, et par le référent insertion professionnelle pour ce qui concerne la recherche de places en ESAT. De plus, l'ensemble des établissements médico-sociaux participe à l'actualisation des listes d'attente par le biais de la remontée régulière auprès de la MDPH des admissions prononcées [...] À plus long terme, il est envisagé de disposer d'un outil informatique plus élaboré type logiciel spécifique de suivi des admissions et des listes d'attente dans les établissements.*

#### **MDPH du Jura**

*Ceci se traduit dans la réalité de notre fonctionnement par la tenue de listes d'attente en ESMS (adultes et enfants), ainsi que par un travail mené avec les établissements pour suivre l'effectivité des décisions individuelles. Des rencontres régulières avec les établissements permettent d'obtenir des listes cohérentes entre le suivi des décisions prises en CDAPH et la réalité des attentes des usagers.*

#### **MDPH de l'Yonne**

*Pour les enfants, un processus de partenariat a été instauré depuis janvier 2012 avec les établissements médico-sociaux avec pour objectif d'obtenir un échange régulier entre les parties sur les flux d'entrée et de sortie des jeunes de l'Yonne. Des documents unifiés pour tous les établissements et services ont été proposés par la MDPH (tableau d'effectifs et tableau des listes d'attente). À ce jour, la lisibilité sur les listes d'attente reste très floue en raison de la participation aléatoire de certains établissements à ce dispositif.*

## d. Quelques départements se sont investis dans un projet structuré avec les partenaires comprenant notamment un outil spécifique de type extranet facilitant les échanges entre MDPH et établissements

C'est notamment le cas des départements de la Nièvre, d'Indre-et-Loire, de Maine-et-Loire, du Morbihan, du Finistère, de l'Oise, des Alpes-Maritimes, des Côtes-d'Armor, du Bas-Rhin...

Ce sont des projets qui s'inscrivent dans la durée et dont la réussite dépend beaucoup, selon les MDPH, de la volonté des acteurs, notamment les établissements et services, d'y contribuer en toute transparence.



### MDPH de la Somme

*Un projet est en cours porté par le Conseil général avec l'adhésion de l'ARS sur l'expérimentation du logiciel SARAH développé par le GRATH. Après avoir demandé à l'ensemble des établissements adultes de nous fournir leurs listes d'effectifs et le nom des personnes en liste d'attente, nous avons saisi « l'étape réalisée » de toutes les personnes accueillies dans ces structures sur notre système d'information. Travail soutenu, mais qui s'avère nécessaire à une plus grande lisibilité des suivis. Ce logiciel permettrait à chacun de saisir au fil de l'eau les entrées et sorties des établissements. Ces informations transmises dans nos services permettraient une grande lisibilité sur les places disponibles, éclairant la CDAPH dans ses décisions, et mettraient clairement en évidence les besoins en ESMS sur notre département. L'ensemble de ce travail s'est poursuivi en 2012. Le principal frein à la mise en place d'un tel projet est l'adhésion des établissements. En effet, c'est le principe de base puisqu'ils ont la charge d'alimenter les bases selon les entrées et sorties de leur effectif et leur liste d'attente.*

### MDPH de la Drôme

*Pour répondre à l'une des orientations adoptées lors du schéma départemental en faveur des personnes handicapées, il a été convenu de mettre en place le suivi de l'effectivité des décisions d'orientation prises par la CDAPH. Une enquête, mise en ligne et hébergée par le logiciel Sphinx, a pour objectifs de mesurer l'effectivité des décisions d'orientation vers les établissements et services médico-sociaux (ESMS) notifiées par la CDAPH et d'identifier les personnes pour lesquelles la décision n'est pas mise en œuvre, de mesurer l'effectivité des décisions d'attribution d'auxiliaire de vie scolaire (AVS) et des orientations en CLIS ou ULIS, de mesurer l'adéquation de l'offre et de la demande de l'équipement médico-social du département (nombre de places et selon le type de handicap). L'enquête a été mise en ligne en décembre 2011 après l'accord de la CNIL. Les données administratives (état civil, adresse, décision d'orientation prise par la CDAPH) et les données liées au handicap (déficience) sont renseignées par la MDPH. Les établissements et services renseignent les admissions des nouveaux résidents, les sorties et les présents. Un comité de suivi de l'observatoire a été mis en place.*

### MDPH du Pas-de-Calais

*L'objectif de la MDPH est d'aller plus loin en organisant une gestion concertée des admissions en ESMS pour suivre les entrées et sorties d'ESMS en direct et échanger des informations avec eux via un portail, faciliter les admissions pour les usagers et les ESMS par la mise en place d'un dossier unique partagé par les établissements et services concernés et leur permettant de disposer d'informations sur la personne, de prioriser les demandes compte tenu de l'importance des listes d'attente, de gérer les urgences et de favoriser le turnover, suivre en temps réel les besoins et l'offre de places disponibles afin de mieux travailler en interne à la MDPH (lors de l'évaluation par l'EPE ou de la décision par la CDAPH) et de mieux identifier les besoins de création de places (Conseil général, ARS). Le cahier des charges de ce nouveau dispositif a été validé par les différents acteurs concernés, pour une informatisation en 2013.*

## e. La plupart des MDPH évoquent la nécessité de mobiliser des moyens spécifiques

Les MDPH signalent en effet le besoin de compétences liées à l'observation et aux systèmes statistiques sans oublier bien évidemment la prise en compte du temps supplémentaire déjà évoqué *supra* pour assurer le codage des déficiences et ainsi qualifier le public (voir le chapitre sur le système d'information des MDPH).

Certaines MDPH peuvent bénéficier de moyens nouveaux, souvent non pérennes, du conseil général ou de l'ARS pour faire face à cette mission que les partenaires locaux jugent stratégique.



### MDPH des Ardennes

*La MDPH des Ardennes s'est engagée dans la mise en œuvre d'un dispositif pérenne qui doit lui permettre de disposer en temps réel d'une information sur les prises en charge réalisées au sein des établissements et services médico-sociaux ardennais, conformément aux orientations prononcées par la CDAPH, d'établir et de tenir à jour une liste d'attente départementale par type d'orientation, de réaliser une étude départementale annuelle des besoins de prise en charge en établissements et services médico-sociaux permettant d'identifier les besoins satisfaits et les besoins non satisfaits, de mettre à disposition des autorités en charge de la planification le résultat des études réalisées à partir de ces informations. Dans ce contexte, le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) a notifié au président du Conseil général, par courrier du 21 juin 2012, sa décision d'attribuer une subvention exceptionnelle de 48 000 euros à la MDPH des Ardennes afin que des moyens puissent être mobilisés pour réunir les informations nécessaires à la connaissance précise des besoins de prise en charge au sein des établissements et services médico-sociaux. Les autres MDPH de la région bénéficient d'une aide de même nature, l'objectif visé par l'ARS étant bien sûr de portée régionale.*

### MDPH de l'Aube

*Ce recueil de données a mis en évidence le manque de moyens dont la MDPH dispose pour réaliser la saisie des pathologies et des déficiences afin de pouvoir alimenter l'observatoire régional du handicap. Afin de remédier à cette situation, l'ARS a proposé fin 2012, au moyen d'une convention avec la MDPH, un financement annuel permettant de mettre en place une procédure de codage des éléments médicaux afin de pouvoir alimenter l'observatoire régional et qualifier de manière précise les listes d'attente en ESMS.*

## f. Quelques départements témoignent des résultats de ce travail de codage ou d'enquêtes thématiques pour répondre à des demandes précises de l'ARS ou du conseil général en matière de programmation



### MDPH du Territoire de Belfort

*L'ARS nous a sollicité afin de connaître le nombre des enfants qui, au cours de l'année 2011, avaient fait l'objet par la CDA d'une orientation ou d'un accompagnement relevant du champ des troubles autistiques. La codification ci-dessus nous a permis de répondre précisément aux besoins de cette enquête.*

### **MDPH de la Dordogne**

*En octobre 2011, la MDPH a lancé une enquête portant sur les personnes accueillies en établissement ou accompagnées par un service social ou médico-social, et visant également à collecter les listes d'attente des établissements du département. Un questionnaire a été adressé à l'ensemble des directeurs de structures. Les retours se sont échelonnés d'octobre 2011 à janvier 2012. Le taux de réponse avoisine les 100 % (seul un établissement n'a pas répondu). Les résultats font apparaître un taux important de personnes originaires d'autres départements, tant parmi les personnes actuellement en établissement (30 %, et jusqu'à 50 % en MAS) que parmi celles inscrites sur liste d'attente. Les données relatives à la répartition par âge soulignent le vieillissement des résidents d'établissements médicalisés (FAM et MAS). La répartition par handicap prédominant révèle la part représentée par le handicap psychique.*

### **MDPH du Calvados**

*En ce qui concerne la MDPH du Calvados, la mission d'observatoire s'est mise en place progressivement depuis 2009, parallèlement à l'évolution du système d'information. Fin décembre 2012, 44 330 dossiers ont été créés sur la base Solis et l'historique des situations numérisées. Cela permet d'avoir désormais un échantillon très représentatif de la population reconnue handicapée sur le département et de mieux cerner la nature des demandes et des besoins [...] Grâce aux échanges semestriels avec les établissements et services médico-sociaux au travers de fiches entrées-sorties, le suivi des décisions d'orientation est régulier. Concrètement, la MDPH a pu fournir à différentes reprises des éléments statistiques précis à l'ARS et au Conseil général sur les orientations en établissements et services. Des éléments partagés avec ces instances et les établissements et services médico-sociaux ont également été utilisés pour la négociation de certains projets de redéploiement sur un territoire déterminé.*

### **MDPH du Var**

*Suivi des décisions d'orientation en établissements et services médico-sociaux – la base de données organisée par la MDPH permet de recenser le nombre de personnes (enfants et adultes) en attente de places en établissements et services médico-sociaux [...] Pour les adultes, on constate un important besoin en places d'ESAT. Pour les enfants, les besoins en SESSAD et en IME sont les plus importants. On notera que 69 % des personnes en attente de places en établissement ne sont inscrits sur aucune liste d'attente.*

---

## 11

## Système d'information et pilotage des MDPH : Des outils informatiques encore en cours de développement en vue de l'efficience du service rendu

### 1. Les MDPH poursuivent et enrichissent leurs projets informatiques

Plus de trois millions de demandes sont adressées chaque année aux MDPH faisant de celles-ci le pivot potentiel du système d'information relatif aux besoins des personnes handicapées et à leur accompagnement.

Les MDPH se sont dotées depuis 2006 d'outils informatiques en remplacement des anciennes applications nationales des CDES et COTOREP. Conformément à la loi du 11 février 2005, la CNSA s'est vu confier la mise en œuvre d'un système d'information national (SIPAPH) alimenté par les données individuelles des MDPH afin de collecter des données d'activité, les caractéristiques des personnes et les décisions. L'arrêté du 13 octobre 2010 a précisé la nature des données à transmettre par les MDPH.

Le fonctionnement du SIPAPH dépend du bon fonctionnement des SI de chaque MDPH, du type de données renseignées et de la qualité de ces données. Trois éditeurs de logiciels assurent l'informatisation de la plus grande partie des MDPH. Les différences de paramétrages des applications, les problèmes rencontrés par les MDPH pour stabiliser leurs systèmes d'information et leurs difficultés à mobiliser des compétences informatiques et statistiques en interne ainsi que les rythmes différents de déploiement fragilisent la consolidation nationale attendue du SIPAPH, qui se heurte également à des difficultés extérieures aux MDPH.

Les rapports 2012 permettent de mesurer, comme en 2011, combien le projet informatique des MDPH est structurant, mais également déstabilisant pour elles. Plusieurs chantiers sont en cours.

#### a. La stabilisation de leurs applications métiers

Les ajustements proposés, souvent obtenus après de difficiles négociations avec leurs éditeurs, visent à fluidifier le processus de traitement des demandes en s'adaptant au mieux à l'ergonomie de travail des équipes avec pour objectif une amélioration de la qualité de service rendu pour les personnes en situation de handicap.

Une MDPH (Finistère - 29) indique qu'au regard des difficultés rencontrées avec le logiciel initial, un nouvel appel d'offres a été lancé.



#### MDPH des Ardennes

Plusieurs actions significatives sont à noter en 2012 : l'installation d'une nouvelle version de Perceval MDPH (version 2) offrant des avancées intéressantes pour le fonctionnement (meilleure réactivité des écrans, gestion des PCH, modification possible de certains champs, utilisation de champs supplémentaires pour le publipostage, enregistrement et suivi des orientations réalisées affinés...); un groupe de travail sur la compréhension des notifications (fond et forme des commentaires); quatre-vingt-seize modèles de publipostage sont désormais injectés dans Perceval (courriers, ordre du jour de la CDAPH et des équipes locales, notifications, plan personnalisé de compensation, projet personnalisé de scolarisation...), ce qui permet une fusion de données et un gain de temps tout en maintenant la possibilité de personnaliser les correspondances adressées aux usagers.

#### MDPH du Cantal

Un groupe a travaillé au paramétrage du module recours qui, en fin d'année, n'est pas opérationnel, car en attente d'une réponse de l'éditeur sur un point bloquant empêchant le déroulé de la procédure. Un gros travail de révision des notifications a été entrepris afin d'améliorer leur lisibilité et leur compréhension auprès des usagers et de renforcer leur sécurité juridique en ajustant les motivations des décisions.

### **MDPH du Vaucluse**

*L'outil Génésis doit être amélioré afin d'optimiser son utilisation. Cela est d'autant plus nécessaire qu'avec la mise en place du pôle autonomie et santé, des accès supplémentaires à l'application doivent être proposés aux professionnels qui interviennent dans l'évaluation et l'accompagnement sur le territoire. Un module accueil et FDCH seront peut-être acquis également.*

---

## **b. Le développement d'une fonction de pilotage de leur activité**

Le pilotage de l'activité est stratégique pour les MDPH, sous réserve de la consolidation de l'application et, comme le rapport 2011 le soulignait, de la disponibilité d'une compétence informatique en interne ou au sein du conseil général.



### **MDPH du Puy-de-Dôme**

*Divers tableaux de bord mensuels ont été développés à partir de 2009 avec le concours du service « pilotage et observation sociale » (SPOS) du Conseil général afin de suivre précisément l'activité de la MDPH et de développer divers indicateurs permettant de suivre le processus d'évaluation.*

### **MDPH de la Haute-Savoie**

*Depuis le mois de décembre 2012, un tableau de bord mensuel constitué de quelques indicateurs de volume par grandes mesures et de délais a été mis en place dans le cadre du diagnostic organisationnel.*

### **MDPH du Val-de-Marne**

*Un chargé de mission statistiques a ainsi rejoint la MDPH en juin 2012, afin de développer cette fonction de pilotage. Cette compétence nouvelle a largement contribué à la création de l'observatoire des besoins, et permet à la MDPH du Val-de-Marne de s'engager en 2013 en tant que MDPH pilote dans le projet de SIPAPH (système d'information partagée avec la CNSA), afin de réaliser la recette fonctionnelle et statistique des remontées de données automatisées auprès de la CNSA.*

### **MDPH du Lot**

*La MDPH ne dispose pas de ressources en interne pour réaliser sur Business Object toutes les statistiques qui lui sont demandées par de nombreux partenaires.*

### **MDPH de la Somme**

*Les tableaux de bord produits peuvent donner une vision sur un contexte élargi, mais peuvent aussi cibler une population donnée ou un pôle précis. Il nous permet donc d'effectuer notre bilan d'activité annuel, de suivre notre activité mensuellement, d'anticiper des charges de travail, de répondre à des demandes de partenaires externes (État, ARS, CG...) et d'effectuer du contrôle qualité sur la saisie des données. Tous ces tableaux de bord sont autant d'outils d'aide à la décision qui facilitent les réflexions sur les projets menés.*

### **MDPH du Bas-Rhin**

*Avec l'intervention de son chargé de mission aide au pilotage, la MDPH a pu développer et affiner ses indicateurs utilisés chaque semaine pour le pilotage de l'activité (ex. : détail par étape d'instruction des dossiers PCH et des dossiers enfants en attente de traitement, données d'activités concernant le fonds départemental de compensation du handicap...). L'année 2012 a donné lieu à la consolidation de la base d'indicateurs en collaboration avec le Conseil général dans le cadre du projet Infocentre. Cette base de données doit permettre à terme à la MDPH de disposer de l'ensemble des indicateurs d'activité nécessaires pour assurer le pilotage de ses missions.*

---

### c. Avec parfois des interfaces intéressantes avec les partenaires. C'est le cas notamment du projet de cartographie des échanges dans la sphère famille avec des échanges entre MDPH et CAF



#### MDPH de La Réunion

*Le suivi de l'activité est facilité par des requêtes personnalisées dans l'entrepôt des données. Les principales innovations du système d'information depuis 2011 portent sur l'exploitation des données avec le développement d'un savoir-faire pour la réalisation d'études statistiques (deux études livrées en 2011 et 2012) :*

- *l'accélération des processus de transmission des copies de notification aux partenaires (allocations, PCH, transport scolaire adapté, orientations médico-sociales et scolaires...) avec un nouveau mode de transmission électronique et sécurisée des documents ;*
- *l'expérimentation d'un portail extranet GED pour les partenaires (enseignants-référents, Conseil général...) pour la transmission à la MDPH de certains types de documents (pièces complémentaires, décisions définitives de paiement de la PCH...).*

#### MDPH d'Indre-et-Loire

*En 2011, la MDPH a participé à un projet de dématérialisation avec la CAF : le cahier des charges a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail national pour une mise en place prévue en 2013. Huit départements doivent tester cette procédure, dont la MDPH 37. Nous sommes depuis dans l'attente d'un devis de la part de notre éditeur informatique.*

#### MDPH des Bouches-du-Rhône

*Elle a également participé aux travaux de réflexion sur la mise en service des échanges de données avec la CNAF : ces travaux se poursuivront avec pour objectif la mise en service d'une interface d'échange de données sécurisée entre la MDPH et la CAF.*

### d. La gestion électronique des documents et la dématérialisation des demandes

Les rapports 2012 confirment la tendance 2011. Les MDPH sont nombreuses à engager ou poursuivre leur processus de gestion électronique des documents et de dématérialisation des dossiers. Le sujet est repéré dans au moins une quarantaine de rapports.

Les plus anciennes dans ce type de démarche font un retour d'expérience et confirment la complexité du chantier, l'accompagnement au changement qu'il nécessite et le suivi dans la durée. Le lancement de la GED semble dans la phase de lancement du projet ralentir les processus de traitement.



#### MDPH des Côtes-d'Armor

*La décision a été prise en novembre 2011 de démarrer une procédure de gestion électronique des documents (GED) à la MDPH. Un groupe de travail associant la direction des systèmes d'information et des relations à l'utilisateur et les archives départementales du Conseil général, ainsi qu'une dizaine d'agents de la MDPH représentant l'ensemble des métiers a été constitué dès janvier 2012. Un important travail a été réalisé avec l'appui des expériences de trois autres MDPH (déplacements auprès des MDPH de la Manche, de la Drôme et du Finistère). Les propositions du groupe de travail, présentées en comité de pilotage en octobre 2012, ont permis à ce dernier de valider la mise en œuvre effective de la GED dès mai 2013.*

### **MDPH de la Loire**

*La numérisation du stock a pris fin en septembre 2012. Elle a concerné 80 000 dossiers pour un coût de 400 000 euros en dépenses de personnel et 30 000 euros en achat de scanners et licences informatiques. Elle présente un double intérêt : le gain de place par l'élimination des dossiers papier, le partage de l'information et la dématérialisation des procédures. Travailler sans papier nécessitait la construction d'une procédure dématérialisée de traitement des dossiers dans le logiciel IODAS ainsi que l'engagement des évaluateurs à utiliser cette procédure et non plus seulement les documents numérisés. L'année 2012 a été consacrée à l'élaboration de cette nouvelle manière de travailler et à la formation des personnels.*

### **MDPH des Pyrénées-Atlantiques**

*La numérisation s'impose à la MDPH principalement à deux titres : le manque de place dans les locaux qui oblige à stocker les dossiers dans tous les espaces disponibles, la gestion des dossiers de l'antenne d'Anglet qui impose des navettes de valises volumineuses entre les deux sites [...] Cette démarche pragmatique mobilisant tous les acteurs a permis d'élaborer des procédures adaptées à la situation propre de la MDPH. En outre, la dynamique engendrée a facilité l'appropriation par les personnels du changement à venir. En parallèle, elle a également servi à peaufiner les réglages des outils et de l'applicatif édité spécialement par le service informatique du Conseil général. En décembre 2012, 10 430 dossiers sont numérisés.*

### **MDPH de Paris**

*L'année 2012 a vu se concrétiser un grand chantier pour la MDPH : celui de la dématérialisation totale de ses procédures et documents. Ainsi, toute l'organisation a été revue et adaptée au mode « tout dématérialisé », l'ensemble des documents de la classothèque, soit 2 000 mètres linéaires a été numérisé, et le logiciel de gestion électronique de documents Multigest a été mis en place.*

### **MDPH des Bouches-du-Rhône**

*Ce projet a nécessité l'apprentissage de pratiques professionnelles nouvelles liées à la gestion des dossiers numérisés (préparation, conservation et destruction) ainsi qu'à la consultation des dossiers. La classothèque résiduelle a été numérisée, ce qui a permis d'économiser 476 mètres linéaires de rayonnages. Le bilan 2012 de la numérisation est conforme aux attentes : le nombre total de dossiers numérisés au fil de l'eau a été de 67 737 dossiers (contre 73 171 en 2011 et 66 748 en 2010) ; des évolutions du logiciel de GED ont également été apportées dans le sens d'une meilleure qualité des bases numérisées et pour préparer le passage à une numérisation intégralement indexée par codes à barres.*

---

## **e. Le développement d'une application dédiée à l'évaluation ou, au moins, la saisie de données permettant de qualifier le public**

Les MDPH doivent à terme pouvoir faire remonter des données relatives à l'évaluation des situations (sur la base de la nomenclature de l'outil national d'évaluation, le GEVA). La question de l'intégration de données d'évaluation dans les systèmes d'information des MDPH est donc stratégique avec des attentes fortes au niveau local comme au niveau national. Cette étape de leur projet informatique est sensible en termes d'organisation du travail des équipes pluridisciplinaires et de conduite de changement.

La première étape vise à la codification à partir de la CIM 10 par les équipes d'évaluation des pathologies et des déficiences dans le système d'information. La CNSA accompagne les équipes des MDPH pour améliorer la saisie des déficiences dans leurs SI et a mis à leur disposition un thésaurus CIM 10 réduit, donc plus opérationnel, pour faciliter le codage. Une réunion dédiée a été organisée en septembre 2012 avec des représentants des MDPH. Les MDPH font néanmoins valoir la charge de travail complémentaire que représente la saisie de ces données.



### **MDPH du Territoire de Belfort**

*Cette mission d'observation, qui reste encore à développer, nous impose de nous doter d'outils de collecte d'informations sur les publics et leurs besoins. Aussi, dans une première phase, il a été proposé de procéder à la codification des déficiences de l'ensemble des dossiers actifs [...] Cela nécessite l'investissement des deux médecins vacataires du pôle adultes, du médecin scolaire qui œuvre sur le pôle enfance et des trois professionnelles de la MDPH (deux ergothérapeutes et la responsable du pôle compensation-ergo de formation) habilitées à ouvrir les certificats médicaux. Cette campagne de codification, très chronophage, concernera – à terme – l'ensemble des dossiers et se déroule de la manière suivante : analyse du dossier et codage sur le dossier papier par les médecins et ergo, ouverture du volet médical dans l'applicatif Perceval par la DSI, création des codes dans l'applicatif par le référent informatique, enregistrement du code sous le volet médical dans Perceval (instructeur habilité par les médecins).*

### **MDPH de la Haute-Garonne**

*Depuis 2012, les médecins, les infirmières et les coordonnateurs PA/PH des maisons des solidarités du Conseil général (MDS 31) bénéficient de l'accès en visualisation du dossier de l'usager via l'outil GED. Sur le premier trimestre 2013, une expérimentation va être mise en place avec deux équipes médico-sociales de MDS pour une transmission automatisée à la MDPH des GEVA (grilles s'appuyant sur le guide multidimensionnel utilisé pour toute évaluation) renseignés après une visite à domicile.*

### **MDPH de l'Aveyron**

*Toutefois, nos données sont encore incomplètes, car des informations ne sont pas saisies (données qualitatives et codage des handicaps). Afin de pallier cette difficulté, nous avons travaillé en 2012 à l'élaboration et à la mise en place d'indicateurs d'activité complémentaires. Nous avons élaboré des tableaux Excel qui seront renseignés par l'ensemble des agents et globalisés par pôle d'activité mensuellement. Une phase de test a été réalisée de juillet à décembre 2012, le bilan est positif, la poursuite de ce projet permettra d'obtenir des résultats complets pour 2013. En ce qui concerne le codage des handicaps, nous avons travaillé sa mise en place avec les services informatiques du département et nous devrions pouvoir débiter les saisies au cours du premier trimestre 2013.*

### **MDPH des Deux-Sèvres**

*Si le travail de collecte des données d'activité s'améliore, il reste néanmoins un important chantier relatif à la codification des pathologies et à la saisie informatique des données d'évaluation à réaliser avant de pouvoir réellement répondre en termes de connaissance de la population et de ses besoins.*

## **2. La mesure de la qualité de service et de la satisfaction des usagers**

### **a. Le dispositif national de mesure de la satisfaction des usagers mis en œuvre par la CNSA depuis six ans doit évoluer**

Depuis 2007, la CNSA a engagé une réflexion avec les MDPH et les représentants des personnes en situation de handicap afin de proposer aux départements volontaires un dispositif de mesure de la satisfaction des usagers. Sous la forme d'un marché public, les questionnaires élaborés avec les associations étaient collectés par un organisme extérieur chargé de les analyser et de proposer une restitution locale et une consolidation nationale. La deuxième vague du dispositif, sur la période 2009-2012, a été suivie par un comité partenarial.

L'adhésion au dispositif était proposée aux départements dans le cadre des conventions d'appui à la qualité de service (CAQS). C'est ainsi que quatre-vingts départements ont adhéré pour la période 2009-2012. Un marché a été passé avec un opérateur externe, mais seulement 2 768 questionnaires ont été traités en 2011 et 1 848 en 2012 :

- moins de dix questionnaires par an : soixante départements en 2012 (trente départements en 2011) ;
- de dix à vingt questionnaires : dix-sept en 2012 (douze départements en 2011) ;
- de vingt à cinquante questionnaires : treize en 2012 (quatorze départements en 2011) ;
- de cinquante à cent questionnaires : six en 2012 (dix départements en 2011) ;
- plus de cent questionnaires : deux départements - le Bas-Rhin (103) et la Lozère (220).

Ces résultats témoignant d'un certain essoufflement du dispositif, la CNSA a saisi le Secrétariat général de la modernisation de l'action publique (SGMAP) afin d'être associée à la réflexion engagée sur la mesure de la satisfaction des usagers de la sphère publique. L'accompagnement du SGMAP a été sollicité pour définir une nouvelle approche de la mesure de la satisfaction des usagers qui pourrait être portée par la CNSA.

Les rapports 2012 des MDPH témoignent pour certains de cette préoccupation, soulignant la faible utilisation du dispositif national ou développant la mise en œuvre de leur propre dispositif de mesure de la satisfaction des usagers, comme dans le département du Morbihan (56), de l'Aveyron (12), de la Charente-Maritime (17), des Deux-Sèvres (79), du Finistère (29), de l'Hérault (34), d'Ille-et-Vilaine (35), des Hautes-Pyrénées (65), de Loir-et-Cher (41), des Bouches-du-Rhône (13) et de Lot-et-Garonne (47).



### **MDPH des Ardennes**

*En 2012, deux volontaires du service civique ont été chargés de mener une enquête téléphonique auprès des usagers sur la base d'un questionnaire unique qui a été préalablement testé en interne puis auprès d'un échantillon d'usagers. Cette enquête menée pendant quatre mois et demi a donné lieu à 4 233 appels téléphoniques auprès de trois populations distinctes (personnes ayant connu la COTOREP ou la CDES, personnes entrées dans le dispositif entre 2006 et 2010, personnes entrées dans le dispositif à partir de 2011, année où l'ensemble du projet de la MDPH était déployé). L'exploitation des réponses recueillies dans ce cadre a été engagée en 2012 et sera finalisée au cours du premier semestre 2013 avec le concours de deux étudiantes en master II et l'accompagnement méthodologique de Marc FOU DRIGNIER, sociologue qui suit et apporte son concours à la MDPH depuis le lancement de la démarche projet.*

### **MDPH du Pas-de-Calais**

*La MDPH 62 a adhéré au dispositif de mesure de la satisfaction des usagers initié par la CNSA. Cependant, les retours obtenus se sont révélés peu exploitables. Le choix a donc été fait, en concertation avec le comité interassociatif, de réaliser une enquête spécifique sur un échantillon de 200 personnes représentatif de la diversité des situations (méthode des quotas), qui devaient être démarchées par téléphone. Afin de garantir l'impartialité des enquêteurs, cette mission a été confiée à des associations volontaires, qui ont effectué ce travail de manière gracieuse et sans considération de la nature du handicap.*

### **MDPH de Maine-et-Loire**

*Un nombre de réponses des usagers inférieur à dix ne présente aucun intérêt en termes de statistiques. Il importerait qu'un nouveau formulaire pour la mesure de satisfaction des usagers, allégé, soit proposé par la CNSA.*

## MDPH de Paris

*La satisfaction des usagers est mesurée de manière permanente à l'aide d'un questionnaire qualité spécifique à la MDPH 75. Décliné en questions fermées très simples, il permet de recenser les points satisfaisants, les axes d'améliorations et les suggestions des usagers dans les domaines de l'accessibilité, de l'accueil, de l'information ou des délais de réponses. Après analyse sur une période d'un an, il en ressort une satisfaction globale avec des points d'insatisfaction concentrés sur la thématique des délais. La satisfaction peut également être appréciée à partir du nombre de réclamations liées à la qualité de service. Sur 2012, cinq réclamations seulement ont été transmises. Une réponse leur a été apportée, conformément aux engagements de la MDPH, sous un délai d'un mois.*

## b. Certains départements développent dans leur rapport une analyse relative à la qualité de service rendu par la MDPH

La CNSA a engagé depuis 2012 avec les MDPH une réflexion autour de l'efficacité et du niveau de qualité de service :

- dans le cadre des deux séminaires d'analyse des maquettes financières en octobre 2012 et 2013 ;
- dans le cadre d'un atelier spécifique lors de la réunion des directeurs en juin 2013.

Les travaux doivent se poursuivre afin d'approcher des indicateurs quantitatifs et définir un niveau de service attendu des MDPH.

Les rapports 2012 témoignent également de ce souhait de développer la qualité de service en soulignant le risque de conflit entre objectifs de production de décisions en volume versus production de décisions de qualité. C'est le cas de La Réunion (974), des Hautes-Pyrénées (65), de la Guyane (973), de l'Allier (03)...

Tous les chantiers organisationnels, les nouveaux outils pour améliorer l'accueil évoqués supra contribuent à l'amélioration de la qualité de service et de l'efficacité des MDPH.



## MDPH de la Nièvre

*La mise en place de « comité citoyen » participe à la réalisation d'actions spécifiques. En effet, le comité citoyen fait partie d'un processus décisionnel et participatif dans lequel plusieurs acteurs sont impliqués et permet d'avoir accès à une pluralité d'opinions. Ce genre d'instance est inspiré d'expériences québécoises. Ces comités n'ont pas pour missions de remplacer les instances de décisions (CDAPH, direction), mais plus de proposer l'idée d'élargir la participation à la rencontre et par là même, à la connaissance et à la reconnaissance des acteurs que sont les parents.*

## MDPH du Puy-de-Dôme

*Une démarche d'amélioration continue de la qualité a été développée à la MDPH du Puy-de-Dôme afin d'élever le niveau de service rendu (et perçu) à l'utilisateur, mais aussi d'initier une démarche participative et de mobiliser les équipes autour de projets communs. Le plan d'action formalisé à la MDPH du Puy-de-Dôme depuis 2010 repose ainsi sur les actions suivantes : l'identification d'un référent « qualité de service » chargé de sensibiliser le personnel à la démarche qualité et d'organiser et animer les groupes qualité, le déploiement de divers outils, la réunion de groupes qualité associant l'ensemble des personnels de la MDPH autour de trois thématiques spécifiques et transversales, les jeudis de la formation qui associent chaque mois l'ensemble du personnel pour des sessions d'information/formation.*



## 12

## Données financières et personnel des MDPH

**Rappel : Précautions d'interprétation et limites des comparaisons des données financières et de personnel**

Les apports financiers recouvrent deux types de participation différents de la part des partenaires du GIP :

- **En dépenses**, les partenaires contribuent d'une part au fonctionnement de la MDPH en mettant des personnels à disposition ainsi qu'en prenant parfois directement en charge certaines dépenses. Dans le cas où il n'y a pas de refacturation à la MDPH, le budget de celle-ci ne comporte aucune trace de remboursement de ces dépenses. Seuls ses partenaires sont alors en mesure de chiffrer ces apports en nature qui sont valorisés dans la mesure du possible et réintégrés dans la colonne de chaque contributeur concerné.
- **En recettes**, les partenaires du GIP versent des dotations à la MDPH ; celles-ci entrent donc dans les crédits de la MDPH et sont retracées dans son budget.

Dans les dépenses totales, l'investissement est pris en compte pour les analyses France entière. En revanche, les données d'investissement ne sont pas retenues pour les analyses par département du fait du côté hétérogène de ces dépenses, qui, pour des montants souvent élevés, viendrait fausser l'appréciation du fonctionnement en routine d'une MDPH.

Les dépenses de personnel recouvrent l'ensemble des effectifs de la MDPH et ceux mis à disposition par les contributeurs (on ne fait pas de différence entre charges et dépenses de personnel).

Les données du fonds de compensation ne sont pas prises en compte dans l'analyse des maquettes des MDPH, mais feront l'objet d'une étude séparée.

# 1. Analyse des dépenses et des recettes en 2012

## a. Tableau synthétique

Le tableau ci-après récapitule les comptes des GIP-MDPH, pour les années 2009 à 2012.

	2009		2010		2011		2012		Évolution 2011-2012
<b>Dépenses (€)</b>	<b>274 824 144</b>	% du total	<b>296 176 848</b>	% du total	<b>316 139 230</b>	% du total	<b>322 133 989</b>	% du total	2%
Dépenses totales d'investissement	13 144 943	5%	14 710 234	5%	9 054 940	3%	8 998 523	3%	-1%
Dépenses totales de fonctionnement	261 679 201	95%	281 466 615	95%	307 084 290	97%	313 135 466	97%	2%
<i>dont</i>									
Dépenses de personnel	200 812 254	77%	220 272 806	78%	236 141 514	77%	247 267 979	79%	5%
Charges à caractère général	45 101 705	17%	46 263 534	16%	52 183 822	17%	48 403 377	15%	-7%
Autres charges (provisions, charges financières, charges exceptionnelles...)	15 765 242	6%	14 930 275	5%	18 758 954	6%	17 464 110	6%	-7%
Par contributeur									
Dépenses des conseils généraux	75 711 185	28%	77 761 845	26%	90 343 278	29%	82 380 198	26%	-9%
Dépenses de l'Etat	49 181 553	18%	48 794 028	16%	46 337 813	15%	44 598 990	14%	-4%
Dépenses de la Sécurité sociale	1 454 539	1%	1 026 964	0,3%	644 351	0,0%	910 820	0,3%	41,4%
Dépenses des autres contributeurs	2 101 394	1%	2 198 174	1%	4 136 794	1%	3 256 047	1%	-21%
<b>ZOOM dépenses MDPH</b>									
Dépenses d'investissement des MDPH	5 949 121	2%	7 077 938	2%	3 032 969	1%	4 053 402	1%	34%
Dépenses de fonctionnement des MDPH	140 426 351	51%	159 317 898	54%	171 644 024	54%	186 934 533	58%	9%
<b>Recettes (€)*</b>	<b>277 101 645</b>	% du total	<b>299 219 871</b>	% du total	<b>315 471 208</b>	% du total	<b>308 274 331</b>	% du total	-2%
Apports totaux d'investissement	14 724 966	5%	15 554 809	5%	11 614 425	4%	10 388 343	3%	-11%
Apports totaux de fonctionnement	262 376 679	95%	283 665 062	95%	303 856 784	96%	297 885 988	97%	-2%
Apport en dotation des contributeurs **	137 345 585	50%	158 188 171	53%	164 641 383	52%	168 939 471	55%	3%
Apport en charge de personnel des contributeurs	107 166 552	39%	108 443 452	36%	117 025 510	37%	112 302 875	36%	-4%
Apport en charges générales des contributeurs	14 086 297	5%	13 705 264	5%	18 414 756	6%	13 898 058	5%	-25%
Apport en investissement des contributeurs	7 195 822	3%	7 632 295	3%	6 021 971	2%	4 945 121	2%	-18%
MDPH (investissement, ventes, autres produits d'activité, produits financiers,...)	11 307 388	4%	11 250 689	4%	9 367 588	3%	8 353 921	3%	-11%
Par contributeur									
Contribution conseils généraux ***	107 477 156	39%	116 867 258	39%	129 393 117	41%	126 780 119	41%	-2%
Contribution Etat	94 648 237	34%	105 367 866	35%	110 448 142	35%	107 488 622	35%	-3%
Contribution CNSA ****	58 046 618	21%	61 642 755	21%	60 490 334	19%	59 837 357	19%	-1%
Contribution Sécurité sociale	1 868 490	1%	1 434 489	0%	923 794	0%	1 133 952	0%	23%
Autres (Mutualité, Ugecam, CRAM...)	3 753 756	1%	2 656 814	1%	4 848 233	2%	4 680 361	2%	-3%
MDPH (investissement, ventes, produits financiers, produits exceptionnels)	11 307 388	4%	11 250 689	4%	9 367 588	3%	8 353 921	3%	-11%
<b>ZOOM recettes MDPH</b>									
Recettes d'investissement des MDPH	7 529 144	3%	7 922 514	3%	5 592 454	2%	5 443 222	2%	-3%
Recettes de fonctionnement des MDPH	141 123 829	51%	161 401 922	54%	182 602 336	58%	172 743 127	56%	-5%

\* Les recettes recensent les moyens effectivement mis à disposition des MDPH (en recette et en nature).

\*\* Les apports ne comprennent pas le rappel des années antérieures versé par l'administration.

\*\*\* Les apports des CG sont diminués du concours CNSA versé aux CG et non reversé aux MDPH (9 525 597 €).

\*\*\*\* Les acomptes versés en 2012 et le solde 2011 égalent bien 60 M€ mais les données communiquées diffèrent légèrement.

Source : CNSA - maquettes MDPH 2012.

**Les dépenses totales des GIP-MDPH (dépenses d'investissement et de fonctionnement) s'élèvent en 2012 à 322 millions d'euros en augmentation de 2 % par rapport à 2011.**

Il s'agit là des dépenses effectuées sur le budget des MDPH (191 millions d'euros - 59 %), auxquelles s'ajoutent celles des contributeurs au GIP (valorisation des mises à disposition et autres dépenses faites pour le GIP, 131 millions d'euros - 41 %).

**Les dépenses de personnel** représentent 77 % des dépenses totales (79 % hors investissement). Elles varient selon les départements :

- de 27 % à 92 % du total des dépenses de fonctionnement **sans** le « personnel effectuant une prestation de service pour le compte de la MDPH » (compte **6411 bis**)<sup>3</sup>, avec une moyenne à 71 % et une médiane<sup>4</sup> qui s'élève à 77 % ;
- **lorsqu'on intègre le compte 6411 bis**, les dépenses de personnel varient entre 39 % et 96 % des dépenses de fonctionnement avec une moyenne à 79 % et une médiane à 81 %.

Pour onze départements, la part du 6411 bis dans les dépenses de personnel est située entre 18 % et 36 %. Pour un département, les dépenses valorisées au 6411 bis atteignent 72 % des dépenses de personnel.

Treize départements en 2012 conservent dans leur budget la dotation de la CNSA. Leur apport à la MDPH se fait alors sous la forme de recettes pour la MDPH ou en dépenses gratuites pour le GIP, de façon à ce que l'apport du conseil général (en recettes ou en dépenses) soit au moins égal au concours de la CNSA (convention d'appui à la qualité de service, article 2.1.2). De ce fait, selon le cas, l'un ou l'autre apport a été minoré de la dotation de la CNSA afin d'éviter toute double comptabilisation.

Les charges de fonctionnement général représentent ensuite 15 % des dépenses totales et les autres charges 6 %.

Les recettes avoisinent **308 millions d'euros**, en diminution de 2 % par rapport à 2011, réparties entre trois principaux financeurs : **les départements pour 41 %, l'État<sup>5</sup> pour 35 % et la CNSA pour 19 %** (répartition identique à celle de 2011).

Les dépenses de fonctionnement rapportées à la population sont données par le graphique ci-après pour approcher la notion de coût moyen d'une MDPH.

<sup>3</sup> Le **compte 6411 bis** permet de présenter le coût des agents qui, tout en travaillant hors de la MDPH, consacrent une partie de leur temps à cette dernière (quand ces prestations ne font pas l'objet d'une refacturation à la MDPH).

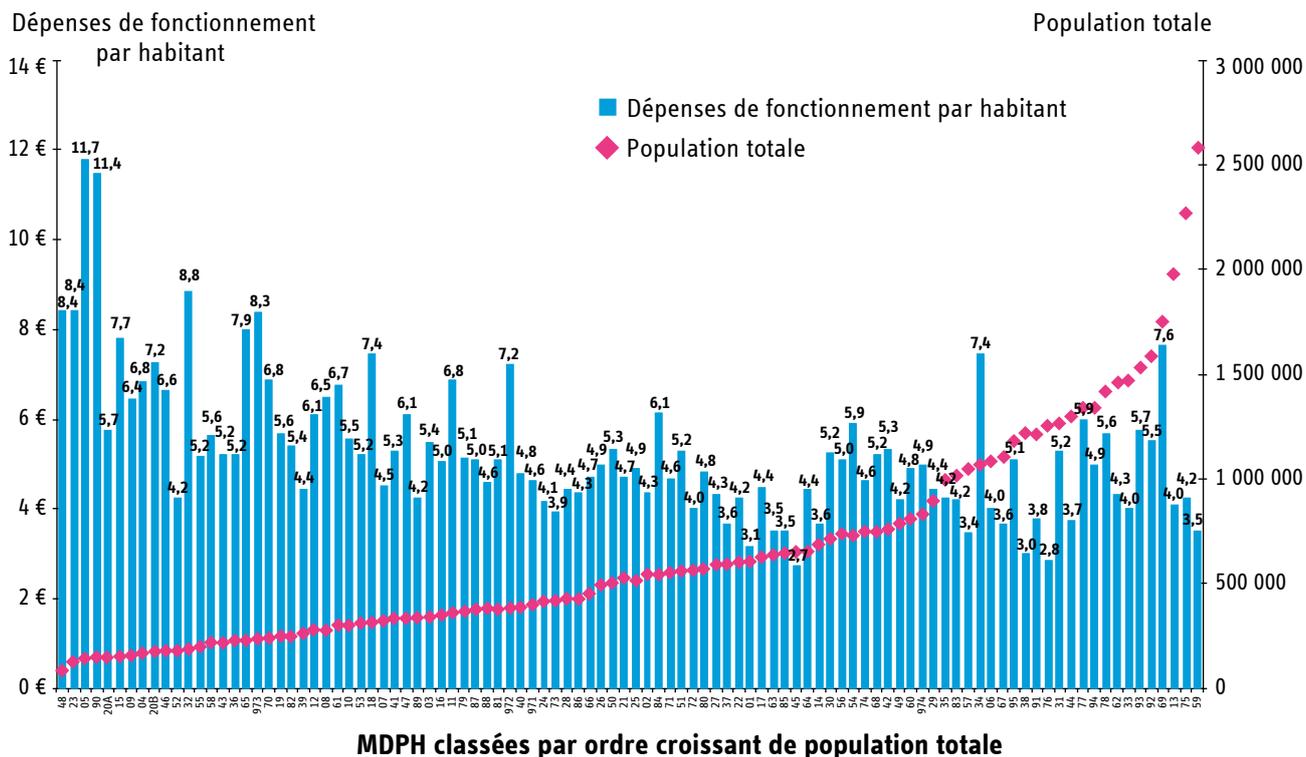
Ex. : l'un des cas les plus fréquents est le service budget ou de la comptabilité du conseil général qui assure directement la gestion financière de la MDPH : des agents travaillent pour la MDPH sans pour autant faire partie de ses effectifs.

À des fins de comparaison entre MDPH, cette ligne permet de distinguer celles qui « internalisent » ces fonctions et ont donc des charges de personnel plus importantes et celles qui les font prendre en charge par l'un des contributeurs.

<sup>4</sup> La **médiane** signifie ici que cinquante MDPH ont une part des dépenses de personnel dans les dépenses de fonctionnement supérieure à sa valeur (77 %) et que les cinquante autres MDPH ont une part des dépenses de personnel de fonctionnement inférieure à cette valeur.

<sup>5</sup> L'État regroupe dans cette étude la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP), la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), l'Éducation nationale.

## Dépenses de fonctionnement rapportées à la population 2012



Source : Maquettes CNSA 2012.

On observe en 2012, comme les années précédentes, une grande dispersion du coût de fonctionnement au sein des MDPH. La valeur la plus basse de dépenses de fonctionnement d'une MDPH se situe à 2,7 euros par habitant et la plus élevée à 11,7 euros.

Cette dispersion est notamment significative au sein des départements peu peuplés. Le coût varie en effet dans un rapport d'un à trois pour certains départements de moins de 500 000 habitants. Il varie du simple au double au sein des départements les plus peuplés, ce qui montre que le facteur populationnel n'est que l'un des facteurs de variation du coût de fonctionnement d'une MDPH.

La dépense moyenne et la dépense médiane par habitant sont respectivement de 5,3 euros et de 5 euros, en légère augmentation par rapport à 2011 (4,75 euros et 4,9 euros respectivement), l'écart-type<sup>6</sup> de 1,59.

Les départements les moins peuplés tendent, logiquement, à avoir un coût par habitant plus élevé du fait de frais de fonctionnement incompressibles (frais fixes) quelle que soit l'importance de la population du département<sup>7</sup>.

Rappelons qu'à la lecture de ce graphique, il n'est pas possible de déduire de ces chiffres l'estimation d'un coût moyen standard qui pourrait être considéré comme optimum pour le fonctionnement d'une maison départementale.

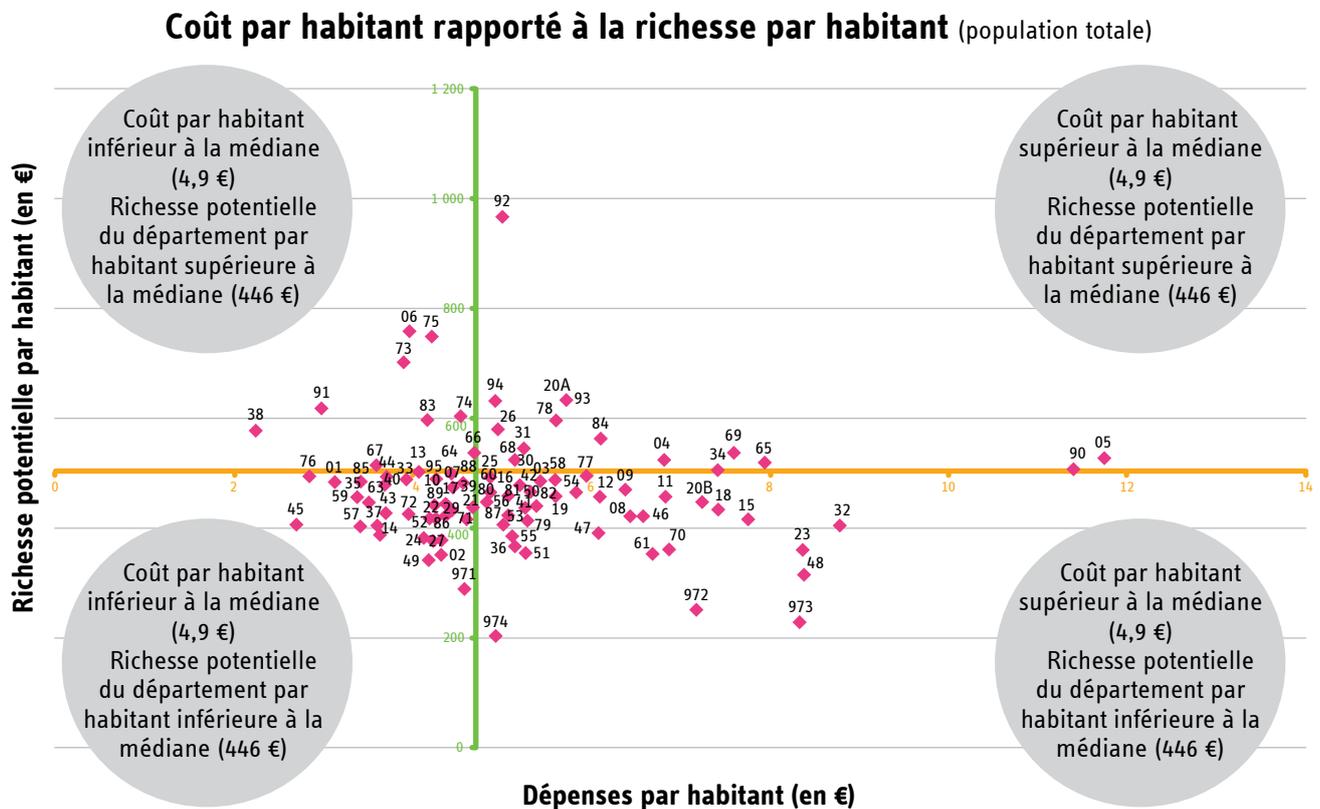
Les chiffres doivent en effet être rapprochés de l'hétérogénéité des moyens transférés par l'État à la création des MDPH, des efforts faits par les conseils généraux pour contribuer au fonctionnement de ces services, ainsi que de la charge de travail qui pèse sur les MDPH.

6 L'écart-type mesure la dispersion d'une série de valeurs autour de leur moyenne. Plus l'écart-type est faible, plus la classe est homogène.

7 Cet élément est pris en compte dans les modalités de répartition du concours de la CNSA de 60 millions d'euros consacrés aux MDPH, lequel prévoit une part fixe, soit 200 000 euros, complétée par une part variable en fonction de la population des 20-59 ans et du potentiel fiscal des départements.

## b. Rapprochement avec la richesse potentielle du département

Comme les années précédentes, nous nous intéressons au lien entre les dépenses et la richesse potentielle des départements. Le graphique suivant rapporte le coût de fonctionnement d'une MDPH au potentiel fiscal par habitant. Le potentiel fiscal est en effet l'indicateur de richesse utilisé dans le calcul des concours de la CNSA aux départements.



Source : Maquettes CNSA 2012.

Le coût médian d'une MDPH est de 4,9 euros par habitant en 2012 et le potentiel fiscal par habitant de 501 euros (médiane). La médiane est préférée ici à la moyenne, compte tenu de la dispersion du nuage de points.

Le nuage de point paraît en effet très éclaté, ce qui ne permet pas, cette année encore, de conclure à une véritable corrélation entre le potentiel fiscal et le coût de fonctionnement par habitant.

Ainsi, les départements qui présentent un potentiel fiscal proche peuvent avoir un coût de fonctionnement rapporté à leur population très différencié. C'est le cas par exemple de la MDPH 45 (2,7 euros) et des MDPH 15 et 32 (respectivement 7,7 et 8,8 euros par habitant).

À l'inverse, on trouve des départements ayant un potentiel fiscal éloigné, qui présentent une dépense par habitant de leur MDPH équivalente : 4 euros par habitant pour les MDPH 06 et 72, dont le potentiel fiscal respectif est de 758 euros et de 420 euros.

L'absence de corrélation entre le potentiel fiscal et le coût par habitant s'explique notamment par le fait que les pratiques de soutien à la MDPH par le conseil général sont différentes et sans doute fonction des priorités qu'il fixe en matière d'action sociale. Cela relève d'un choix de politique locale.

Par ailleurs, nous savons que le conseil général n'est pas le seul contributeur au GIP, ce qui rend moins direct le lien entre richesse du département et dépenses de fonctionnement de la MDPH.

### c. Les dépenses propres des MDPH

En 2012, comme les années précédentes, **plus de la moitié (59 %) de l'ensemble des dépenses d'investissement et de fonctionnement est réalisée directement sur le budget du GIP**. Il est néanmoins nécessaire de garder à l'esprit que ces dépenses sont en parallèle supportées par les partenaires par le biais des crédits versés à la maison départementale (notamment le conseil général).

Il n'y a pas de corrélation évidente cette année encore entre les dépenses de fonctionnement et la part des dépenses propres des MDPH, mais, au contraire, une grande disparité qui reflète également celle du degré d'autonomie des MDPH à l'égard des membres du GIP.

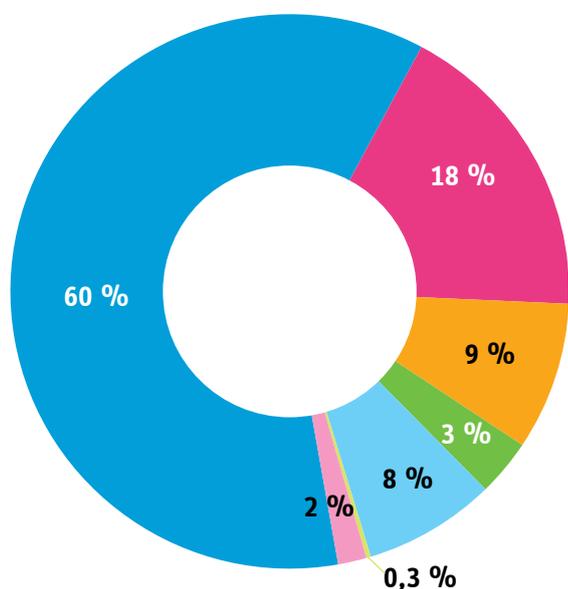
Les dépenses de personnel prises en charge sur le budget propre de la MDPH représentent 43 % du total des dépenses de fonctionnement, 20 % correspondent à des mises à disposition des conseils généraux et 14 % de l'État.

Les refacturations contribuent à clarifier les flux financiers entre les MDPH et leur principal contributeur, le conseil général, puisque plus de la moitié des charges de personnel de ce dernier sont refacturées aux MDPH, tout en sachant que des crédits sont par ailleurs versés à la MDPH en recette pour permettre ce remboursement.

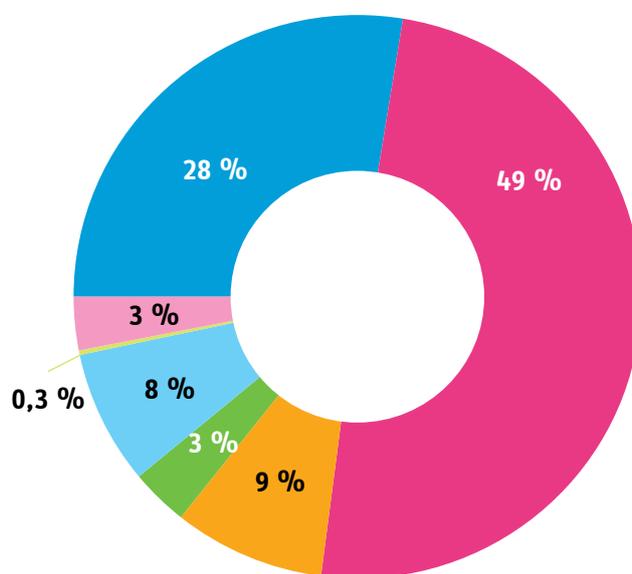
Ainsi, si la part des charges de personnel relevant de la MDPH avant refacturation est relativement stable depuis 2009 (28 % en 2012, 26 % en 2011, 24 % en 2010 et 26 % en 2009), la part de ces charges de personnel refacturée à la MDPH augmente d'année en année : 33 % en 2012 (plus de la moitié des charges de personnel du CG), 31 % du total en 2011, 25 % en 2010 et 20 % en 2009.

L'ensemble des MDPH paie ainsi au final, directement ou indirectement, plus de la moitié des frais de personnel (60 %).

**Valorisations des charges de personnel avec refacturation - 2012**



**Valorisation des charges de personnel sans refacturation - 2012**



### d. Rapprochement avec les données d'activité

Le nombre de demandes adressées aux MDPH a augmenté de 6,6 % entre 2011 et 2012 (comme l'année précédente), correspondant à une hausse ou à une stagnation pour 77 % d'entre elles et à une baisse pour 23 % (échantillon : soixante-dix-huit MDPH ayant répondu en 2011 et 2012).

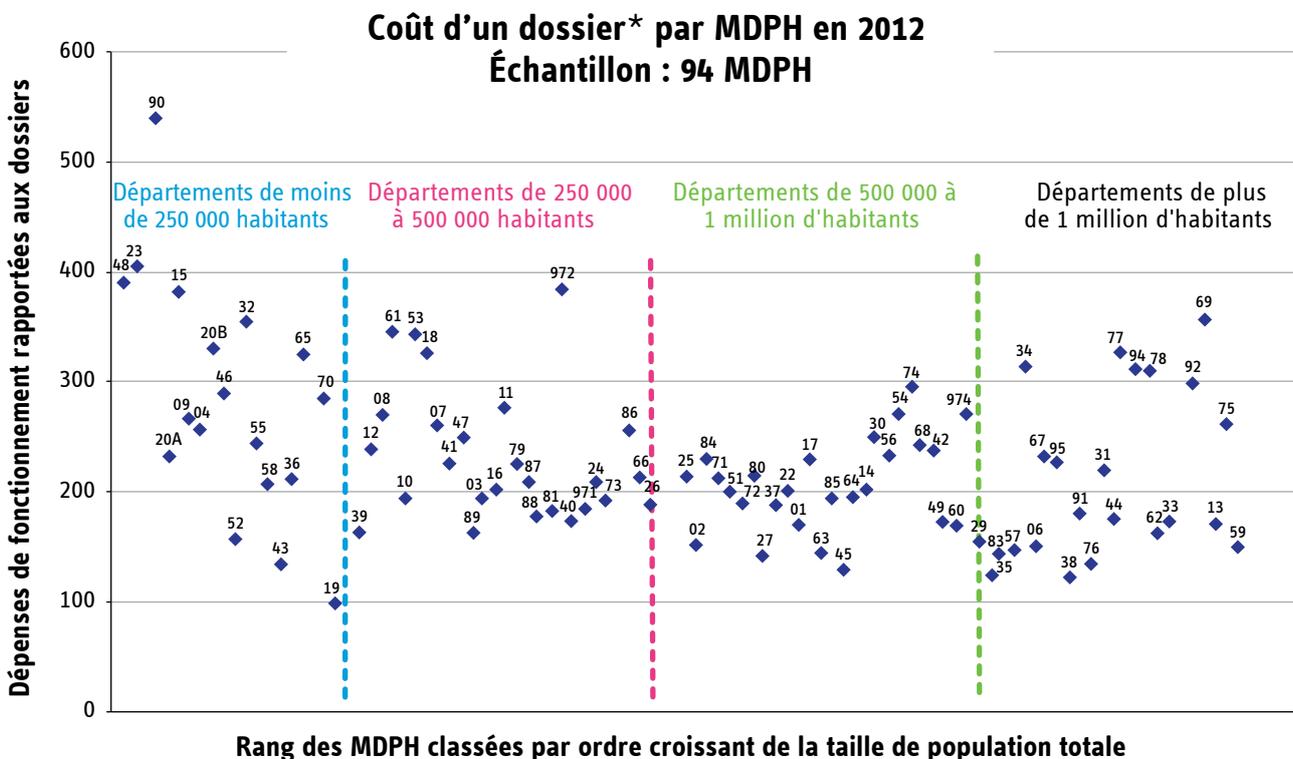
Il est intéressant de rapprocher le nombre de demandes adressées à la MDPH des dépenses de fonctionnement pour obtenir le coût d'une demande par département.

En 2012, la médiane du **coût d'une demande** (échantillon de quatre-vingt-quatre MDPH ayant répondu en 2012) **est de 97 euros**, avec un minimum à 51 euros (54 euros en 2011, 50 euros en 2010) et un maximum à 255 euros (306 euros en 2011, 200 euros en 2010) avec une dispersion très importante parmi les MDPH (écart-type : 38).

Comme pour 2011, il apparaît intéressant d'observer le **coût moyen d'un dossier** (voir graphique ci-après) en analyse complémentaire à celle du coût moyen par demande. En effet, la charge de travail pour les équipes n'est pas strictement proportionnelle au nombre de demandes, même s'il est évident que plus le nombre de demandes est important plus la charge de travail augmente. Le traitement et le suivi **d'un dossier** nous renseignent sur l'activité d'une MDPH.

**À noter :** Le terme « dossier » renvoie au nombre de personnes ayant déposé au moins une demande. Une personne peut donc déposer une ou plusieurs demandes en même temps, sans différenciation ici du nombre de demandes pour chaque « dossier » comptabilisé.

Le graphique qui suit présente le coût d'un dossier pour quatre-vingt-quatorze MDPH classées par ordre croissant de la taille de leur population totale. Le coût d'un dossier est calculé ici en rapportant les dépenses de fonctionnement au nombre de personnes ayant déposé au moins une demande à la MDPH dans l'année.



\*Nombre de personnes ayant déposé au moins une demande en 2012.

Source : Échanges annuels et maquettes CNSA 2012.

**Le coût moyen d'un dossier pour quatre-vingt-quatorze MDPH est de 226 euros en 2012** (dépenses de fonctionnement comparées au nombre de personnes ayant déposé au moins une demande). Il oscille dans un intervalle allant de 98 euros à 737 euros (131 et 560 euros en 2011). L'écart-type élevé (92) indique que la médiane est, là encore, préférable pour les comparaisons à la moyenne ; elle est de 212 euros :

- trente-sept MDPH ont un coût par dossier compris entre 121 euros et 200 euros ;
- trente-neuf MDPH entre 200 euros et 300 euros ;
- seize MDPH au-delà de 300 euros.

Ces différences peuvent s'expliquer par un nombre plus ou moins important de demandes par dossier (qu'il conviendrait d'analyser ultérieurement), mais aussi et peut-être surtout, encore une fois, par la grande variété des modèles d'organisation, dont le niveau de qualité du service rendu n'est pas mesurable au travers du seul indicateur « coût d'un dossier ».

Le graphique (page suivante) donne une représentation plus claire de la dispersion des MDPH, classée par ordre croissant du nombre de personnes ayant déposé au moins une demande. Le coût de fonctionnement est détaillé en deux composantes : le coût moyen d'un dossier hors dépenses de personnel et les dépenses de fonctionnement rapportées au nombre de dossiers.

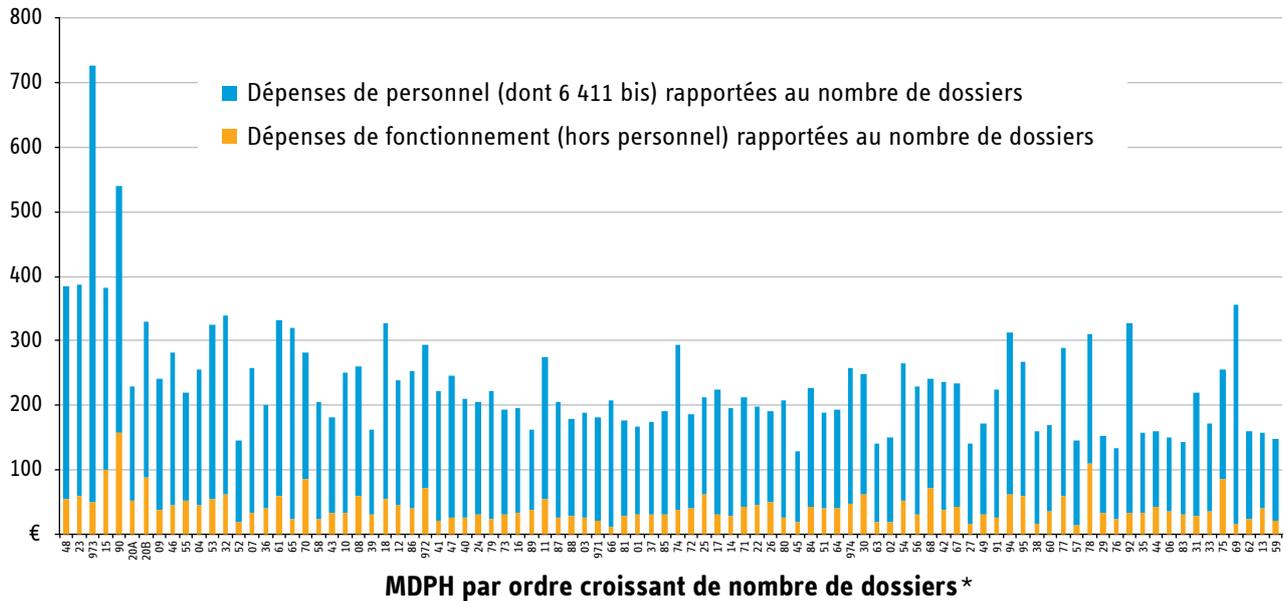
**Le coût moyen d'un dossier hors dépenses de personnel** se situe entre le minimum de 12 euros et le maximum de 158 euros (médiane à 36 euros) :

- neuf MDPH se situent entre 12 euros et 19 euros ;
- dix-neuf entre 20 euros et 29 euros ;
- vingt-cinq entre 30 euros et 39 euros ;
- quatorze entre 40 euros et 48 euros ;
- douze entre 50 euros et 59 euros ;
- six entre 60 euros et 63 euros ;
- huit MDPH ont un coût supérieur à 70 euros.

On peut également aborder le coût de fonctionnement en rapportant **les dépenses de personnel** (y compris les prestations externes identifiées par le compte 6411 bis) au **nombre de personnes ayant déposé au moins une demande**. Sur les quatre-vingt-douze MDPH, le coût minimum est de 108 euros et le maximum est de 677 euros (médiane à 180 euros). En excluant cette valeur extrême, la plage va de 108 euros à 381 euros (médiane à 178 euros) :

- quatorze MDPH ont un coût inférieur à 130 euros ;
- quatorze sont entre 130 euros et 147 euros ;
- quinze entre 150 euros et 169 euros ;
- dix entre 170 euros et 189 euros ;
- quatorze entre 191 euros et 208 euros ;
- neuf entre 210 euros et 225 euros ;
- cinq entre 231 euros et 255 euros ;
- sept entre 271 euros et 296 euros ;
- cinq MDPH ont un coût supérieur à 320 euros.

### Comparaison des coûts de fonctionnement des MDPH en 2012 Échantillon : 92 MDPH



\*Nombre de personnes ayant déposé au moins une demande en 2012.

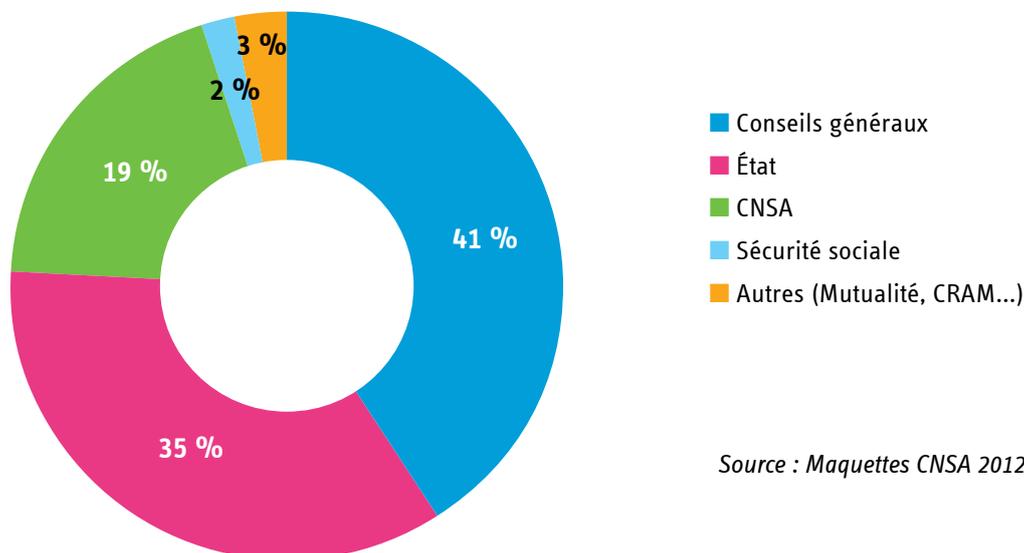
Source : Maquettes et échanges annuels CNSA 2012.

#### e. La structure des apports des différents financeurs

Les apports des partenaires comprennent :

- les dotations financières qu'ils versent à la maison départementale (en recette pour la MDPH) ;
- les dépenses qu'ils effectuent à titre gratuit pour la MDPH, en fonctionnement et en investissement (dépenses de téléphone, d'entretien, de mise à disposition de personnels... valorisées dans la maquette). Ces dépenses sont ainsi les apports en nature à titre gratuit que les MDPH tentent chaque année de valoriser au plus près de la réalité.

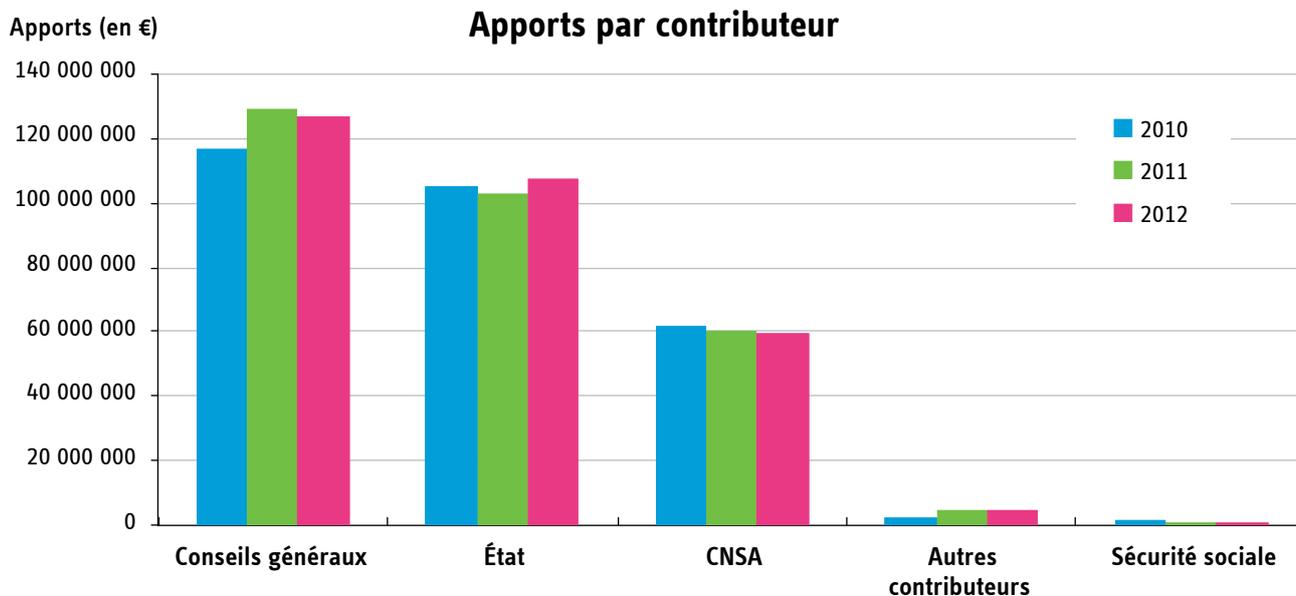
Au niveau national, la répartition des apports entre les différents financeurs est inchangée en 2012 par rapport à 2011.



Source : Maquettes CNSA 2012.

En 2012, la participation de l'État augmente pour atteindre 107,5 millions d'euros (contre 103,2 millions d'euros en 2011, 105,4 en 2010 et 94,6 en 2009).

La CNSA contribue en 2012, comme depuis 2009, à hauteur de 60 millions d'euros par le biais de son concours. La différence entre les versements effectués et le montant total du concours provient d'écarts (en plus ou en moins) entre ce qui est versé par la CNSA aux conseils généraux et ce qu'ils reversent aux MDPH, et au fait que le département de Mayotte n'est pas compris dans cette étude en 2012.



Source : Maquettes CNSA 2012.

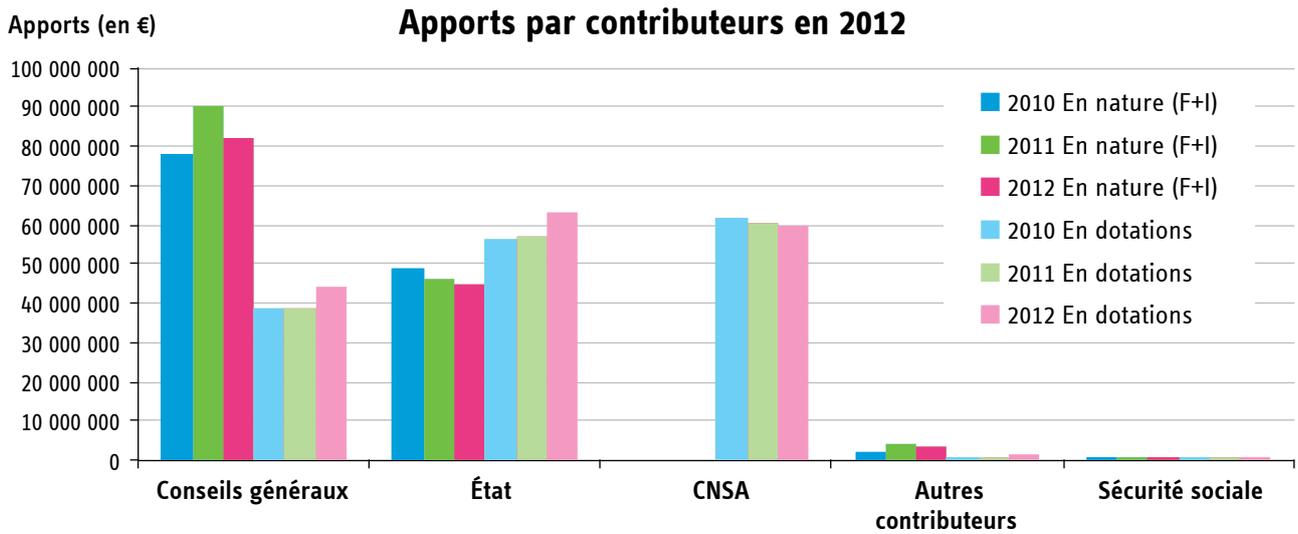
**La part des apports en nature est égale à 43 % en 2012** (45 % en 2011, 44 % en 2010, 47 % en 2009 et 49 % en 2008). Ces apports recouvrent l'ensemble des mises à disposition, personnel et locaux principalement. Il est probable néanmoins qu'ils soient aujourd'hui encore sous-estimés au moment de la valorisation.

Le graphique suivant compare plus précisément les apports des différents contributeurs selon qu'ils sont monétaires ou en nature sur la période 2010-2012.

Pour ce qui est des apports de l'État, on observe que la diminution amorcée en 2010 des apports en nature de l'État se confirme en 2011 et 2012, au profit de dotations versées plus importantes.

Cette moindre mise à disposition de personnel de l'État est compensée sur la base d'une valorisation à hauteur de 30 000 euros par poste. Ces postes seront parfois occupés par des agents de catégories d'emploi A et B dont le coût est plus élevé.

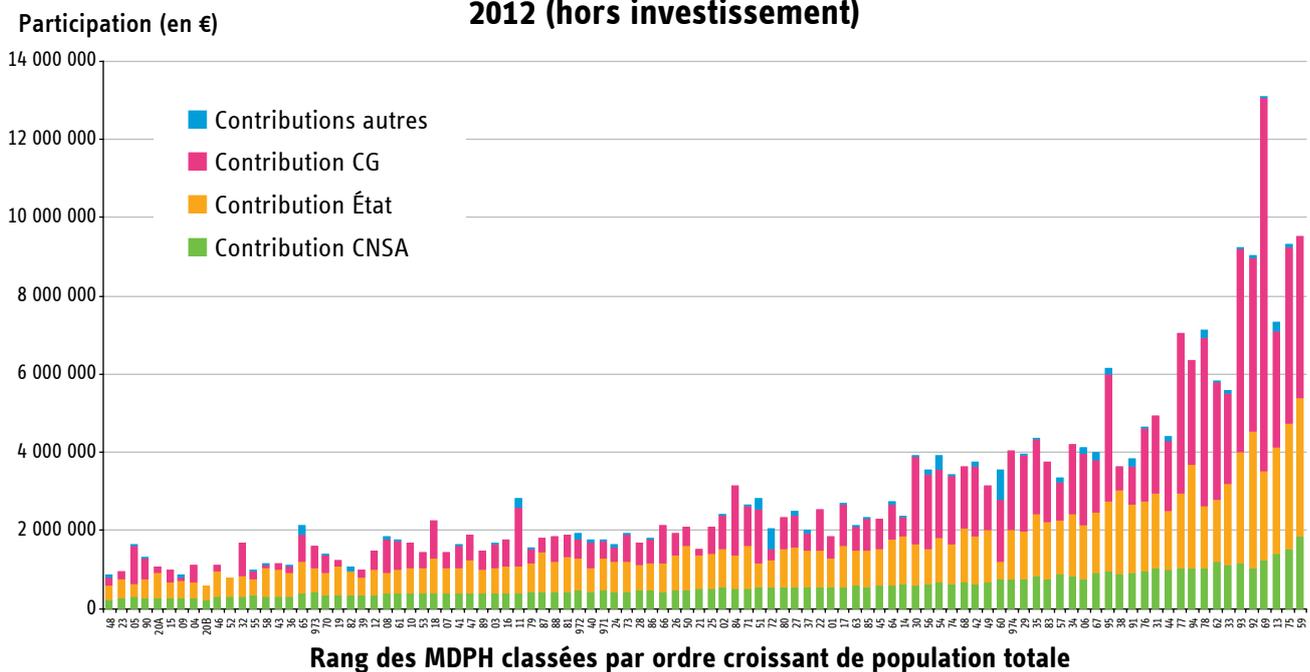
La diminution des apports en nature des conseils généraux est partiellement contrebalancée par des dotations. Nous avons vu en effet (voir *supra* c. Les dépenses propres des MDPH) que les conseils généraux ont tendance à verser des dotations aux MDPH pour qu'elles puissent rembourser les mises à disposition dont elles bénéficient.



Source : Maquettes CNSA 2012.

Il est intéressant ensuite d'observer la part respective des différents contributeurs<sup>8</sup> classée dans le graphique ci-dessous en fonction de la taille croissante de la population.

### Participation des principaux contributeurs dans l'ensemble des participations au GIP 2012 (hors investissement)



Source : Maquettes CNSA 2012.

<sup>8</sup> Hors fonds de compensation.

Comme les années précédentes, **la contribution du conseil général semble peu liée à la population**, même si elle apparaît généralement proportionnellement plus élevée dans les départements les plus peuplés.

La contribution de l'État apparaît un peu moins hétérogène.

Pour mémoire, le concours de la CNSA comporte une part fixe de 200 000 euros en 2012 et une part variable principalement répartie en fonction de la population des vingt à cinquante-neuf ans (coefficient à 120 %), corrigée par le potentiel fiscal (- 20 %). C'est ce qui explique sa régularité sur le graphique lorsque l'on classe les MDPH par ordre croissant de population.

Le total des apports des contributeurs aux MDPH varie au final avec une grande amplitude (d'un peu moins d'1 million d'euros à 13 millions d'euros).

## 2. Le personnel de la MDPH

### Rappel

Les effectifs des MDPH regroupent :

- du personnel mis à disposition gratuitement : la quasi-totalité du personnel employé par l'État et une partie du personnel employé par les conseils généraux ;
- du personnel employé directement par la MDPH et rémunéré sur ses crédits ;
- du personnel mis à disposition contre remboursement (refacturé<sup>9</sup>): une autre partie des agents employés par les conseils généraux et la plus grande partie du personnel mis à disposition par d'autres structures que l'État (CRAM, CAF, MSA, associations, mutuelles...).

Pour avoir une vision globale, les départements ont exprimé le souhait à plusieurs reprises de faire apparaître sur les graphiques des effectifs les ETP externalisés. C'est également un élément que la CNSA aimerait pouvoir mettre en évidence. On constate néanmoins, au regard des données qui ont pu être remontées à la CNSA via la maquette, que si les prestations de services peuvent être valorisées en montants financiers, l'équivalent en ETP est plus difficile à obtenir. Les données des ETP externalisés n'ont donc pas pu être exploitées pour 2012, faute d'exhaustivité.

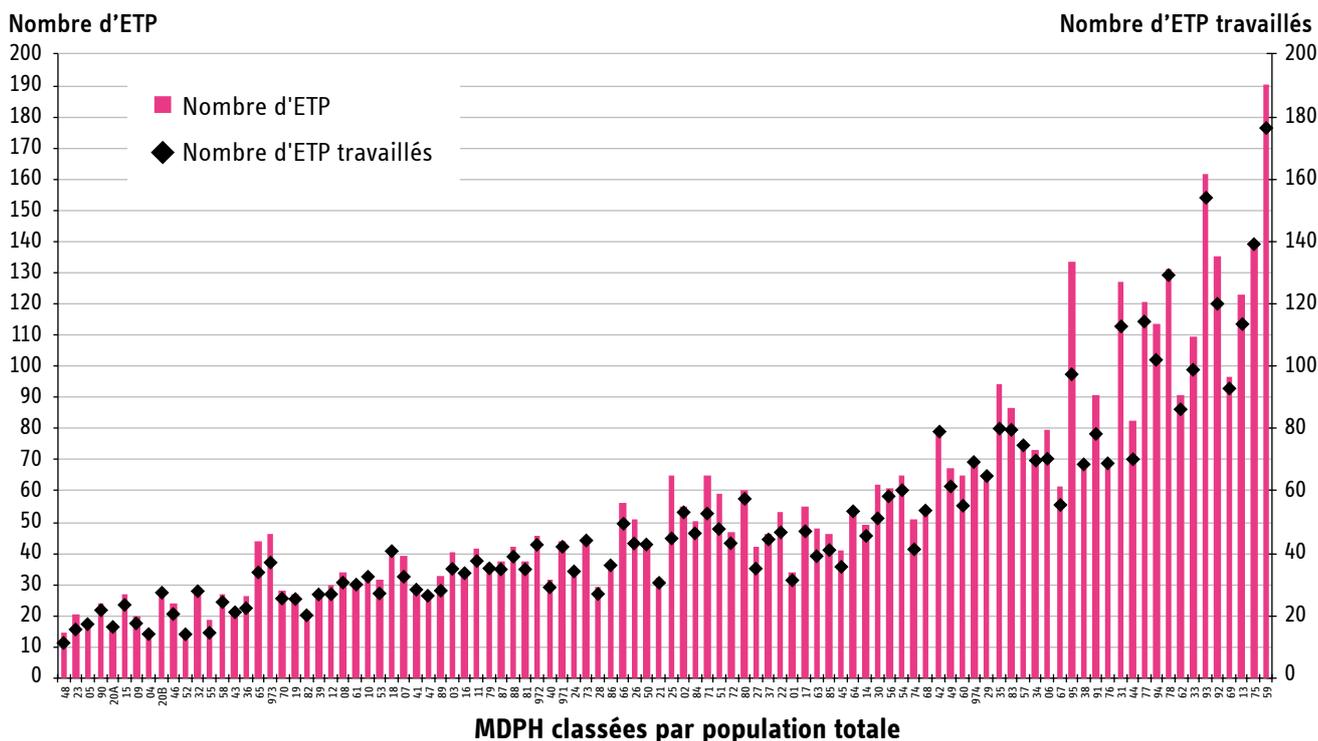
Comme cela avait déjà été constaté les années précédentes, les effectifs des MDPH ont sensiblement augmenté dans un mouvement qui se poursuit en 2012. Ainsi, on compte en 2012 **5 546 ETP** (5 378 ETP en 2011) correspondant à **5 086 ETP travaillés**<sup>10</sup> (4 942 ETPT en 2011) parmi le personnel des MDPH, soit un peu plus de 3 % de plus qu'en 2011.

Les MDPH comptent en moyenne cinquante-cinq ETP (correspondant à cinquante et un ETPT). La médiane est de quarante-six ETP (quarante-deux ETPT) : cinquante-sept MDPH ont entre quatorze et cinquante ETP dans leurs équipes. Onze MDPH ont plus de cent ETP (entre 110 et 190).

9 Indirectement liée à cette dernière catégorie figure la sous-traitance de services par la MDPH (médecins, psychiatres, travailleurs sociaux...), qui ne sont pas pris en compte en tant que personnel dans l'analyse, mais qui contribuent à limiter ses charges de personnel, car le GIP paie alors une prestation de service.

10 L'équivalent temps plein (ETP) correspond aux agents présents physiquement corrigés de la quotité de travail (effectif x quotité de travail) ; pour calculer l'ETP travaillé (ETPT), on introduit pour un poste donné la notion de période d'activité effective (effectif x quotité de travail x période d'activité).

### Comparaison entre ETP et ETP travaillés par département en 2012

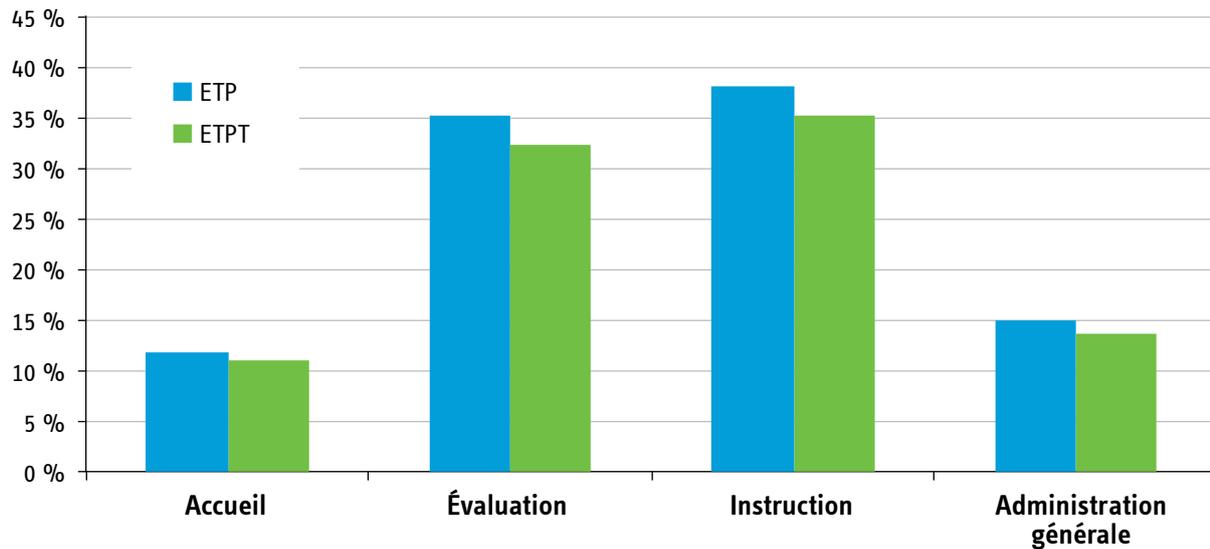


Source : Maquettes CNSA 2012.

Le graphique précédent et le tableau ci-dessous permettent de comparer le nombre d'ETP et le nombre d'ETP travaillés, donc les vacances de poste liées aux situations de départs en retraite, longues maladies, maternités et les retards de recrutement dans l'année considérée.

Récapitulatif des ETP	ETP 2009	ETP 2010	ETP 2011	ETP 2012	Évolution 2011/2012	ETP 2012	Écart ETP/ETPT 2012
OG	2 342	2 492	2 661,3	2 749,1	3 %	2 476,4	-10 %
MDPH	1 279	1 402	1 559,8	1 698,6	9 %	1 573,7	-7 %
État	1 153	1 025	989,0	920,7	-7 %	868,6	-6 %
OSS			8,5	9,4	11 %	9,4	0 %
Autre	99	103	159,8	168,6	5 %	158,1	-6 %
<b>Total</b>	<b>4 874</b>	<b>5 023</b>	<b>5 378</b>	<b>5 546</b>	<b>3 %</b>	<b>5 086</b>	<b>-8 %</b>

On peut également analyser l'écart entre ETP et ETP travaillés pour chaque processus :



Il nous a paru intéressant d'observer la différence entre les postes de médecin théoriques (ETP) et le nombre d'ETP travaillés pour les médecins dans la mesure où les MDPH font état d'une véritable difficulté pour recruter ou maintenir en poste ces collaborateurs essentiels dans le parcours des dossiers. On a ainsi en 2012 environ 415 ETP de médecins, mais « seulement » 370 ETPT.

Si on rapproche les effectifs et la taille du département, on observe qu'ils ne sont pas parfaitement corrélés. Il existe des différences significatives entre des départements de taille semblable, inégalités qui peuvent résulter de l'effectif présent lors de la création en 2006 et transféré des anciennes commissions ou de l'importance du renfort de postes au cours des années d'installation.

On comptabilise par ailleurs 88 ETP supplémentaires apportés par les conseils généraux cette année.

Cette année encore, le nombre de mises à disposition de l'État diminue (- 68 ETP), même si cette diminution est compensée financièrement (30 000 euros par poste).

En 2012, on compte 139 ETP supplémentaires employés directement par la MDPH par rapport à 2011 (+ 9 %). Certaines MDPH continuent donc à recruter, ce qui implique - pour elles ou pour les services départementaux - une charge de gestion des ressources humaines supplémentaire.

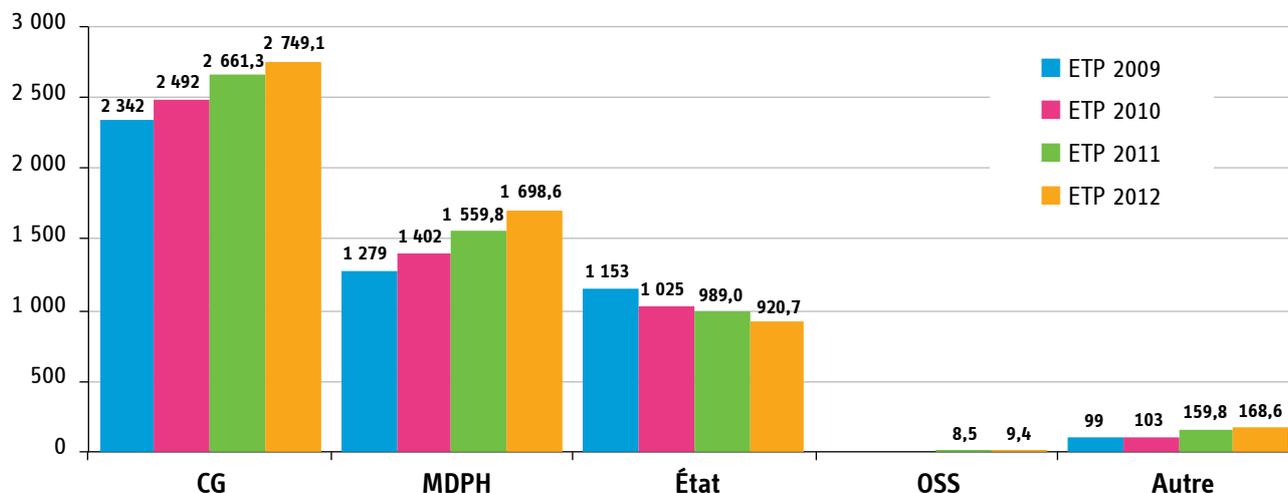
Au total, soixante-trois MDPH déclarent être employeurs d'une partie des effectifs du GIP (contre cinquante-neuf en 2011), c'est-à-dire qu'elles ont procédé elles-mêmes au recrutement de ce personnel, avec pour contrepartie le versement de sa rémunération<sup>11</sup>.

À l'inverse, certaines MDPH rapportent que, du fait du coût de la taxe sur les salaires et des charges sociales supérieures lorsqu'elles sont payées par les GIP MDPH, elles étudient la possibilité de transférer leurs effectifs aux conseils généraux.

Le graphique suivant illustre la part des ETP de la MDPH (sans prise en compte des externalisations) par catégorie d'employeur.

<sup>11</sup> Ce personnel peut être constitué de contractuels de droit public ou de contractuels de droit privé.

## Évolution du nombre d'ETP 2009-2012



### Rappel

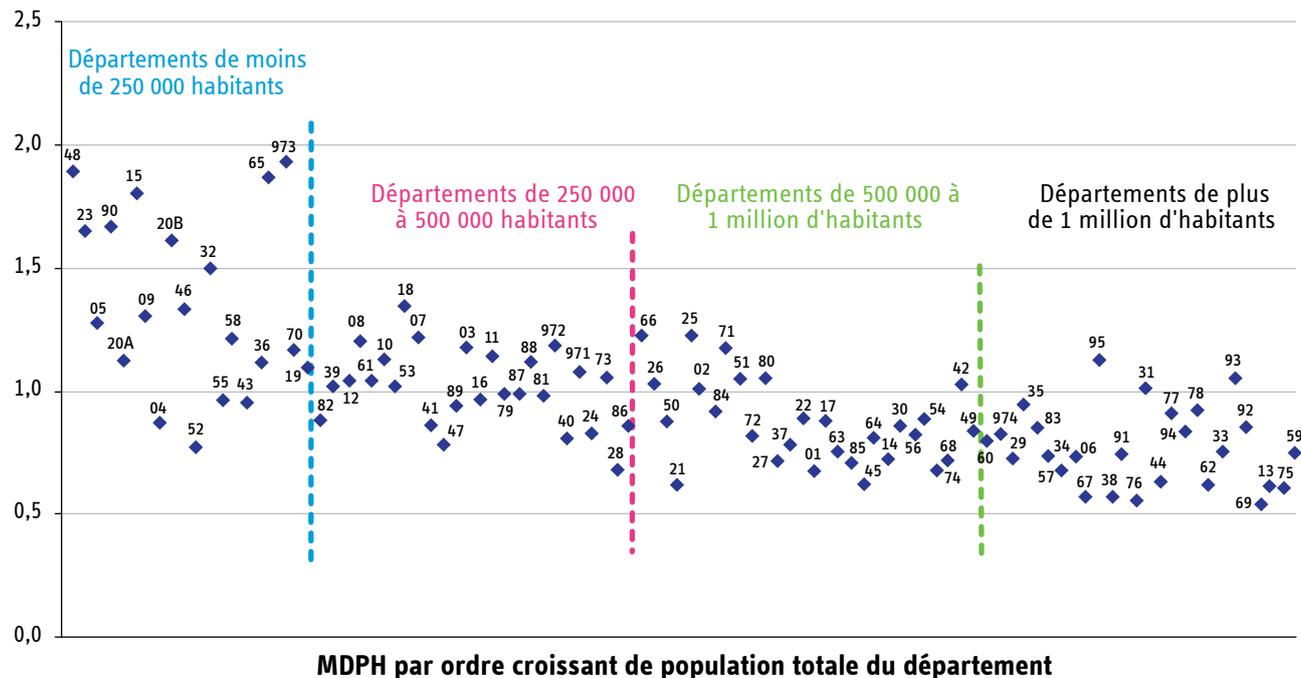
La répartition de ces emplois peut être rapprochée des participations par contributeur et des charges de personnel par contributeur (voir *supra*). En effet, comme on l'a vu, les charges de personnel sont supportées pour la plus grande partie par le budget du GIP-MDPH. Le conseil général refacture notamment un peu plus de la moitié de son personnel à la MDPH. Le personnel de l'État est en revanche presque exclusivement mis à disposition gratuitement ou, comme vu plus haut, en partie compensé financièrement en cas de non mise à disposition.

Il est toutefois important de rappeler que les partenaires financent également le personnel par le biais des dotations qu'ils versent à la MDPH, en plus des mises à disposition non refacturées.

Le croisement entre les ETP pour 10 000 habitants de la MDPH et la population totale du département (voir graphique ci-après) montre également que les départements les moins peuplés sont proportionnellement les mieux dotés en personnel. Il existe en effet une taille minimale critique au-dessous de laquelle on ne peut pas constituer une vraie maison départementale des personnes handicapées.

### Part d'ETP par MDPH pour 10 000 habitants en 2012 (100 MDPH)

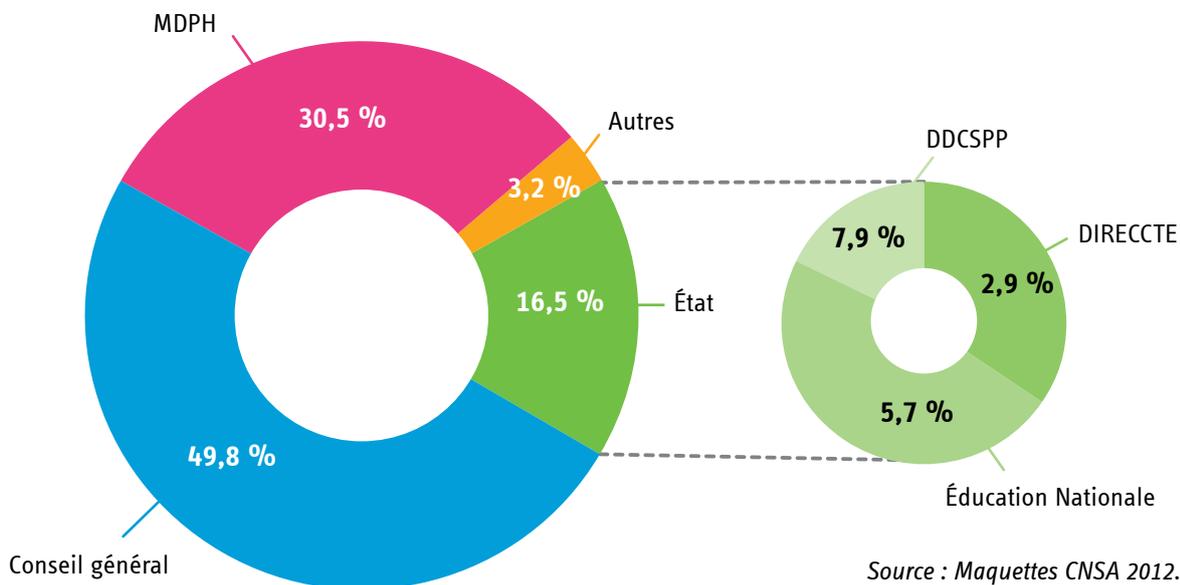
Part d'ETP pour 10 000 habitants



Source : Maquettes CNSA 2012.

#### a. Zoom : répartition des effectifs par employeur

### Répartition du nombre d'ETP 2012

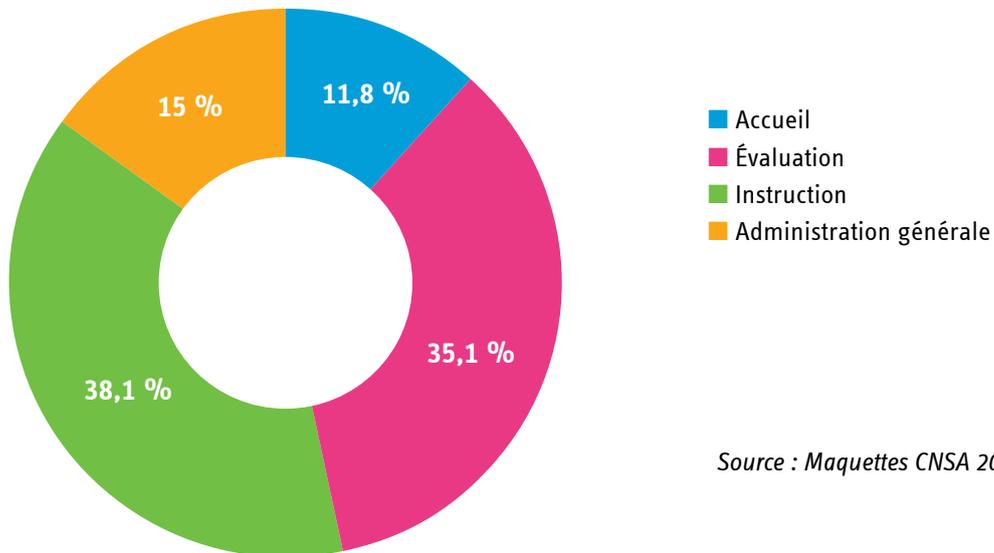


Source : Maquettes CNSA 2012.

## b. Zoom : analyse des effectifs par processus (ou mission)

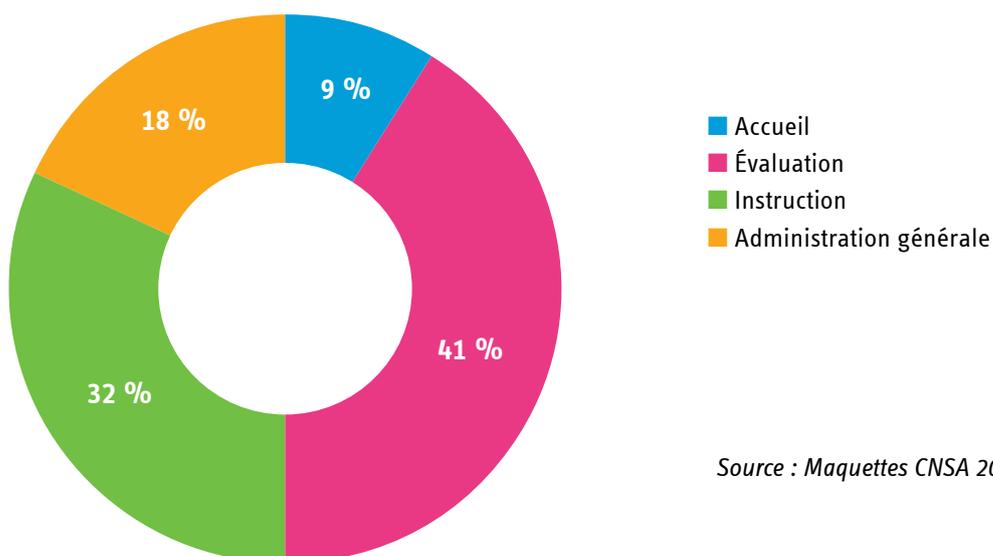
Les ETP des MDPH incluant ici les mises à disposition sont répartis principalement entre l'instruction (38 %) et l'évaluation (35 %) et dans une moindre mesure l'administration générale (15 %) et l'accueil (12 %).

### Répartition des ETP par processus



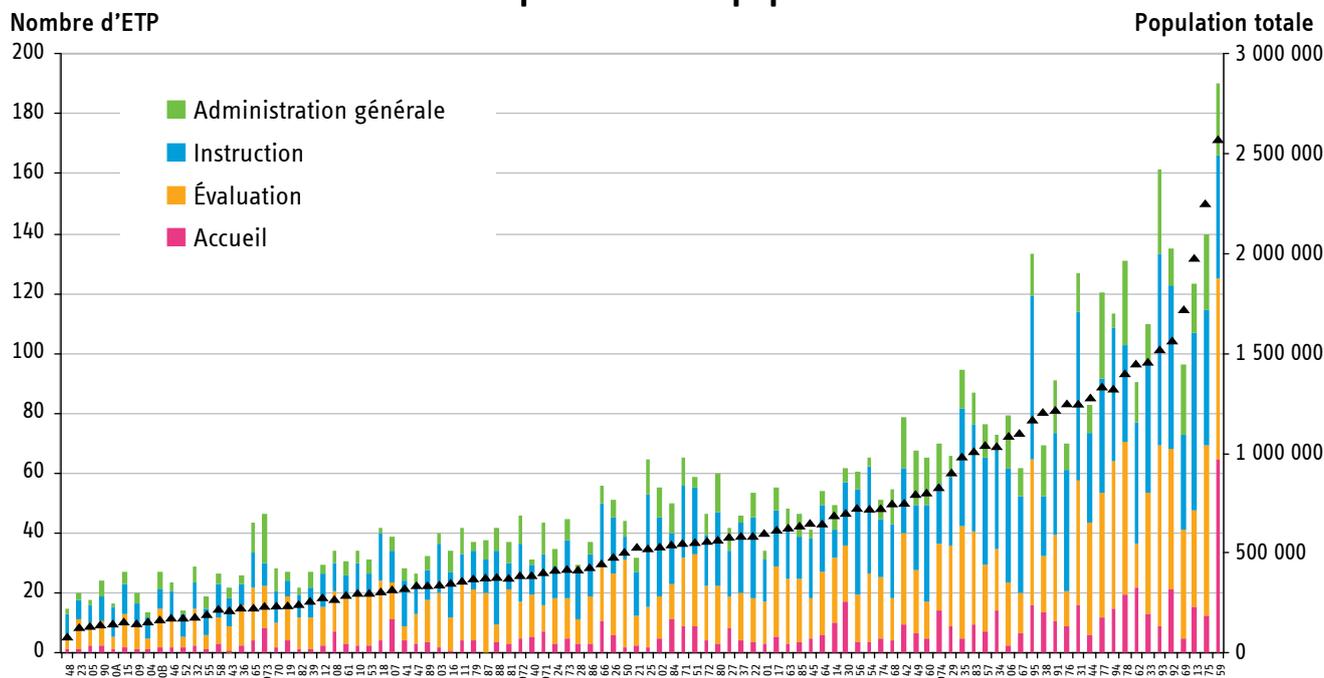
Si l'on considère les charges de personnel (en montants) et non plus seulement les ETP, on observe que le poids de l'évaluation se trouve renforcé (41 %) de même que l'administration générale (18 %), compte tenu du fait que les postes correspondants sont plus qualifiés.

### Part des différents processus au sein des charges de personnel - 2012



Cette répartition est néanmoins très variable au sein des départements, comme l'illustre le graphique ci-après.

### Répartition des effectifs (ETP) des MDPH par processus en 2012 Classement par niveau de population totale



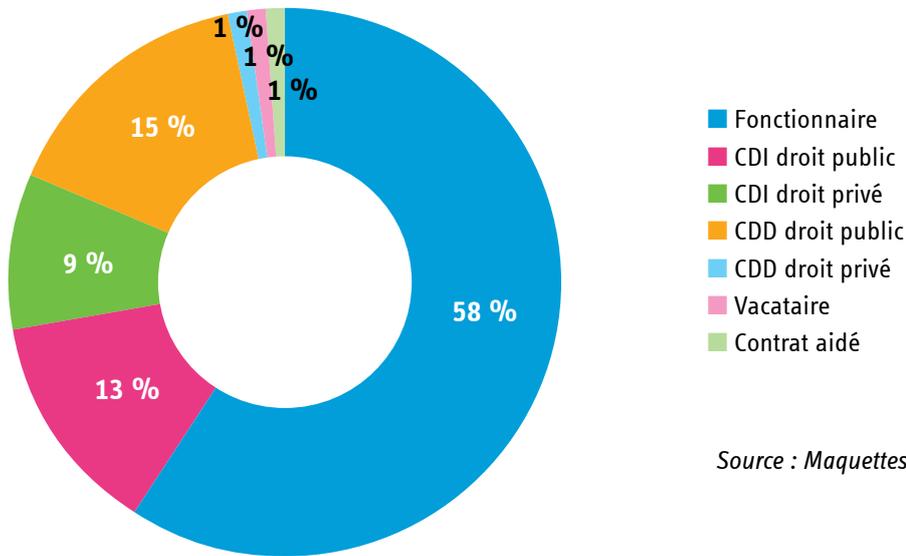
Source : Maquettes CNSA 2012.

#### c. Zoom : analyse des emplois par catégorie professionnelle et par statut

Afin d'avoir un aperçu des niveaux hiérarchiques ou des diplômes dans les maisons départementales il a été attribué, comme les années précédentes, à chaque ETP une catégorie professionnelle correspondant à l'une de celles de la fonction publique, soit A, B ou C, ou leur équivalent si l'agent n'est pas fonctionnaire.

La part d'ETP de catégorie C ou équivalent représente un peu plus de la moitié des postes (52 %). La catégorie B représente 26 % des postes et la catégorie A - ou équivalent - 22 % (idem en 2011). Cette dernière comporte notamment les personnels médicaux, paramédicaux et les directeurs de la structure. Cette répartition par catégorie professionnelle reste stable par rapport à l'année précédente.

### Répartition des statuts (en ETP) en 2012



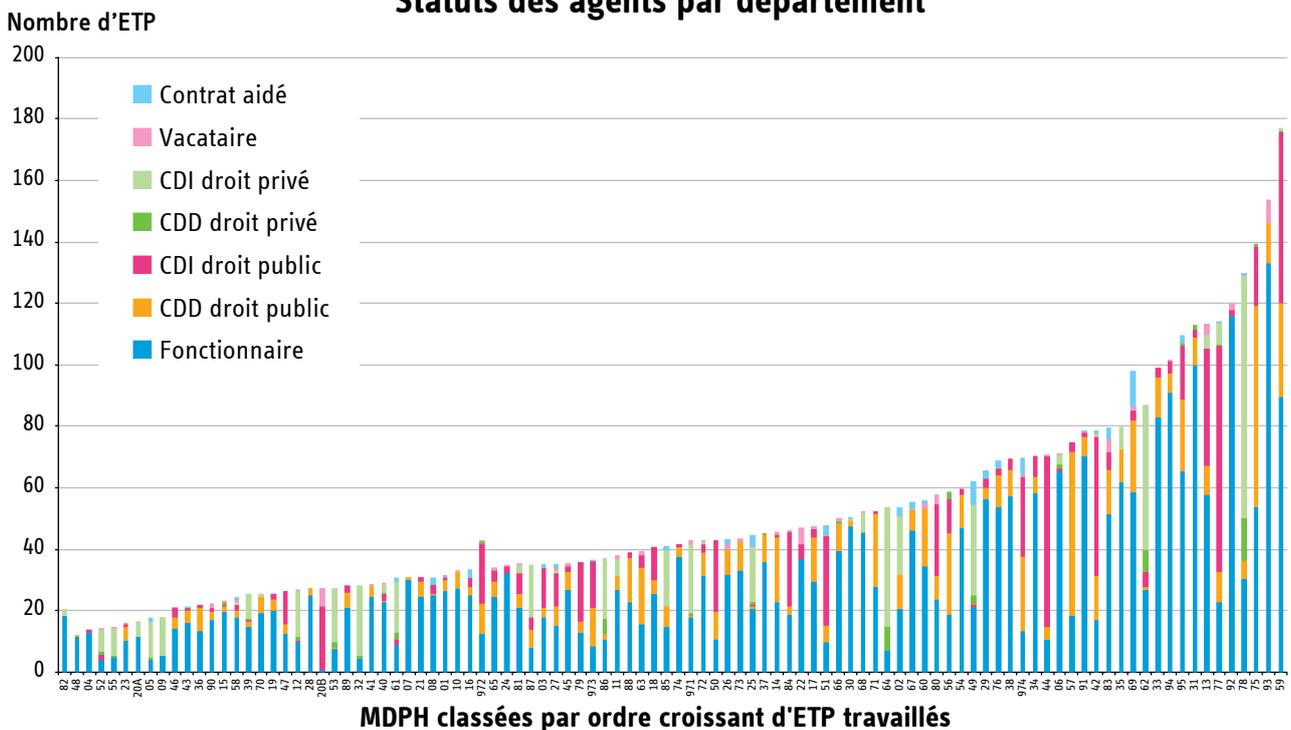
Source : Maquettes CNSA 2012.

Les fonctionnaires sont une majorité (58 % des 5 546 ETP), originaires de l'État et des conseils généraux.

Si l'on considère la pérennité des postes, les catégories fonctionnaire et contrat à durée indéterminée représentent 80 % des ETP (comme en 2010 et 2011 - 79 %). Les contrats à durée déterminée constituent en 2012 une part significative des emplois (20 % des ETP).

Le graphique suivant présente la répartition pour chacune des MDPH.

### Statuts des agents par département



Source : Maquettes CNSA 2012.

#### d. Zoom : croisement entre les coûts et les effectifs

- **Coût de fonctionnement moyen par ETP** : il s'agit des dépenses de fonctionnement hors dépenses de personnel rapportées aux ETP, c'est-à-dire ce qui est nécessaire aux MDPH pour assurer leur fonctionnement courant.

Entre 2 000 € et 4 999 €	6 MDPH
Entre 5 000 € et 6 999 €	23 MDPH
Entre 7 000 € et 8 999 €	41 MDPH
Entre 9 000 € et 10 999 €	16 MDPH
Entre 11 000 € et 12 999 €	17 MDPH
Entre 13 000 € et 17 999 €	7 MDPH
Entre 20 000 € et 27 999 €	7 MDPH

- **Coût du personnel rapporté aux ETP** : les dépenses de personnel ne prennent pas en compte les sommes indiquées au 6411 bis<sup>12</sup>, qui n'ont pas leur équivalent en ETP (cet élément relativise donc les chiffres ci-après).

Entre 20 000 € et 29 999 €	2 MDPH
Entre 30 000 € et 39 999 €	50 MDPH
Entre 40 000 € et 49 999 €	41 MDPH
Entre 50 000 € et 58 999 €	7 MDPH

Le coût moyen national est de 40 090 euros.

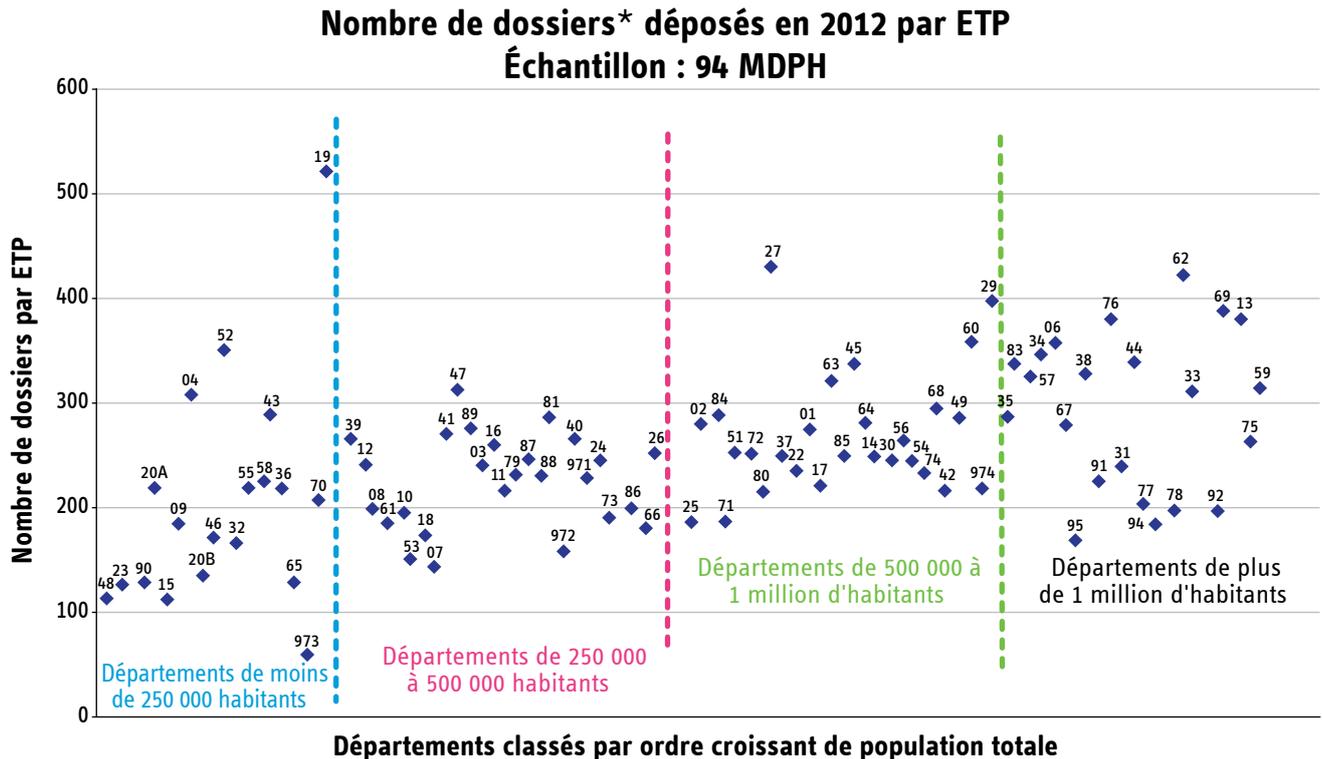
**Lecture** : deux MDPH ont un ratio de coût de personnel rapporté au nombre d'ETP compris entre 20 000 et 30 000 euros (minimum à 28 371 euros et maximum à 58 396 euros).

<sup>12</sup> Le compte 6411 bis permet de présenter le coût des agents qui, tout en travaillant hors de la MDPH, consacrent une partie de leur temps à cette dernière quand ces prestations ne font pas l'objet d'une refacturation à la MDPH.

**e. Zoom : croisement entre l'activité et les emplois**

Comme nous l'avons fait les années précédentes, il est intéressant de rapprocher le nombre des ETP employés par MDPH (effectifs de la MDPH et mises à dispositions – hors externalisations<sup>13</sup>) du nombre de demandes traitées en 2012 pour apprécier l'activité dans les différents départements. Les données transmises à la CNSA par le biais des échanges annuels permettent de croiser ces deux éléments.

Le nombre de dossiers et de demandes adressé aux MDPH étant très variable selon les départements, la charge de travail qui pèse sur chaque professionnel l'est donc également ; le graphique ci-après, qui concerne les dossiers, en donne l'illustration.



\*Nombre de personnes ayant déposé au moins une demande en 2012.

Source : Échanges annuels et maquettes CNSA 2012.

Il apparaît une forte disparité du nombre de demandes traitées par ETP, y compris entre départements comparables en taille et en effectifs.

Les taux les plus lourds pèsent sur des MDPH de toute taille, mais concernent néanmoins plusieurs départements parmi les plus peuplés.

On ne peut pas actuellement identifier de corrélation entre le nombre d'habitants d'un département, les emplois de la MDPH et la charge de travail qui pèse sur ces emplois. D'autres caractéristiques, telles que la situation sociodémographique, le niveau de vie et le recours aux prestations sociales sont des facteurs explicatifs qu'il conviendrait d'analyser.

13 Rappel : les ETP comptabilisés concernent ici le personnel travaillant à la MDPH, qui est employé directement par la MDPH et rémunéré sur ses crédits, et le personnel mis à disposition de la MDPH par ses partenaires. En revanche, ce nombre d'ETP ne comprend pas le personnel ayant effectué des prestations externalisées (pour lequel la valorisation en ETP, trop rarement renseignée, n'a pas pu être exploitée pour l'étude).

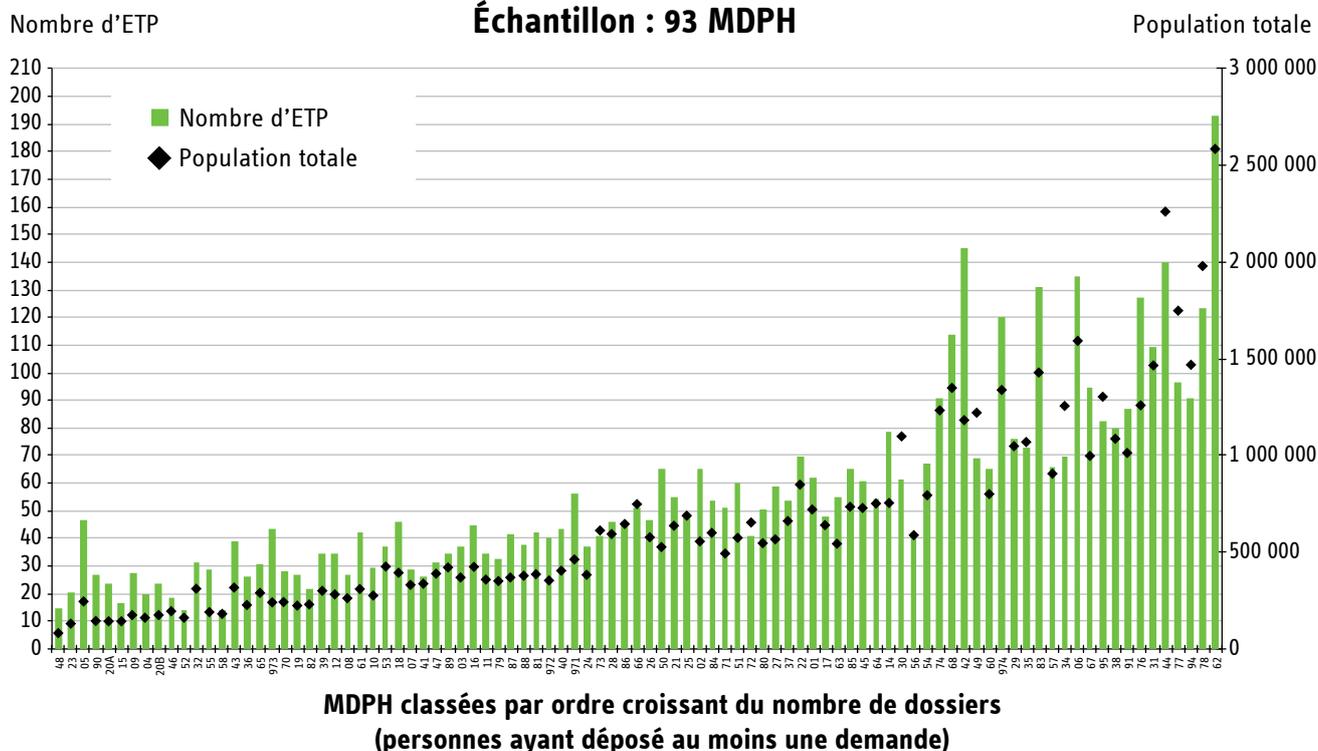
Ces chiffres seront également à rapprocher de données d'activité plus qualitatives sur le traitement des dossiers, sur les délais, les procédures d'évaluation... pour éclairer les comparaisons sur le fonctionnement des maisons départementales. Les disparités entre les MDPH sont en partie liées à des choix de modes de gestion et de management, dont on ne sait dire aujourd'hui à la seule lecture des premiers indicateurs qui ressortent de l'analyse des données financières et des données d'activité et d'organisation issues des maquettes quelle est leur pertinence. La CNSA se donne pour objectif par ces comparaisons d'éclairer progressivement ces situations à la lumière des données chiffrées et qualitatives qui lui sont remontées.

Sur les deux graphiques suivants, on peut observer une certaine disparité entre le nombre d'ETP (hors externalisations) et le nombre de dossiers et une moindre disparité entre le nombre de personnes ayant déposé au moins une demande et la population totale du département, notamment au sein des petits départements.

Le fait que ces données d'effectifs n'incluent pas les ETP correspondant aux prestations externalisées (faute de données suffisamment renseignées et fiables) incite à être prudent quant aux interprétations que l'on pourrait faire de ces comparaisons départementales.

### Comparaison entre ETP et dossiers en 2012

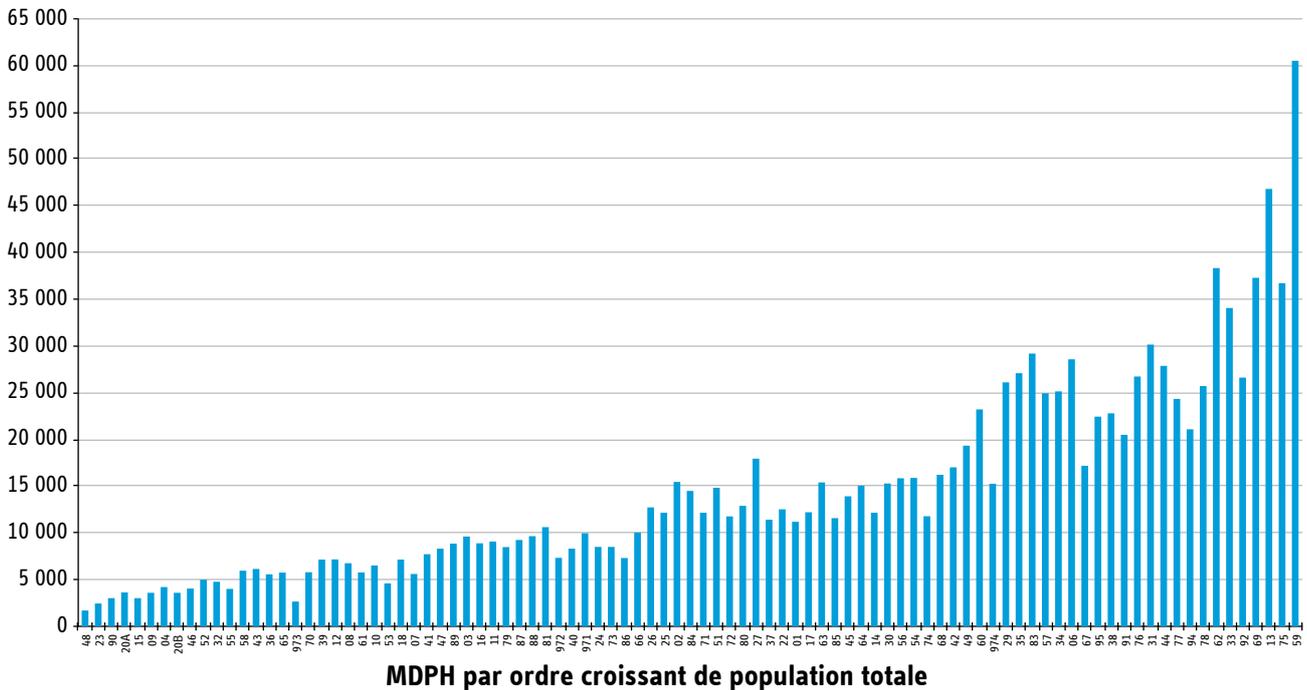
Échantillon : 93 MDPH



Source : Maquettes CNSA 2012.

## Comparaison entre dossiers et population en 2012 Échantillon : 93 MDPH

Nombre de personnes ayant déposé au moins une demande



Source : Maquettes CNSA 2012.

### 3. Focus sur les externalisations

#### Rappel : La question du périmètre des externalisations

On entend par **externalisation** « une prestation ou une expertise réalisée par un partenaire ou un prestataire de service, pour le compte et à la demande (commande spécifique) des MDPH, pour un usager qui n'est pas nécessairement le sien au départ, et qui apporte une plus-value aux processus métier de la MDPH ».

La maquette de recueil des données s'est fixé l'ambition de rassembler de façon exhaustive les **prestations externalisées** par la MDPH, qu'elles soient payantes pour la MDPH ou prises en charge par un partenaire pour le compte de la MDPH à titre gracieux. Le coût de ces prestations mises à disposition de la MDPH ou leur valorisation financière ont été renseignés du mieux possible par les MDPH. C'est en effet nécessaire si l'on veut avoir une vision globale et complète des budgets couvrant la totalité de l'activité des MDPH et tenter des approches comparatives coût/activité.

Depuis 2011, un travail précieux de recensement des externalisations a été effectué par les MDPH et a conduit à affiner la connaissance des coûts de fonctionnement. Pour autant, il apparaît que ces prestations recouvrent deux grandes familles : les missions au cœur du métier des MDPH et les frais de fonctionnement qui permettent le fonctionnement courant du GIP.

## a. Analyse de la nature des externalisations

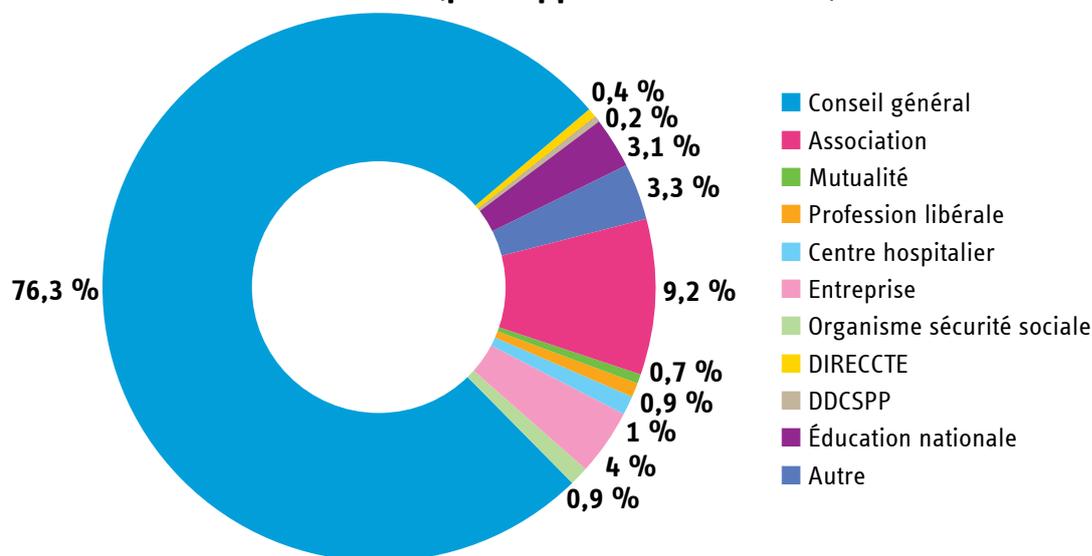
La nature des prestations externalisées est très variée. On peut compter dix-huit catégories, mais la part la plus importante des externalisations concerne le personnel (6411 bis, 41 %, contre 30 % en 2011) et les locations immobilières (7 %).

**70 % des externalisations le sont à titre gratuit** (65 % en 2011). Elles ont néanmoins pu être valorisées à hauteur de plus de 38,6 millions d'euros. C'est dire l'importance de ces services, sans lesquels les MDPH auraient du mal à fonctionner.

## b. Répartition entre les partenaires/prestataires

Les conseils généraux fournissent au total (tous processus confondus) 76 % (contre 63 % en 2011) des prestations valorisées. Les prestations des associations sont également significatives (9 %) et concernent majoritairement l'évaluation.

**Répartition des prestations externalisées partenaires/prestataires 2012  
(par rapport aux montants)**

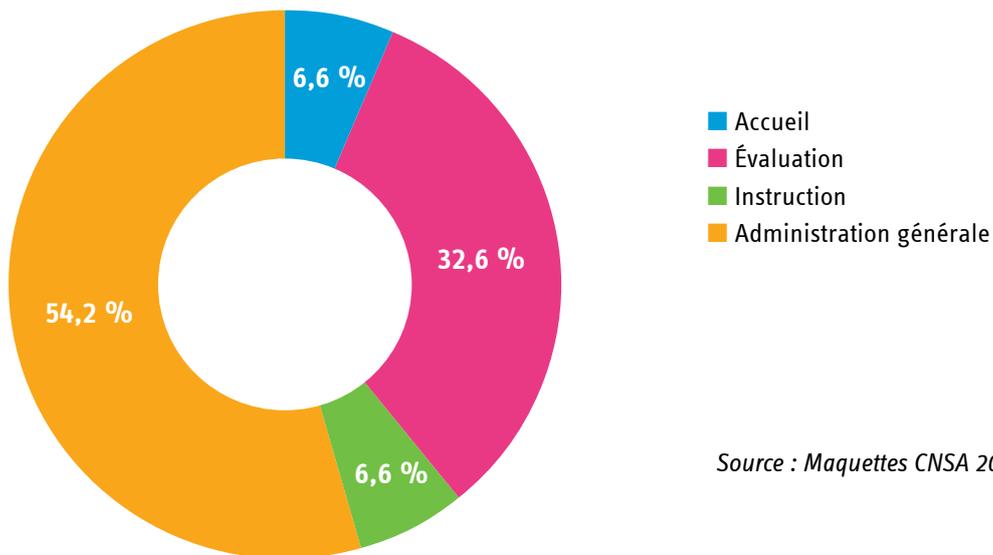


Source : Maquettes CNSA 2012.

### c. Répartition par processus (ou mission)

Si l'on considère les quatre processus que sont l'accueil, l'évaluation, l'instruction et l'administration générale au sein des prestations externalisées, les deux processus qui ont le plus de poids sont l'administration générale et l'évaluation (respectivement 54 % et 33 % des montants des prestations externalisées).

#### Répartition des montants par processus



Source : Maquettes CNSA 2012.

La mission d'instruction demeure majoritairement assurée par les MDPH en interne : seuls 7 % des montants attribués à l'externalisation concernent l'instruction alors que celle-ci représente 32 % des charges de personnel pour le personnel interne aux MDPH.

Les fonctions d'appui à la MDPH (administration générale) sont dans la grande majorité des cas effectuées par les conseils généraux.

**En conclusion de ce chapitre**, essentiel pour apprécier le fonctionnement des MDPH, il faut rappeler que la plus grande part des dépenses des maisons départementales – qui avoisinent 322 millions d'euros – est constituée de charges de personnel pour 247 millions d'euros.

Plus de la moitié de ces dépenses est réalisée sur le budget du GIP. Cette tendance qui a déjà été observée les années précédentes se renforce en 2012 ; elle témoigne d'une volonté de rendre les flux financiers entre les partenaires plus lisibles.

Chez les contributeurs principaux, la place des conseils généraux continue de se renforcer, tendanciellement, tant dans les apports financiers que dans la mise à disposition de professionnels.

La diversité des modalités d'organisation des MDPH est confirmée, d'une part dans les relations financières qu'elles entretiennent avec leurs partenaires et d'autre part dans le nombre, la nature et l'origine du personnel qui y travaille.

Ces questions d'organisation méritent d'être approfondies et feront l'objet de groupes de travail nationaux et régionaux en 2014 réunissant les MDPH, les représentants des CG et la CNSA.



# Conclusion

Ce rapport montre, par la diversité des initiatives, la volonté partagée par l'ensemble des MDPH d'être à la hauteur de l'attente forte des usagers et de leur entourage en assurant le meilleur service.

La CNSA, tout en encourageant les initiatives, entend dans son domaine de responsabilité poursuivre et amplifier sa mission d'expertise, d'appui, d'animation et de coordination afin de répondre à l'attente des MDPH ainsi qu'à celle de ses tutelles.

Ce travail sera décliné sous différentes modalités :

- les rencontres annuelles avec les directeurs des MDPH ;
- l'organisation de réunions annuelles avec les référents insertion professionnelle, avec les équipes pluridisciplinaires ou encore avec les correspondants scolarisation ; et pour la première fois, en novembre 2013, des rencontres porteront sur les aides techniques (fauteuils et véhicules) ;
- des groupes de travail sur des sujets thématiques et sur les indicateurs de fonctionnement et de qualité de service ;
- la poursuite de la diffusion périodique d'informations pour appuyer le travail des équipes des MDPH ; une amélioration de sa structuration est en cours pour en faciliter l'accès et sa mobilisation par l'ensemble des équipes ;
- des déplacements à la rencontre des acteurs départementaux.

Il s'agit par la multiplication de ces contacts d'assurer un niveau d'information partagée, de permettre les échanges entre les professionnels, de confronter les expériences et les approches, de capitaliser les bonnes pratiques et de conduire ainsi au développement de réponses homogènes à des situations comparables.

Plus largement, la question de l'évolution des systèmes d'information des MDPH et du système national SIPAPH actuellement en phase d'audit devra faire l'objet au début de 2014 de choix d'orientation stratégique.

Les travaux du secrétariat général pour la modernisation de l'action publique sur les MDPH, qu'il s'agisse de la reconfiguration du formulaire de demande, de la scolarisation ou encore de la dématérialisation des procédures vont se poursuivre au cours du premier semestre de l'année prochaine. Certaines MDPH y sont associées.

Les grandes études lancées par le Haut Conseil de la santé publique et par la CNSA sur les pratiques d'évaluation dans les MDPH ainsi que sur les disparités en matière d'attribution de la PCH apporteront un éclairage national nécessaire pour réfléchir à la mise en place de nouvelles pratiques.

Les chantiers en perspective sont donc nombreux pour les années 2013 et 2014 ; chantiers auxquels l'ensemble des acteurs sera associé dans l'esprit partenarial des relations mises en place entre les MDPH et la CNSA.

L'ambition de ces travaux structurants est de donner aux acteurs une vision stratégique partagée qui constitue la première étape d'une évolution convergente des organisations dans le cadre des missions et des responsabilités de chacun.



Imprimeur : Imprimerie de La Centrale 62302 Lens cedex  
Date d'achèvement du tirage : février 2014  
Dépôt légal : février 2014



Conception-réalisation : confluence

CNSA  
66, avenue du Maine  
75682 Paris cedex 14  
Tél. : 01 53 91 28 00  
contact@cnsa.fr

