

Dossier
technique

Décembre 2014

MDPH : Entre optimisation et innovation, une exigence toujours plus forte

Synthèse des rapports d'activité 2013
des maisons départementales des
personnes handicapées

Ce rapport annuel sur l'activité des MDPH en 2013 a été réalisé par le pôle Partenariat institutionnel de la Direction de la compensation de la CNSA sous la coordination de Marina Drobi, avec l'appui de Roselyne Masson. La partie consacrée aux maquettes financières et aux effectifs des MDPH a été consolidée par la Direction de la compensation (Emmanuelle Brun) et par la Direction des affaires générales et financières (Julie Reynaud et Franck-Olivier Hoflack).
Les données statistiques relatives à l'activité des MDPH ont été consolidées par la mission statistiques de la Direction de la compensation (Amandine Weber et Estelle Pelletier).
Le rapport a été présenté au Conseil de la CNSA le 18 novembre 2014.

Sommaire

Introduction	3
1. Les MDPH face à une activité toujours croissante	5
1. Les perspectives de stabilisation de l'activité de traitement des demandes s'éloignent	5
<i>a. Les inquiétudes exprimées en 2012 se confirment : l'activité continue à croître</i>	5
<i>b. La part des premières demandes : diminution dans le champ des prestations et des droits pour adultes et progression pour les demandes d'auxiliaires de vie scolaire (AVS) dans le champ de l'enfance</i>	8
2. Difficile objectivation des tendances en matière d'accueil	9
3. L'évolution des demandes déposées auprès des MDPH dans le champ de l'enfance	11
<i>a. Les demandes dans le champ de l'enfance se caractérisent par une certaine stabilité des tendances observées en 2012</i>	11
<i>b. Les taux d'accord en baisse, à l'exception des demandes d'orientation et de cartes de priorité et d'invalidité</i>	15
4. L'évolution des demandes formulées auprès des MDPH dans le champ des adultes	17
<i>a. Une répartition globalement stable des demandes de droits et prestations pour adulte</i>	17
<i>b. Taux d'accord : des évolutions contrastées selon les droits et prestations</i>	23
5. L'évolution en matière de PCH	24
<i>a. Les demandes de prestation de compensation : une croissance ralentie</i>	25
<i>b. Les décisions de prestation de compensation : une augmentation de 4 % entre 2012 et 2013</i>	26
<i>c. En 2013, moins d'une décision sur deux a donné lieu à un accord de PCH</i>	27
<i>d. En 2013, la répartition des éléments accordés évolue très peu...</i>	28
<i>e. ...alors que les montants moyens par élément de PCH fluctuent davantage</i>	28
6. L'activité au titre des procédures de médiation et de conciliation, ainsi que les recours	31
<i>a. Investissement inégal des missions de médiation et de conciliation</i>	31
<i>b. Des recours qui aboutissent très majoritairement à la confirmation des décisions des MDPH</i>	34
2. Le contexte changeant et contraint de l'évolution du dispositif	39
1. De nombreuses évolutions nationales et locales qui impactent le fonctionnement des MDPH	39
<i>a. L'activité dépend de facteurs exogènes</i>	39
<i>b. Des incertitudes quant à l'environnement institutionnel des MDPH</i>	39
<i>c. La poursuite de la tendance de rapprochement avec les services des conseils généraux</i>	40

2. Des moyens qui n'évoluent pas au même rythme que l'activité	42
<i>a. Des difficultés financières pour de nombreuses MDPH</i>	42
<i>b. Apports monétaires au budget des MDPH</i>	44
<i>c. Une quasi-stagnation des moyens humains</i>	46
<i>d. Des enjeux managériaux forts</i>	47
3. Des outils informatiques perfectibles	55
<i>a. Des difficultés persistantes des MDPH avec leurs systèmes d'information (SI)</i>	55
<i>b. De nombreux projets SI en cours</i>	60
3. La quête continue de qualité de service	63
1. Des efforts pour maîtriser les délais de traitement	63
<i>a. Absence de choc majeur autour des délais de traitement</i>	63
<i>b. De nombreuses démarches de réorganisation au service de l'efficacité opérationnelle</i>	64
2. Les différents axes de l'optimisation du fonctionnement des MDPH	67
<i>a. La poursuite du renforcement de l'accueil</i>	67
<i>b. La montée en compétence de l'instruction</i>	71
<i>c. La structuration de l'évaluation</i>	74
3. Maintien du cap qualitatif autour du traitement des demandes	76
<i>a. Outillage du processus d'évaluation pour concilier rapidité de traitement et juste niveau d'approfondissement de l'évaluation</i>	76
<i>b. Formation et soutien aux équipes d'évaluation</i>	79
<i>c. Le partenariat au cœur des enjeux de qualité de l'évaluation</i>	81
<i>d. La place de l'usager tout au long du traitement de sa demande : des efforts continus et des marges de progrès certaines</i>	89
<i>e. Les CDAPH gardent un fonctionnement hétérogène, mais se professionnalisent</i>	93
<i>f. La démarche qualité se développe au sein des MDPH</i>	95
4. Des ambitions qualitatives qui vont au-delà du traitement des demandes	97
<i>a. Communication proactive sur le territoire</i>	97
<i>b. Prévention des ruptures de parcours</i>	100
<i>c. Mission d'observation</i>	104
<i>d. Participation aux actions innovantes et expérimentations</i>	106
Conclusion	111

Introduction

Chaque année, la synthèse des rapports d'activité des MDPH permet de mettre en lumière l'évolution de leur activité, notamment les réponses apportées aux demandes des personnes handicapées, les projets qu'elles mènent et les défis qu'elles cherchent à relever.

Cette synthèse s'appuie traditionnellement sur la remontée d'informations sur les comptes administratifs et les effectifs des MDPH, sur l'enquête statistique sur leur activité ainsi que sur les rapports d'activité élaborés et transmis par chacune d'entre elles. Cette année, quatre-vingt-dix-sept MDPH ont transmis leurs rapports d'activité dans des délais permettant leur analyse, et autant ont répondu à l'enquête statistique sur leur activité. En revanche, les données relatives à la situation financière et aux effectifs des MDPH ne peuvent, pour 2013, être exploitées que pour respectivement soixante-dix-huit et cinquante-neuf MDPH. En effet, les limites constatées l'année dernière en matière d'homogénéité des données ont conduit à l'évolution de l'outil de collecte, ce qui a rendu plus complexe la démarche, tant pour les MDPH que pour la CNSA.

Pour autant, la synthèse de l'ensemble de ces éléments permet de dresser un panorama assez complet de la réalité du dispositif, d'autant plus que, cette année, d'autres études viennent éclairer le fonctionnement et l'activité des MDPH : les deux enquêtes annuelles sur l'allocation aux adultes handicapés (AAH) d'une part et la prestation de compensation du handicap (PCH) d'autre part, le bilan de l'appropriation du GEVA, l'audit des systèmes d'information des MDPH, ainsi que l'étude sur les pratiques d'évaluation dans les MDPH réalisée à la demande du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en 2014.

La synthèse 2013 met ainsi en exergue les principales caractéristiques du contexte dans lequel s'inscrivent les MDPH : la progression continue de l'activité, qui s'amplifie par rapport à l'année 2012 ; la progression persistante du nombre de premières demandes en matière de scolarisation ; le poids important et constant de l'activité liée à l'emploi et à l'attribution des cartes, notamment pour les personnes âgées de soixante ans et plus. On observe cependant une stabilisation des moyens humains dont disposent les MDPH malgré la tendance confirmée de la hausse de leur activité.

Dans ce contexte, les MDPH cherchent naturellement à optimiser leurs modes de fonctionnement tout en préservant le niveau de qualité de service pour les usagers. Les partenaires jouent un rôle essentiel pour permettre aux MDPH de concilier le traitement de masse et la qualité de service, et ce à plusieurs titres : orientation des usagers, transmission d'informations, participation à l'évaluation dans le cadre des équipes pluridisciplinaires ou en tant que prestataires, mise en œuvre des décisions. C'est pourquoi les MDPH continuent à tisser des liens partenariaux avec les acteurs locaux impliqués dans l'accompagnement des personnes handicapées.

Elles adoptent également une posture proactive en matière de communication afin de faciliter l'accès des usagers à la MDPH ou encore s'investissent dans l'observation des besoins des personnes en situation de handicap. Ainsi, les MDPH cherchent à jouer un rôle actif dans l'amélioration des dispositifs pour personnes handicapées sur leur territoire tout en maîtrisant les délais de traitement, qui sont restés stables par rapport à 2012. Elles sont toutefois nombreuses à souligner les limites auxquelles se heurtent leurs ambitions.

Nous avons cherché dans ce rapport à mettre en lumière comment les MDPH s'adaptent à un contexte évolutif et exigeant en laissant, comme les années précédentes, une large place à leur parole. Si certains sujets sont moins présents cette année – partenariats avec les acteurs de la scolarisation et de l'emploi, modes d'évaluation de la PCH... – ils ne sont pas pour autant absents des rapports d'activité des MDPH, mais ils s'inscrivent fortement dans la continuité des synthèses de ces dernières années. L'absence d'information sur le Fonds de compensation s'explique par la conduite, cette année, d'une enquête spécifique dont les résultats seront disponibles en 2015 et donneront lieu à une publication *ad hoc*.

Bonne lecture !

1

Les MDPH face à une activité toujours croissante

1. Les perspectives de stabilisation de l'activité de traitement des demandes s'éloignent

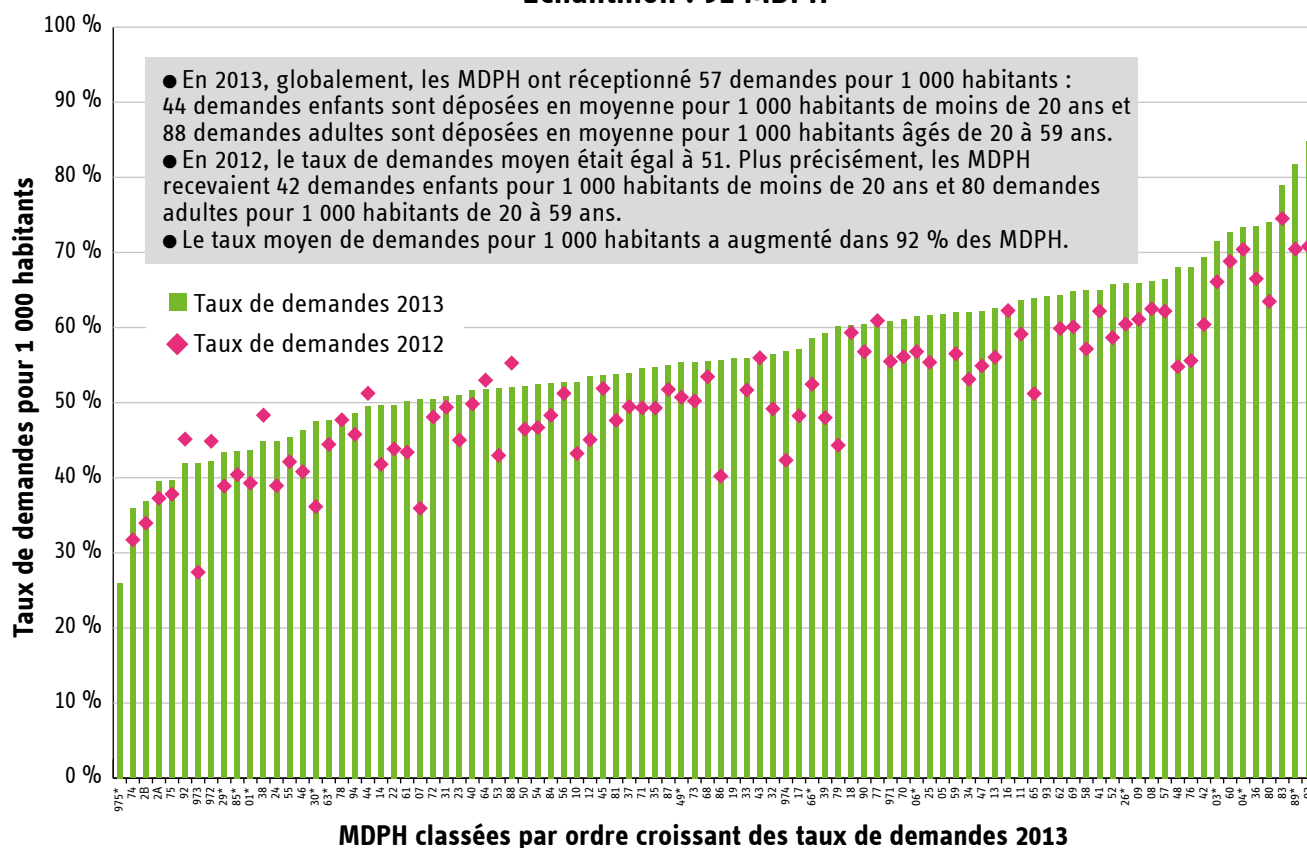
a. Les inquiétudes exprimées en 2012 se confirment : l'activité continue à croître

Si, en 2012, 1,4 million de personnes ont déposé au moins une demande auprès des MDPH et si le volume des demandes à instruire s'élevait à 3,4 millions, la croissance ne se tarit pas en 2013 : 1,5 million de personnes ont déposé au moins une demande dans les MDPH, qui ont reçu 3,7 millions de demandes à instruire.

Le nombre de demandes a crû de 8,2 % entre 2012 et 2013, et le nombre de personnes qui ont déposé un formulaire en 2013 a augmenté de 7,0 %. Pour mémoire, le taux d'augmentation des demandes entre 2011 et 2012 était égal à 6,4 %, après une croissance de 15,2 % entre 2009 et 2010. Si, comparée à ce qu'elle était en 2010, la hausse de l'activité a ralenti, certaines MDPH ont exprimé des inquiétudes dès 2012 quant à l'impact potentiel de la conjoncture économique et des réformes de certains droits, notamment de l'AAH, sur l'activité 2013.

Si le taux de demandes varie fortement selon les départements (il oscille entre 26 et 84 demandes pour 1 000 habitants), la quasi-totalité des MDPH (92 %) l'a vu progresser entre 2012 et 2013.

Le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants varie de 26 à 84 selon les MDPH en 2013 Échantillon : 92 MDPH

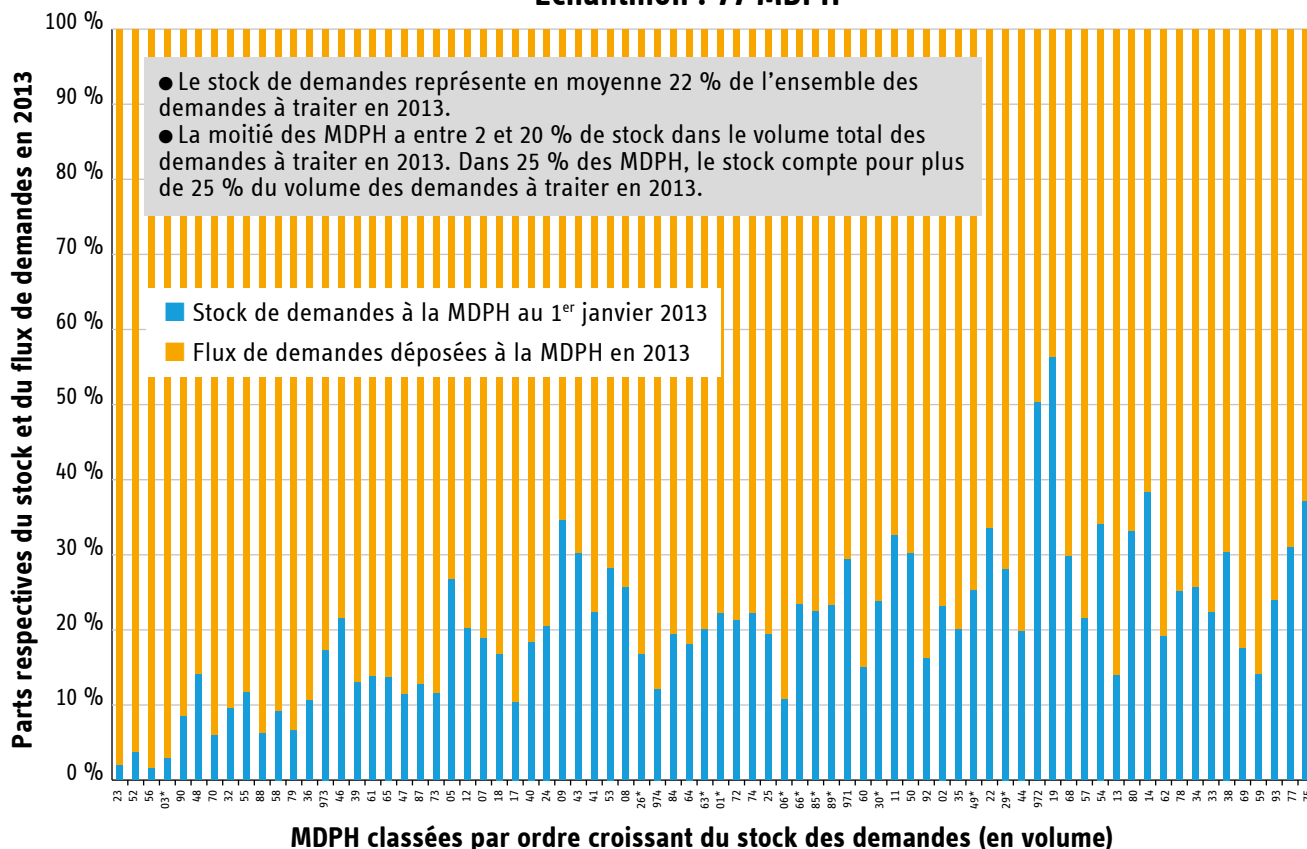


Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

Par ailleurs, l'observation du stock des demandes au 1^{er} janvier 2013¹ montre que celui-ci était équivalent à 22 % de l'ensemble des demandes à examiner en cours d'année², soit autant de demandes à traiter en plus du flux en progression. Cette proportion est certes très variable d'une MDPH à l'autre, mais dans un quart des MDPH, le stock représente plus de 25 % du volume global des demandes.

Au 1^{er} janvier 2013, la part du stock de demandes dans le total des demandes à examiner (stock et flux) au cours de l'année 2013 varie d'un département à l'autre
Échantillon : 77 MDPH



Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

Peu de MDPH sont épargnées par cette tendance de croissance de l'activité, et toutes celles qui y sont confrontées le soulignent dans leur rapport d'activité.



MDPH de la Guadeloupe

L'année 2013 a été marquée comme les autres par une poursuite de l'augmentation des demandes.

MDPH de Loir-et-Cher

Au niveau de l'activité, il convient de noter que l'augmentation des demandes déposées, observée depuis l'ouverture de la MDPH en 2006, se poursuit tant au niveau des adultes (+ 6 %) qu'au niveau des enfants (+ 7 %).

1 Au regard des tendances de croissance de flux observées en 2013, il sera instructif d'observer l'évolution du stock en 2014 pour mesurer son éventuelle progression entre le 1^{er} janvier 2013 et le 1^{er} janvier 2014.

2 Il s'agit de la somme du stock au 1^{er} janvier 2013 et des demandes déposées au cours de l'année 2013.

MDPH du Pas-de-Calais

Nous pouvons constater une augmentation de 7 % des demandes alors que l'année dernière nous avons remarqué un palier (augmentation inférieure à 1 %). Cet accroissement est général puisqu'il se répartit entre une augmentation de 5 % des demandes concernant les enfants et de 7 % des demandes concernant les adultes. Concernant les enfants, cette augmentation provient surtout des demandes d'AAEH [allocation d'éducation de l'enfant handicapé] et des demandes d'auxiliaires de vie scolaire, qui représentent respectivement des augmentations de 660 et 407 demandes supplémentaires, poursuivant un mouvement identique à celui de l'année dernière. S'agissant des adultes, l'augmentation provient plus d'un mouvement d'ensemble : cette augmentation est générale et touche toutes les prestations à l'exception des orientations en établissement qui demeurent identiques.

Certaines MDPH annoncent d'ailleurs une hausse des demandes à deux chiffres, cette tendance n'étant toutefois pas générale.



MDPH des Deux-Sèvres

Ces changements [changement de direction et regroupement de l'ensemble de l'équipe dans un nouveau bâtiment] sont intervenus dans un contexte particulièrement mouvant puisqu'en dehors d'une progression très significative de l'activité (+ 36 % de demandes déposées par rapport à 2012), de nouvelles réglementations ou de nouvelles exigences de la part des financeurs ont obligé les équipes à réviser régulièrement leur mode de fonctionnement.

MDPH de la Réunion

En 2013, le volume d'activité en matière d'instruction des dossiers est en nette croissance avec une progression de 20 % par rapport à 2012.

MDPH de l'Yonne

L'année 2013 a de nouveau été une année très soutenue en termes d'activité pour la MDPH de l'Yonne, enregistrant une augmentation de plus de 18,5 % par rapport à 2012.

MDPH de l'Aube

L'expérience acquise, la capitalisation des efforts accomplis pour structurer son organisation, améliorer ses compétences professionnelles, rechercher des solutions pour optimiser les procédures, pouvaient laisser augurer une année de stabilisation pour la MDPH. Le constat a été tout autre. L'année 2013 a été marquée par une augmentation sans précédent de la demande des usagers et a enregistré une croissance globale de près de 25 % du nombre des dossiers déposés.

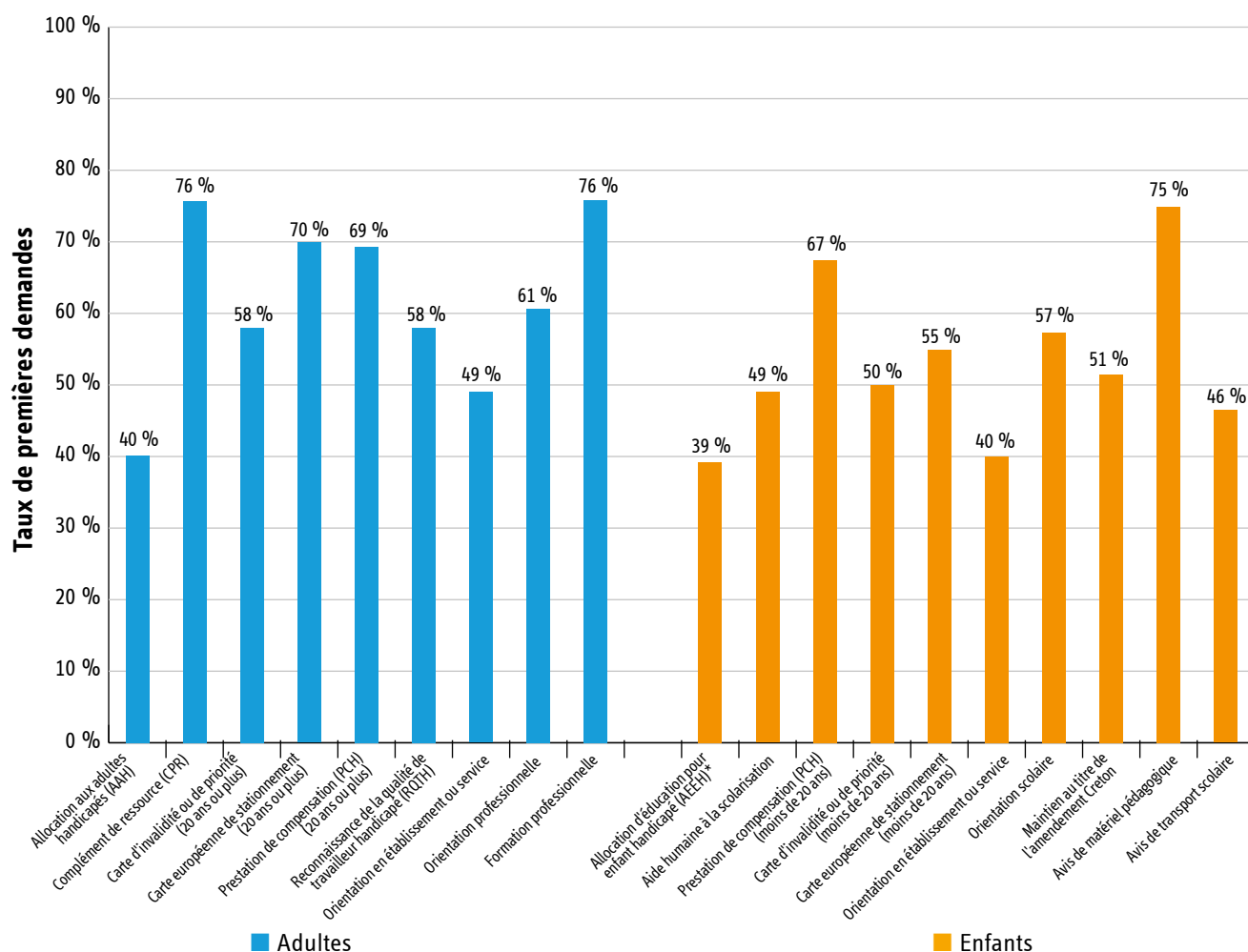
b. La part des premières demandes : diminution dans le champ des prestations et des droits pour adultes et progression pour les demandes d'auxiliaires de vie scolaire (AVS) dans le champ de l'enfance

La baisse de la part des premières demandes observée en 2012 se confirme, notamment dans le champ des droits et des prestations pour adultes, ce qui semble indiquer que les renouvellements pèsent de plus en plus lourd dans l'activité des MDPH. Cela concerne notamment l'AAH, les cartes et dans une moindre mesure les orientations en établissements et services médico-sociaux (ESMS). En effet, les taux de premières demandes ont baissé de 5 % pour l'AAH, de 6 % pour les cartes d'invalidité (CI) ou de priorité (CP), de 3 % pour les cartes européennes de stationnement (CES) et de 4 % pour les orientations en ESMS.

Pour les autres prestations et droits pour adultes, on observe une certaine stabilité, tout comme dans le champ de l'enfance, à l'exception des demandes d'AVS pour lesquelles une forte progression du taux des premières demandes est observée (43 % en 2012 contre 49 % en 2013).

Ces évolutions contrastées dans les deux champs d'activité des MDPH indiquent que les enjeux en matière d'organisation du traitement des demandes ne sont pas forcément identiques même si la croissance d'activité concerne les deux champs.

Taux de premières demandes 2013 par prestations et orientations adultes et enfants



*y compris compléments d'AEEH

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

2. Difficile objectivation des tendances en matière d'accueil

La mesure de l'activité de l'accueil est très liée aux organisations territoriales et à la possibilité de mesurer l'ensemble de cette activité. Le sujet est néanmoins d'ampleur et certains rapports d'activité font ressortir quelques constats.

Si la progression du nombre des demandes déposées auprès des MDPH semble être générale, les tendances en matière d'activité d'accueil sont plus contrastées.

Certains territoires sont caractérisés par une stabilisation, voire une baisse du nombre de personnes accueillies physiquement et/ou téléphoniquement.



MDPH des Vosges

La baisse de fréquentation annoncée en 2012 se poursuit : -3,89 % au titre de l'accueil physique et -1,92 % au regard du nombre d'appels.

MDPH du Calvados

Le nombre de personnes accueillies à la MDPH du Calvados tend à rester constant. Au total, 18 895 personnes ont été accueillies dans l'ensemble des services de la MDPH, dont 8 587 sur les sept antennes [...].

MDPH de la Meuse

Le nombre d'appels téléphoniques au standard de la MDPH reste important, mais stable d'une année sur l'autre : en 2013, 16 423 appels ont été reçus par l'accueil (les lignes directes des professionnels ne sont ici pas comptabilisées). Les données relatives aux accueils physiques font apparaître un nombre d'accueils au siège de la MDPH toujours en augmentation. La fréquentation des permanences d'accueil délocalisées reste assez proche de celle des années précédentes.

MDPH de l'Oise

L'année 2013 voit se dégager une tendance quelque peu différente de l'année précédente. En effet, la fréquentation physique a diminué de 5 % entre 2012 et 2013, faisant passer le nombre de visiteurs de 11 643 à 11 052. [...] Le volume global des appels téléphoniques répondus au numéro vert en 2013 est en diminution par rapport à l'année 2012. Cet infléchissement avait été enregistré pour la première fois dans la seconde partie de l'année 2012. [...] La diminution du volume d'appels répondus peut éventuellement s'expliquer par le passage d'un décompte manuel de l'activité à un suivi statistique formalisé techniquement. La baisse globale d'appels en 2013 peut quant à elle s'expliquer avec la mise en place du portail usagers en juin 2012, permettant à tout bénéficiaire de trouver un premier niveau de réponse.

Cependant, les MDPH semblent être plus nombreuses à observer la poursuite de l'augmentation de l'activité de l'accueil.



MDPH de l'Eure

L'activité de l'accueil physique continue à croître fortement avec une nouvelle hausse de 32 % entre 2012 et 2013, portant le nombre d'usagers accueillis à près de 9 500 sur l'année 2013. [...] [On constate également une] très forte augmentation du nombre d'appels total, + 23 %.

MDPH de Lot-et-Garonne

L'année 2013 ne déroge pas à la règle de l'accroissement annuel de l'activité de la MDPH, concrétisée par une évolution de près de 12 % du nombre de demandes déposées et une majoration de près de 19 % de personnes reçues à l'accueil.

MDPH du Pas-de-Calais

Globalement, nous constatons une augmentation du nombre de personnes accueillies depuis ces trois dernières années. Les motifs de contacts ont également évolué. Auparavant, les usagers contactaient la MDPH pour connaître l'état d'avancement de leur dossier. Désormais, la demande se diversifie et concerne plus fréquemment la mise en œuvre de la décision de la CDAPH [commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées], pour laquelle une aide est sollicitée. [...] Sur les territoires, les demandes d'information sur le suivi du dossier restent très majoritaires (ce qui confirme l'observation faite en 2012), à égalité avec un besoin d'une meilleure connaissance de l'offre de service de la MDPH et de son fonctionnement, illustrant s'il en était besoin que la territorialisation de l'accueil est bien une condition de l'accessibilité de la MDPH. [...] Au siège, le nombre de contacts a augmenté de 6,9 %, essentiellement sur l'accueil téléphonique. Sur les territoires, l'accueil assuré par les conseillers est en hausse également (+ 6 %) en raison d'une augmentation importante de l'accueil physique et de l'accueil de premier niveau qu'ils effectuent en accompagnement des guichets d'accueil (MDS³, MA⁴, CCAS) dans le cadre de leur montée en compétence.

MDPH de la Guyane

La MDPH de Guyane a reçu physiquement 9 426 usagers en 2013, contre 7 551 usagers en 2012, soit une augmentation de + 26 %. Une forte augmentation est globalement constatée. Elle concerne l'accueil de deuxième niveau + 189 % en 2013 par rapport à 2012 essentiellement assuré par les professionnels en charge de l'évaluation des situations. La MDPH reçoit physiquement un plus grand nombre de personnes au mois de juin (20 % en 2012, 18 % en 2013). Cette augmentation s'explique notamment par le fait qu'un nombre important de dossiers enfants, pour des demandes d'orientations scolaires et/ou de prise en charge médico-sociale, sont déposés à cette période.

MDPH de l'Hérault

En 2013, le service accueil a reçu 36 566 usagers (contre 33 443 en 2012). Ce nombre est en augmentation chaque année avec une évolution de 9,3 % des accueils sur le site de Montpellier par rapport à 2012. La fréquence d'accueil de 180 usagers et plus par jour a doublé entre 2012 et 2013. [...] Les demandes [relatives aux dossiers de l'utilisateur] représentent 42,8 % des sollicitations et ont augmenté de 20 % entre 2012 et 2013.

MDPH de l'Indre

Nous comptons ainsi 8 206 accueils physiques (soit trente-trois personnes reçues en moyenne par jour) et 17 371 accueils téléphoniques (soit soixante-neuf appels téléphoniques reçus en moyenne par jour). L'évolution comparée à 2012 est de + 5,7 % pour l'accueil physique et + 4,8 % pour l'accueil. Une analyse mensuelle des flux d'accueil indique que, quel que soit le mois considéré, l'activité d'accueil de la MDPH est quasi constante tout au long de l'année, avec une légère baisse aux mois d'août et décembre.

³ Maison du département solidarité.

⁴ Maison de l'autonomie.

3. L'évolution des demandes déposées auprès des MDPH dans le champ de l'enfance

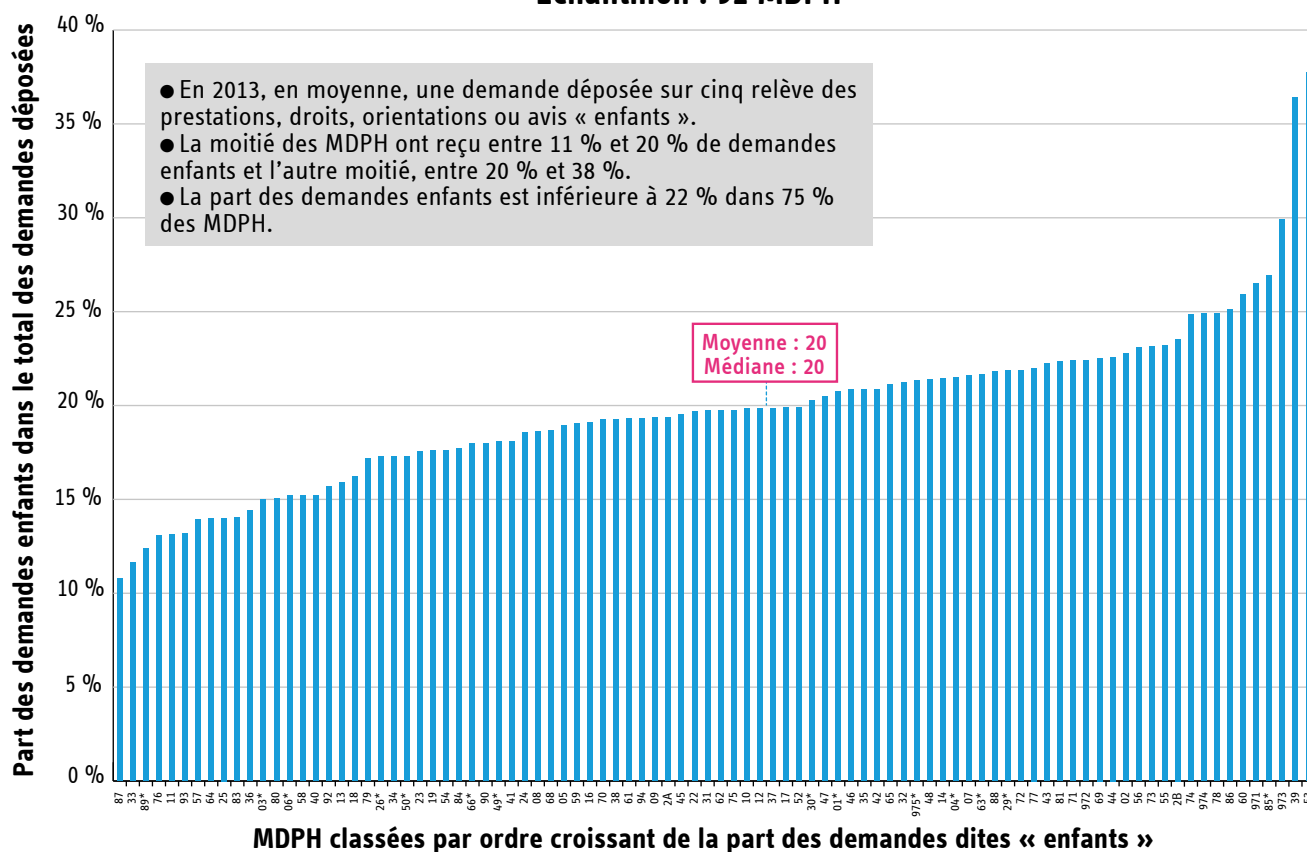
a. Les demandes dans le champ de l'enfance se caractérisent par une certaine stabilité des tendances observées en 2012

Les volumes d'activité relevant du champ de l'enfance progressent au même titre que l'activité des MDPH, et leur proportion reste stable. En effet, comme en 2012, 20 % en moyenne des demandes concernent des enfants en 2013.

Si ce taux varie entre 11 % et 38 % selon les territoires, dans 75 % des MDPH la part des demandes concernant des enfants est inférieure à 22 %.

La part des demandes relevant du champ « enfants » dans le total des demandes déposées en 2013 varie de 11 % à 38 % selon les départements

Échantillon : 92 MDPH

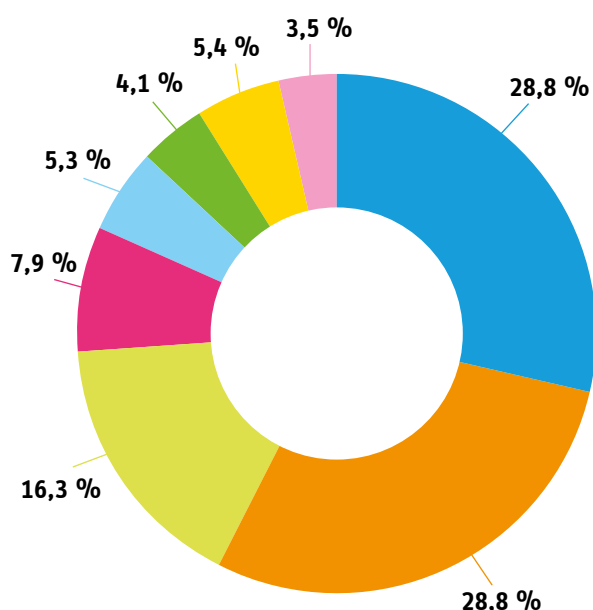


Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

La répartition entre les différentes prestations dans le champ de l'enfance reste globalement stable par rapport à 2012. Seules les demandes d'AVS progressent de 1,9 %. Rappelons que la part des premières demandes d'AVS a elle aussi progressé, ce qui indique que cette progression est due aux nouvelles demandes.

Répartition des demandes enfants déposées en 2013 Échantillon : 66 MDPH



- La répartition des demandes reste stable en 2013 excepté la part des demandes d'AVS, qui a augmenté de façon importante (+ 1,9 %).
- En 2013, comme les années précédentes, les orientations et l'AEEH représentent près de 60 % des demandes.
- Les avis d'aménagement des conditions d'examen et de scolarité sont exclus de l'analyse, car toutes les MDPH ne les traitent pas.

- Orientations en ESMS, y compris scolaires
- Allocation d'éducation pour enfant handicapé (AEEH) (y compris compléments)
- Aide humaine à la scolarisation
- Carte d'invalidité ou de priorité
- Carte européenne de stationnement
- Prestation de compensation (PCH)
- Avis de transport scolaire
- Autres*

*Rubrique Autres : amendement Creton, avis de matériel pédagogique.

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

Les rapports d'activité reviennent également sur la progression de cette activité. De manière plus générale, les MDPH observent que la progression des demandes dans le champ de l'enfance reflète l'aspiration croissante des familles à la scolarisation en milieu ordinaire.



MDPH des Vosges

En comparaison avec l'année 2012, le nombre d'orientations en CLIS [classe pour l'inclusion scolaire] a augmenté de 22 % [...]. Cette évolution est plus conséquente pour les orientations en ULIS [unité localisée pour l'inclusion scolaire] où la hausse s'élève à 52 % [...].

MDPH du Calvados

Les demandes de matériel pédagogique adapté continuent de croître, elles représentent 4,37 % des demandes, et progressent de 21,39 % par rapport à l'an dernier. Les demandes de transport scolaire représentent 8,21 % des demandes et progressent de 5,07 % par rapport à l'an dernier.

MDPH de Paris

Les demandes liées à la scolarisation continuent de croître de façon rapide. Avec 7 128 demandes enregistrées en 2013, on observe ainsi une hausse de 25 % par rapport à 2012 et de 66 % par rapport à 2011. Les hausses sont particulièrement marquées pour les demandes d'aménagement de scolarité, avec un doublement en deux ans, ainsi que pour les demandes d'auxiliaire de vie scolaire, qui s'accroissent de 55 % sur la même période.

MDPH de la Lozère

Le nombre de demandes de matériel pédagogique, notamment d'ordinateurs pour les enfants, est en nette progression alors que le nombre de demandes d'AVS diminue.

MDPH du Val-de-Marne

Au niveau des demandes enfants, on note une poursuite des demandes participant de l'inclusion scolaire : aide humaine aux élèves handicapés (ex. : AVS), matériel pédagogique adapté, aménagements d'examen, et ce en lien avec l'augmentation du nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés.

Le constat de progression des demandes d'AVS est quant à lui quasi systématique, confirmant la tendance des années précédentes.

**MDPH de la Charente**

Toutes les demandes d'orientation scolaire sont en augmentation significative, surtout les AVS.

MDPH de l'Allier

Le nombre de décisions concernant les auxiliaires de vie scolaire continue de croître. En un an, le taux d'augmentation est de 41 %.

MDPH des Alpes-de-Haute-Provence

Il est toujours remarqué une hausse concernant les demandes d'AVS, passant de 329 en 2012 à 379 en 2013, soit + 50 demandes.

MDPH du Bas-Rhin

On note une importante augmentation du nombre de demandes d'auxiliaire de vie scolaire (+ 18 %) entre 2012 et 2013. Cette augmentation est continue depuis cinq ans.

Si cette évolution en matière de demandes d'AVS fait écho à la progression de la scolarisation en milieu ordinaire, deux causes possibles évoquées par certaines MDPH interpellent :

- D'une part, l'insuffisante compréhension de ce dispositif par les parents et professionnels.



MDPH de l'Aveyron

On peut noter une augmentation continue des demandes des familles en ce qui concerne l'accompagnement humain en particulier pour les Dys. Il y a souvent confusion entre difficultés scolaires et handicap d'où l'importance de bien évaluer les besoins afin de bien distinguer les besoins pédagogiques et les besoins de compensation.

MDPH du Calvados

Comme l'année précédente, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH note un nombre croissant de saisines pour des élèves ne relevant pas d'une reconnaissance de handicap ou pour des besoins ne correspondant pas aux missions des AVS.

MDPH du Pas-de-Calais

Cette évolution provient à la fois de la tendance à une demande croissante de scolarisation en milieu ordinaire (et donc pour laquelle un AVS est plus souvent demandé) et de la tendance très fréquente à croire que l'AVS va résoudre toutes les difficultés rencontrées par l'élève.

MDPH de la Seine-Maritime

Depuis la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005, ce dispositif a connu une progression très importante en Seine-Maritime comme en France, l'AVS étant sollicité de plus en plus systématiquement pour des élèves en situation de handicap, y compris parfois avant même la mobilisation des dispositifs de droit commun.

MDPH de la Loire

La prestation AVS enregistre le plus fort taux de rejet : une évolution réglementaire est en cours qui vise à distinguer nettement les situations nécessitant un dépôt de demande d'AVS et celles se rapportant aux aménagements pédagogiques n'exigeant aucune notification de la MDPH.

- D'autre part, l'orientation vers le milieu ordinaire par défaut en raison de l'absence de solutions d'accueil en milieu adapté, notamment en établissement, sur certains territoires.



MDPH des Landes

Les demandes d'accompagnement continuent d'augmenter à chaque nouvelle rentrée scolaire en raison des besoins des enfants. Toutefois, le nombre de demandes d'accompagnement humain augmente aussi par manque de place dans les établissements médico-sociaux. Il s'agit alors pour la CDAPH de prononcer des orientations par défaut. Cette problématique se retrouve dans les Landes, particulièrement pour les jeunes autistes sévères.

MDPH des Côtes-d'Armor

Il convient de préciser ici que l'attribution d'AVS constitue parfois une réponse par défaut pour des enfants orientés vers un établissement, qui, faute de places dans ces structures, se retrouvent maintenus en milieu ordinaire.

MDPH de la Seine-Saint-Denis

Nous constatons une augmentation des parcours des scolarisations de 20 % avec une part importante liée à une augmentation de l'attribution des AVS et de l'orientation vers des ESMS. [...] L'augmentation des AVS est liée à la nécessité de scolariser en milieu ordinaire des enfants qui ne trouvent pas de places en établissement et pour lesquels une scolarisation à temps partiel avec accompagnement humain est organisée par défaut.

Concernant la mise en place de l'aide humaine mutualisée, les rapports d'activité n'y reviennent pas systématiquement, mais lorsque le sujet est évoqué, les constats semblent être contrastés.



MDPH du Morbihan

En 2013, 60 % des élèves handicapés qui sont en scolarisation individuelle bénéficient d'une AVS-i [auxiliaire de vie scolaire individuel] ou d'une AVS-m [auxiliaire de vie scolaire mutualisé] (les AVS-m représentent plus du tiers des accompagnements effectifs).

MDPH de la Dordogne

La proportion d'aide mutualisée reste faible : en effet, la mise en œuvre de ce dispositif reste complexe dans un département rural, dans lequel les écoles peuvent compter peu d'élèves en situation de handicap et être éloignées les unes des autres. Les décisions sont malgré cela prises en fonction de l'évaluation des besoins de chaque élève, cependant, en dehors des aires urbaines ou des établissements du second degré, l'affectation d'un personnel AVS individuel reste souvent la seule solution envisageable.

MDPH des Ardennes

Parmi le nombre de demandes d'auxiliaire de vie scolaire, quinze décisions ont été rendues pour des auxiliaires de vie mutualisés, représentant 5 % de l'ensemble des accords.

b. Les taux d'accord en baisse, à l'exception des demandes d'orientation et de cartes de priorité et d'invalidité

Les taux d'accord demeurent supérieurs à 50 % pour toute catégorie de demande, à l'exception de la PCH. Et ils sont supérieurs à 80 % pour les demandes d'orientation et de maintien au titre de l'amendement Creton ainsi que pour les demandes d'AEEH, d'aide humaine à la scolarisation ou encore d'avis de transport scolaire.

Cependant, on note une baisse des taux d'accord pour la quasi-totalité des catégories de demandes sur le champ de l'enfance. Seules les cartes d'invalidité ou de priorité ainsi que les demandes d'orientation en établissement ou service ne suivent pas cette tendance. Les taux d'accord pour ces demandes sont respectivement de 68,4 % et 93 %, contre 65,4 % et 92,4 % en 2012.

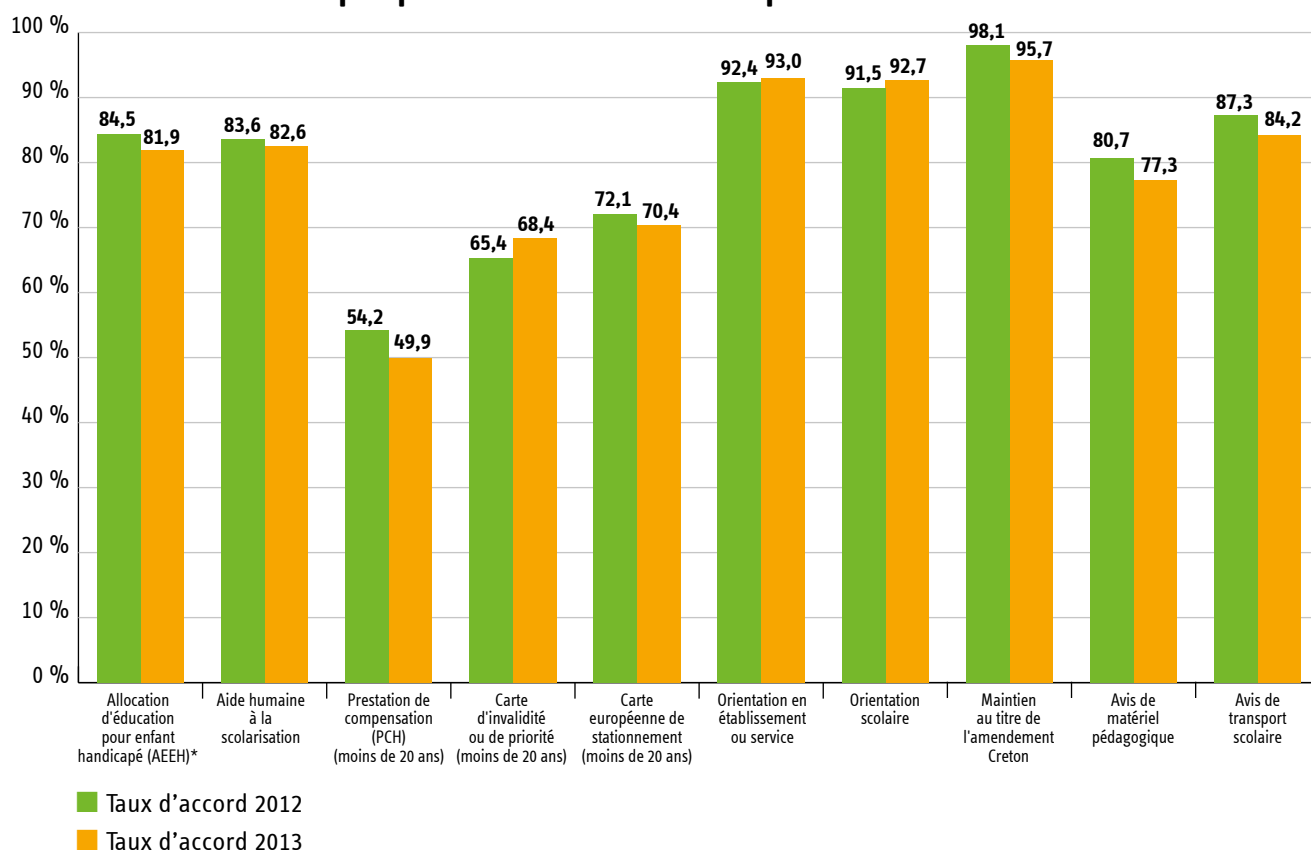
Pour les autres droits et prestations, la baisse des taux d'accord est variable et particulièrement marquée pour la PCH, les avis de matériel pédagogique et de transport :

- 1 point pour les demandes d'AVS (82,6 % contre 83,6 % en 2012) ;
- 2,6 points pour l'AEEH (81,9 % contre 84,5 % en 2012) ;
- 1,7 point pour les CES (70,4 % contre 72,1 % en 2012) ;

- 2,4 points pour les maintiens au titre de l'amendement Creton (95,7 % contre 98,1 % en 2012) ;
- 3,1 points pour les avis de transport (84,2 % contre 87,3 % en 2012) ;
- 3,4 points pour les avis de matériel pédagogique (77,3 % contre 80,7 % en 2012) ;
- 4,3 points pour la PCH (49,9 % contre 54,2 % en 2012).

Cette tendance pourrait soutenir l'hypothèse d'une sollicitation accrue des MDPH pour des situations ne relevant pas du handicap.

Taux d'accord comparés 2012 et 2013 par prestation et orientation pour les enfants



*Y compris compléments d'AEEH.

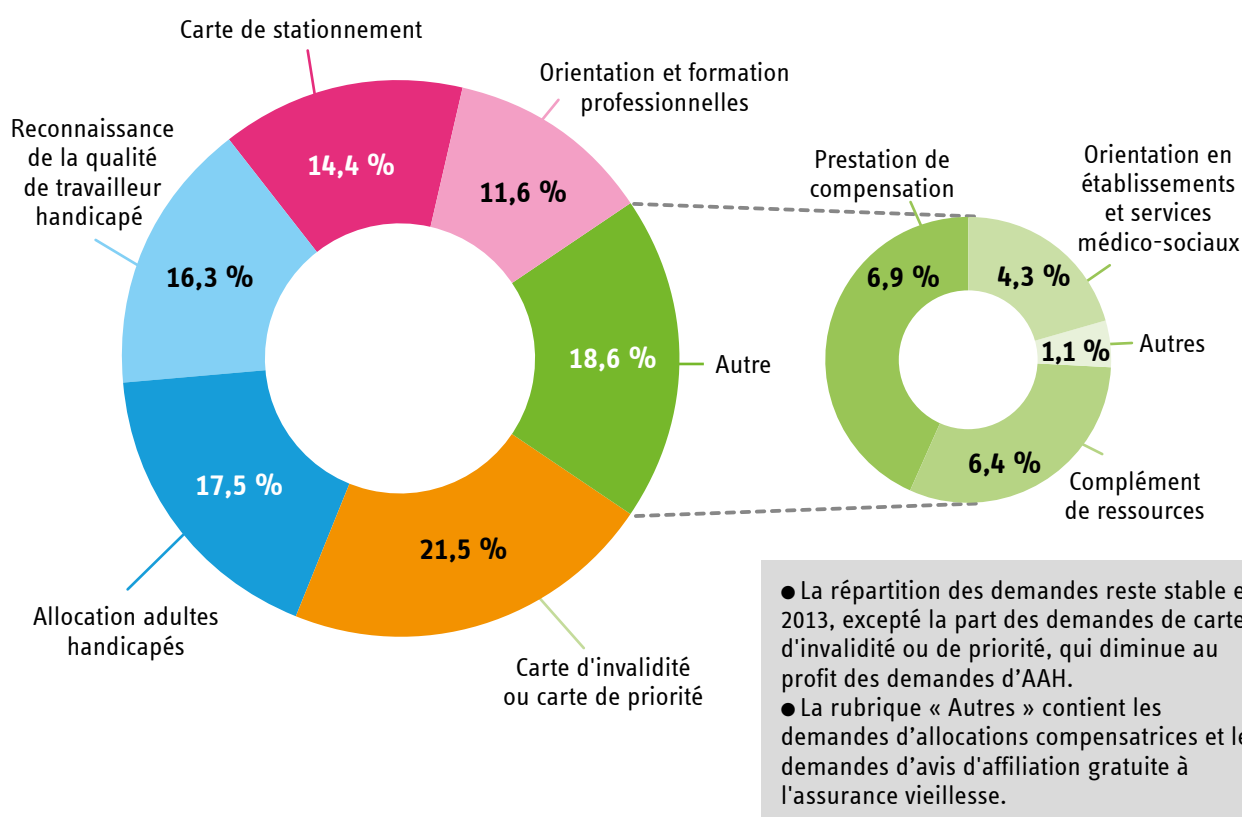
Source : CNSA, échanges annuels 2014.

4. L'évolution des demandes formulées auprès des MDPH dans le champ des adultes

a. Une répartition globalement stable des demandes de droits et prestations pour adulte

Comme pour les enfants, la répartition des demandes « adultes » reste globalement stable depuis 2012. Seule la part des cartes d'invalidité ou de priorité a diminué au profit des demandes d'AAH, à l'inverse des constats de 2012.

Répartition des demandes adultes déposées en 2013
Échantillon : 69 MDPH

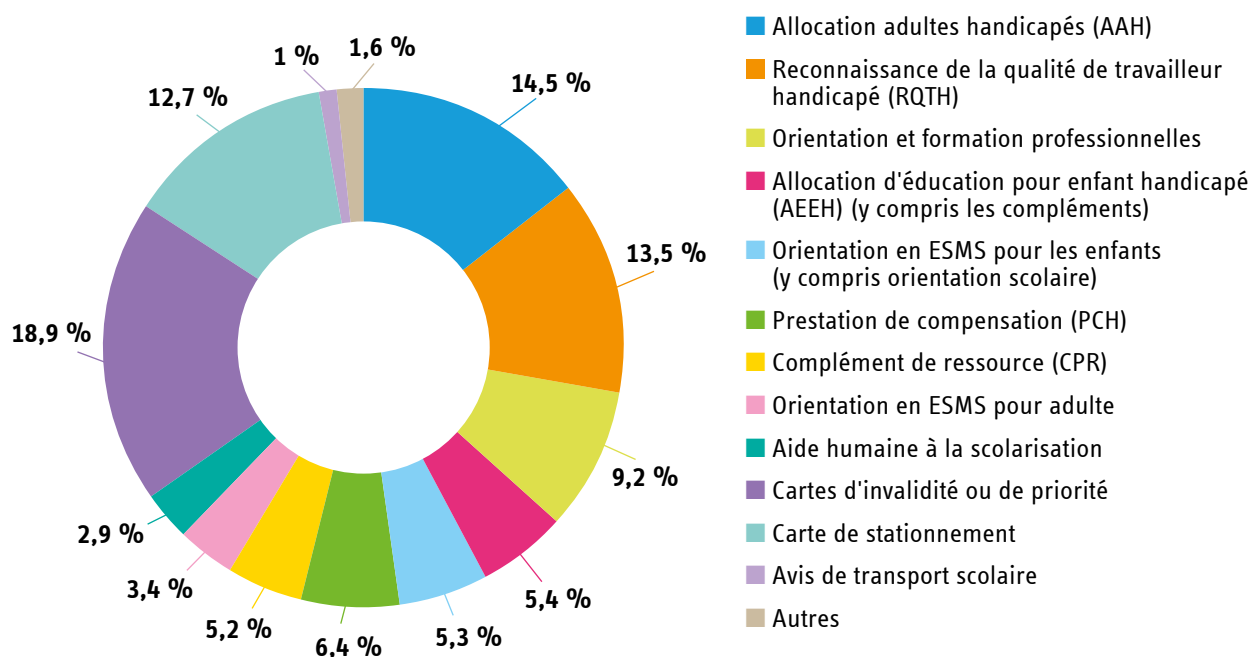


Source : CNSA, échanges annuels 2014.

Globalement, compte tenu du poids de l'activité dans le champ des adultes – 80 % de l'activité des MDPH en moyenne – on constate que :

- si l'AAEH et les orientations en ESMS enfants représentent chacune près de 30 % du total des demandes « enfants », elles constituent respectivement 5,4 % et 5,3 % du total des demandes déposées ;
- près de quatre demandes sur dix déposées dans les MDPH concernent l'emploi (37,2 %) ;
- les demandes de cartes représentent près du tiers des demandes déposées (31,6 %).

Répartition de l'ensemble des demandes déposées en 2013 Échantillon : 65 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2014.

La progression de l'activité dans les domaines de l'emploi et de l'AAH est largement abordée dans les rapports d'activité. Les MDPH évoquent le contexte économique qui inciterait les usagers adultes à solliciter les dispositifs du champ du handicap ainsi que les réformes de l'AAH et des retraites.



MDPH de l'Aveyron

Dans le contexte de crise économique et d'augmentation du chômage, l'activité de la MDPH reste très mobilisée sur l'emploi des personnes handicapées et sur les problématiques d'insertion professionnelle. Les demandes liées à l'insertion professionnelle et à l'emploi représentent plus d'un tiers des demandes traitées par la MDPH. Si l'on ajoute à ces demandes l'impact de la réforme de l'AAH qui induit un traitement systématique des questions liées à l'emploi, on constate que 50 % de l'activité du secteur adulte est mobilisée sur les questions liées à l'emploi.

MDPH de la Seine-Maritime

Le contexte économique actuel incite également les personnes à demander une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), dans l'espoir de conserver leur emploi ou bien d'en trouver un plus facilement. La réforme des retraites, qui prévoit une durée de cotisation plus faible pour les personnes ayant la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, sous certaines conditions, explique également l'augmentation du nombre de demandes.

MDPH du Lot

Les décisions RQTH [...] sont en augmentation de 18 % sur un an. Il est tout à fait possible que la réforme des retraites explique pour partie l'augmentation de ces demandes.

MDPH de l'Orne

Les demandes de RTH sont en augmentation de 25,6 % par rapport à 2012 et de 77 % depuis 2008. Les différentes propositions de réforme des retraites incitent les personnes ayant des problèmes de santé à demander cette RTH de plus en plus tôt. Le vieillissement de la population du département est certainement aussi une des raisons de cette hausse constante.

MDPH du Cantal

Le pourcentage d'augmentation entre 2009 et 2013 est de 117 % ; en effet, l'examen de la RQTH est impacté par la réforme de 2009, nécessitant une évaluation de l'employabilité lors d'une demande d'AAH.

MDPH de l'Ariège

Cette augmentation des RQTH, ORP [orientations professionnelles], ESSMS peut s'expliquer par le fait qu'elles sont souvent proposées lors de l'instruction de l'AAH RSDAE [restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi], et cela notamment afin d'ouvrir sur une dynamique pour faciliter les démarches d'insertion et de l'employabilité à moyen terme.

Si, proportionnellement, les demandes de cartes diminuent en moyenne nationale, elles représentent toujours un volume d'activité important et en progression sur de nombreux territoires en lien notamment avec le poids des demandes émanant des personnes âgées de plus de soixante ans (voir le focus p. 21), pour lesquelles les taux d'accord semblent être considérablement plus élevés que pour les demandeurs plus jeunes.

**MDPH de la Guyane**

Les cartes constituent un poids particulièrement important dans l'activité de la MDPH, notamment pour les plus de vingt ans. Elles représentaient 48 % des demandes déposées en 2012. En 2013, cette proportion est quasiment la même. La carte de stationnement continue d'être fortement demandée. Elle constitue un volume de demandes important à traiter. 54 % des demandes de cartes ont obtenu un accord en 2013.

MDPH de l'Yonne

Près de 40 % de l'activité de la CDAPH repose sur les demandes de cartes tout comme les années antérieures. Les cartes sont refusées globalement à 45 %. Une fois de plus, les demandes de cartes représentent une part très importante de l'activité de la MDPH, mobilisent principalement le médecin et aboutissent pour près de la moitié à un refus.

MDPH de la Haute-Savoie

La carte de stationnement est toujours fortement sollicitée par les plus de soixante ans et est accordée dans la majorité des situations.

MDPH du Tarn

Une partie très importante de ces cartes concernent des personnes handicapées âgées de plus de soixante ans : 40 % pour les cartes d'invalidité ou de priorité et 43 % pour les cartes de stationnement. Pour ces cartes, les décisions ou avis d'accord sont très majoritaires : 81 % pour les cartes d'invalidité ou [de] priorité ; 75 % pour les cartes de stationnement.

Deux enjeux concernant les cartes européennes de stationnement sont à souligner à la lecture des rapports d'activité :

- D'une part, la mise en place de circuits d'évaluation consacrés à ces demandes et simplifiés dans la mesure où les CES ne nécessitent pas une évaluation pluridisciplinaire, mais uniquement un avis du médecin de la MDPH.



MDPH de l'Yonne

Pour les dossiers de demandes de cartes seules, le médecin statue seul sur dossier, en fonction des éléments dans le dossier et du certificat médical. Lors de ces évaluations, le médecin est souvent amené à rappeler le médecin qui a rempli le certificat médical pour obtenir plus d'éléments.

MDPH des Yvelines

87 % des demandes concernent des adultes. De fait, certes les demandes de CES qui peuvent faire l'objet d'une demande unique ne donnent pas lieu à l'élaboration d'un dossier, mais l'évaluation conduisant à l'avis médical occupe une part substantielle de la disponibilité des médecins.

MDPH du Haut-Rhin

Les cartes restent les prestations les plus sollicitées et connaissent des taux de refus importants. L'évaluation de ces prestations reste peu pluridisciplinaire et relève d'un dispositif de gestion de masse. La MDPH du Haut-Rhin est en réflexion sur le traitement des demandes de cartes pour les personnes de plus de soixante-cinq ans connues des dispositifs d'aide aux personnes âgées. L'idée est de pouvoir capitaliser dans l'expertise effectuée dans le cadre des personnes âgées un traitement concomitant des cartes.

- D'autre part, des interrogations sur la répartition des rôles avec les services de l'État pour les CES, et notamment la prise en charge financière de l'impression des cartes.



MDPH du Jura

Bien que ne donnant pas lieu à décision de la CDAPH, les cartes de stationnement imposent un avis médical pour émettre un avis favorable ou non (décret n° 2005-1766 du 30 décembre 2005). Les cartes sont délivrées par le préfet du département. Certaines MDPH n'assurent plus ce service depuis quelques années et c'est donc la DDCSPP [direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations] qui en a la charge. La MDPH du Jura gère l'instruction, a recours à l'expertise si les informations médicales sont insuffisantes et prend en charge l'émission de la carte ainsi que la rédaction des mémoires lorsqu'il y a recours devant le tribunal administratif.

MDPH des Deux-Sèvres

La charge financière pour l'achat des cartes (3 800 euros en 2013), pour les envois et pour le temps de travail afférent à l'instruction des demandes est entièrement supportée par la MDPH et ne fait que s'accroître au fil des ans. En effet, avec le vieillissement de la population, la demande ne fait qu'augmenter.

MDPH des Pyrénées-Atlantiques

Par ailleurs, les textes ne prévoient pas que les services de la MDPH notifient les décisions ni ne délivrent les cartes de stationnement. En 2013, 3 700 cartes ont été achetées. Coût total TTC : 5 550 euros, soit 1,50 euro TTC par carte. Ces tâches mobilisent un temps de travail d'instructeur.

MDPH de la Creuse

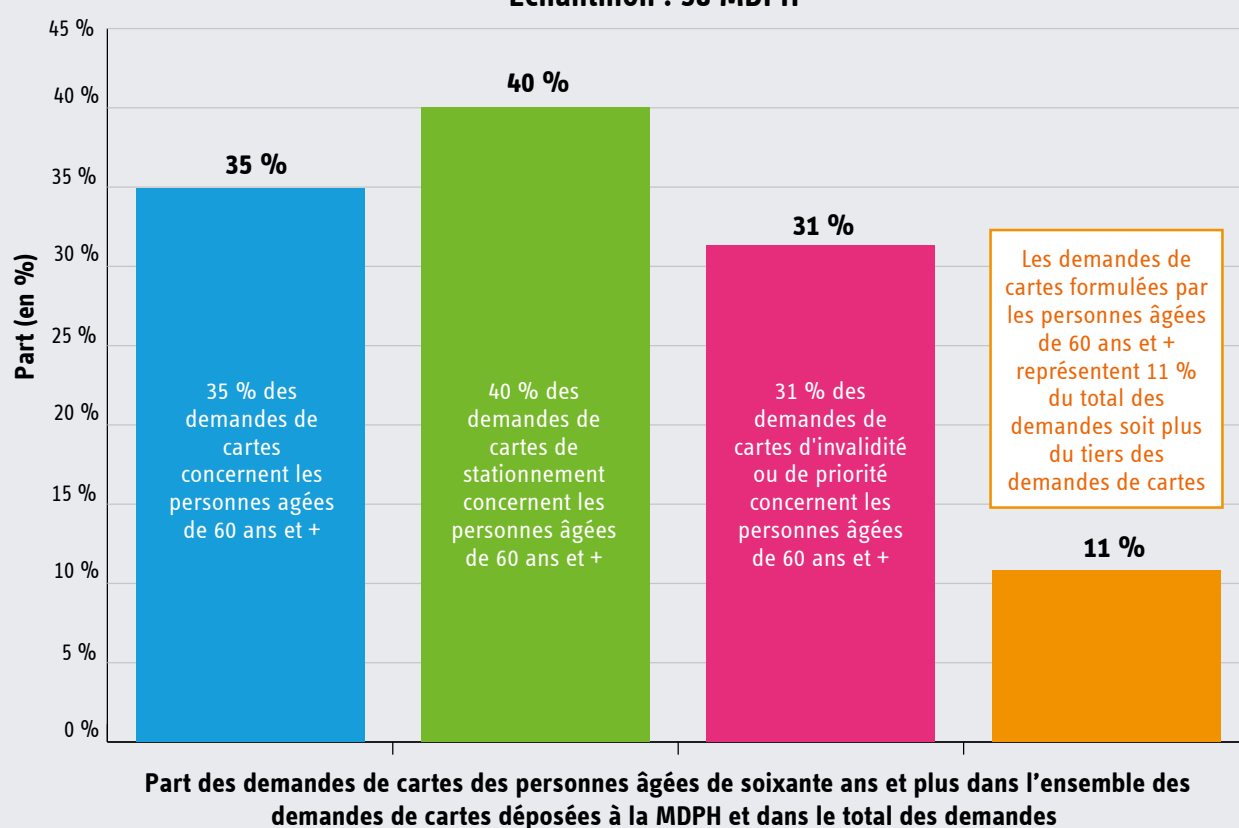
Aucune compensation financière, ni pour l'achat des cartes à l'imprimerie nationale, ni pour l'affranchissement des plis, ni pour le financement du temps des agents MDPH n'est demandée à la DDCSPP (nombre de CS traitées en 2013 : 504).

Focus sur le poids de l'activité liée aux personnes âgées de soixante ans et plus

Les cartes représentant près du tiers du total des demandes déposées dans les MDPH (31,6 %), les demandes de cartes formulées par les personnes âgées de soixante ans et plus représentent plus d'un dixième des demandes formulées auprès des MDPH.

Les données consolidées sur l'activité des MDPH permettent de constater que plus d'un tiers des demandes de cartes (35 %) concernent les personnes âgées de soixante ans et plus. Cette part est plutôt stable, connaissant une légère baisse d'un point environ en 2013 (36 % en 2012). Cette proportion se décline en 40 % pour les cartes de stationnement (41 % en 2012) et 31 % pour les cartes d'invalidité (32 % en 2012).

Part des demandes de cartes des personnes âgées de soixante ans et plus dans l'activité des MDPH en 2013 Échantillon : 58 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2014.

Notons que les cartes ne sont pas les seules demandes émanant d'un public âgé. En effet, 18,5 % des demandes de PCH concernent des personnes âgées de soixante ans et plus.

D'ailleurs, dans leurs rapports d'activité, de plus en plus de MDPH valorisent les efforts d'observation de leur activité en vue de contribuer à l'analyse des besoins des personnes en situation de handicap sur leur territoire. Dans ce cadre, certaines d'entre elles font un focus particulier sur les usagers âgés de soixante ans et plus en constatant qu'il s'agit d'un public de plus en plus présent.

La MDPH du Morbihan souligne par exemple « l'augmentation des demandes concernant des problématiques de personnes âgées dépendantes de plus de plus de soixante ans, reconnues handicapées ou non », alors que la MDPH de la Moselle constate que « plus de 36 % de la population ayant un droit ouvert à la MDPH a plus de soixante ans soit plus d'un bénéficiaire sur trois ».

Il ne s'agit d'ailleurs pas uniquement des demandeurs de cartes.



MDPH du Calvados

[Pour la RQTH], le nombre de personnes de plus de soixante ans (8 %) tend à croître en raison de l'effet du vieillissement des bénéficiaires et de la réforme de l'âge de départ en retraite. Il conviendra de confirmer cette tendance à l'avenir.

MDPH du Jura

Se pose également la problématique des personnes handicapées vieillissantes, souvent anciens travailleurs d'ESAT [établissement et service d'aide par le travail] ou résidents de foyers de vie âgés de plus de soixante ans.

Cette tendance aurait vocation à s'amplifier sous l'effet du vieillissement de la population au regard de la pyramide des âges des bénéficiaires connus des MDPH.



MDPH du Val-d'Oise

La pyramide des âges des personnes bénéficiant d'une prestation décidée par la CDAPH est marquée par un pic très fort, juste avant soixante ans (cinquante-sept ans pour les femmes et cinquante-huit ans pour les hommes). Ce pic est beaucoup plus marqué que sur la pyramide de l'ensemble de la population.

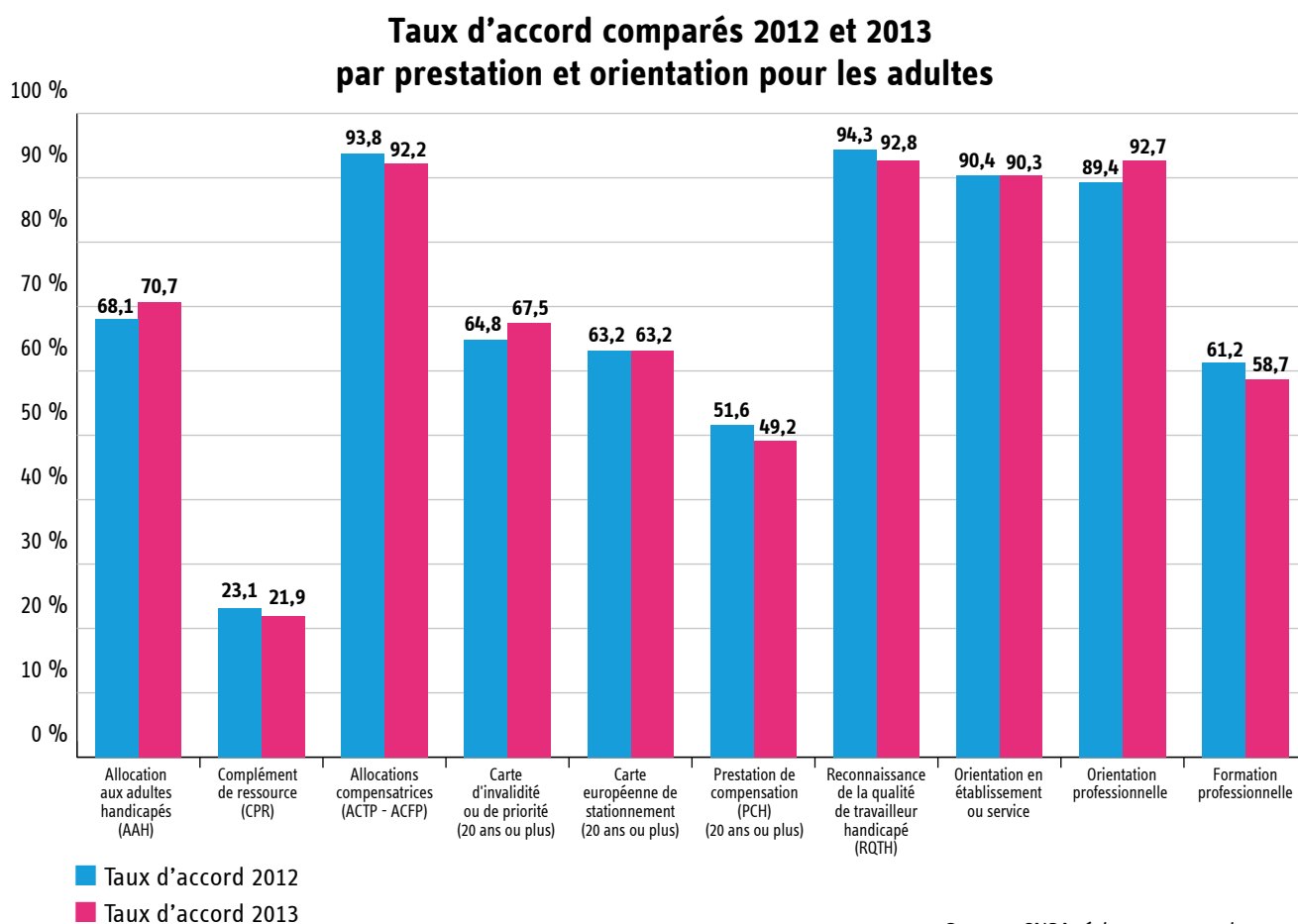
MDPH de la Vienne

À noter que le nombre de personnes appartenant à la tranche 55-59 ans a augmenté de près de 5 %. Cette évolution résulte probablement d'un contexte économique difficile.

Face à ces constats, la MDPH du Gard, qui note une très forte progression des premières demandes chez les personnes âgées de soixante ans et plus (+ 30 %), s'interroge sur « les mesures d'automatisme entre dépendance et handicap ».

b. Taux d'accord : des évolutions contrastées selon les droits et prestations

Concernant les taux d'accord, ils progressent pour les cartes de priorité ou d'invalidité adultes (2,5 points), l'AAH (2,5 points) et l'orientation professionnelle (3 points), tout en baissant pour la PCH (2,5 points) et la RQTH (1,5 point). Tous les autres droits et prestations connaissent une stabilité des taux d'accord.



Source : CNSA, échanges annuels 2014.

Focus sur les taux d'accord en matière d'AAH

Le 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 pour l'accès à l'emploi et à certaines modalités d'attribution de cette allocation, entré en application le 1^{er} septembre 2011, a limité à deux ans la durée d'attribution de l'AAH aux personnes relevant d'un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 %. De nombreux rapports d'activité reviennent sur les effets de cette réforme sur l'activité des MDPH dans la mesure où elle conduit à des demandes de renouvellement de l'AAH plus fréquentes avec les premiers effets constatés en 2013, deux années après l'entrée en application de cette réforme.

L'augmentation du taux d'accord de l'AAH doit être mise en parallèle avec la progression de la part des renouvellements. Si nous ne disposons pas de chiffres consolidés permettant de comparer la part des renouvellements en 2012 et 2013, un effet logique de la réforme joue. Or, les taux d'accord sont effectivement plus élevés pour les renouvellements que pour les premières demandes. Ainsi, parmi les décisions prises auprès de personnes primodemandeuses, 48 % seulement se soldent par un accord alors que parmi les décisions prises pour des renouvellements ou des révisions, 90 % se traduisent par un accord⁵.

En 2013, les motifs de refus se répartissent de la manière suivante :

- 58 % : taux d'incapacité inférieur à 50 % ;
- 35 % : taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % sans RSDAE ;
- 7 % : autres motifs (par exemple, situation non stabilisée).

Si l'on calcule l'écart-type sur les départements dont l'information est disponible en 2012 et 2013 pour mesurer l'évolution des disparités entre 2012 et 2013, on observe alors que :

- la disparité départementale des taux d'accords à la suite d'une première demande se réduit : l'écart-type des taux départementaux des premiers accords d'AAH pour mille habitants de vingt à cinquante-neuf ans en 2013 se chiffre à 1,3 pour 1 000 (cinquante-sept MDPH), contre 1,6 en 2012 (soit une diminution des écarts) ;
- la disparité départementale des taux d'accord à la suite d'un renouvellement augmente : l'écart-type des taux départementaux des accords sur décision de renouvellement d'AAH pour mille habitants de vingt à cinquante-neuf ans en 2013 est de 2,6 pour 1 000 (quarante-huit MDPH), contre 2,4 pour 1 000 en 2012.

Ainsi les taux d'accord en réponse à la première demande présentent une moindre disparité entre les départements que les taux d'accord à la suite d'un renouvellement.

5. L'évolution en matière de PCH⁶

En 2013, la PCH représente 7 % des demandes déposées auprès des MDPH (une part stable depuis 2010), et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), seulement 0,4 %.

Les demandes de prestation de compensation ont fortement augmenté jusqu'en 2010. Depuis, leur progression s'est ralentie. Elles avaient augmenté de 43 % entre 2008 et 2009, de 29 % entre 2009 et 2010, de 11 % entre 2010 et 2011 et de 8 % entre 2011 et 2012. En 2013, les demandes de prestation de compensation augmentent de 6 % par rapport à 2012 ce qui représente un volume de 236 300 demandes de PCH déposées auprès des MDPH. La part des demandes de PCH enfants – prestation mise en place en 2008 – se stabilise depuis 2010 (11 %).

⁵ Résultats s'appuyant sur les données de soixante et onze MDPH.

⁶ Les éléments concernant la PCH sont issus d'une enquête réalisée à partir des réponses faites au questionnaire envoyé chaque mois par la CNSA aux MDPH depuis janvier 2006, date de leur création et de l'entrée en vigueur de la PCH. En 2013, quatre-vingt-dix-sept MDPH ont participé à l'enquête.

Les MDPH ont accordé, en 2013, environ 112 000 PCH (adultes et enfants) ; 10 % concernent des accords de PCH enfants. Le taux d'accord tend à s'égaliser entre la PCH adultes et la PCH enfants et poursuit sa diminution. La répartition des éléments accordés au titre de la prestation reste stable.

a. Les demandes de prestation de compensation : une croissance ralentie

Entre 2006 et 2009, le nombre de demandes de prestation de compensation a augmenté de 163 %, passant entre ces deux dates de 70 600 à 185 800. Les années 2009 et 2010 marquent une montée en charge toujours importante du nombre de demandes avec une augmentation de 43 % entre 2008 et 2009 et de 29 % entre 2009 et 2010.

À partir de 2011, la progression est nettement plus faible (+ 11 % en 2011, + 8 % en 2012). En 2013, la croissance des demandes poursuit son ralentissement : le taux d'évolution annuel est de 6 % et l'on estime à 236 000 le nombre de demandes de PCH (adultes et enfants) sur la France entière. Rapporté à la population départementale de moins de cinquante-neuf ans, le taux de demandes s'échelonne entre 299 et 1 128 demandes pour 100 000 habitants de vingt à cinquante-neuf ans par département.

L'augmentation du nombre moyen de demandes de PCH par mois s'atténue à partir de la fin de l'année 2010.

Évolution mensuelle des demandes de PCH déposées par mois entre 2006 et 2013



Source : CNSA, enquête mensuelle PCH, 2013.

Le profil des demandes a évolué dans le temps. La part des premières demandes diminue avec l'effet du renouvellement des droits des bénéficiaires dans le dispositif. En 2010, 83 % des demandes de PCH sont des premières demandes. Ce taux diminue chaque année pour atteindre 65 % en 2013.

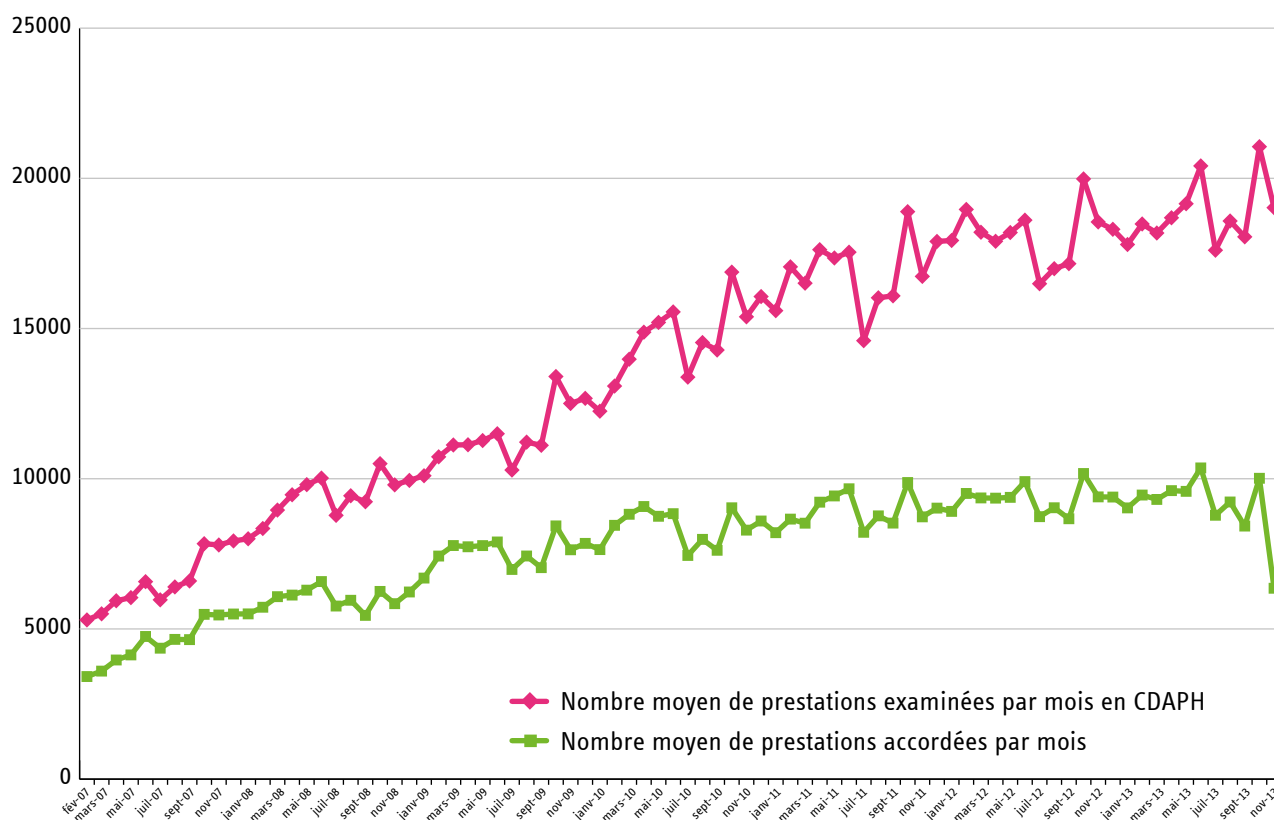
Le profil des demandeurs de PCH évolue également depuis 2008, avec la mise en place de la PCH enfants. Depuis le 1^{er} avril 2008, en alternative aux compléments d'AEEH, les enfants peuvent bénéficier au titre de la prestation de compensation (en sus des aménagements de logement, de véhicule et des surcoûts liés aux frais de transport) de financements d'aides humaines, d'aides techniques, de charges spécifiques et exceptionnelles et de charges animalières. L'entrée en vigueur de la PCH enfants a provoqué une augmentation sensible des demandes de PCH pour les enfants : la part des demandes de PCH enfants était de 3,4 % en 2007 et augmente chaque année pour atteindre 11,3 % en 2013.

b. Les décisions de prestation de compensation : une augmentation de 4 % entre 2012 et 2013

En 2013, les CDAPH, instances décisionnaires des MDPH, ont pris environ 226 000 décisions de PCH. La part des décisions de PCH dans l'ensemble des décisions prises par les CDAPH reste stable (7 %). Le nombre total de décisions prises continue d'augmenter, mais à un rythme plus faible que les années précédentes (+ 4 % en 2013 contre + 8 % en 2012).

Au cours de l'année 2013, en moyenne, 18 800 décisions relatives à la prestation de compensation ont été prises chaque mois. Bien que continuant d'augmenter, ce nombre progresse plus faiblement que les années précédentes. La part des décisions relatives aux PCH enfants continue d'augmenter : elle représente 9,2 % du total des décisions de PCH prises en 2010 puis se stabilise autour de 10 % depuis 2011.

Évolution mensuelle des PCH examinées et accordées entre 2007 et 2013



Source : CNSA, enquête mensuelle PCH, 2013.

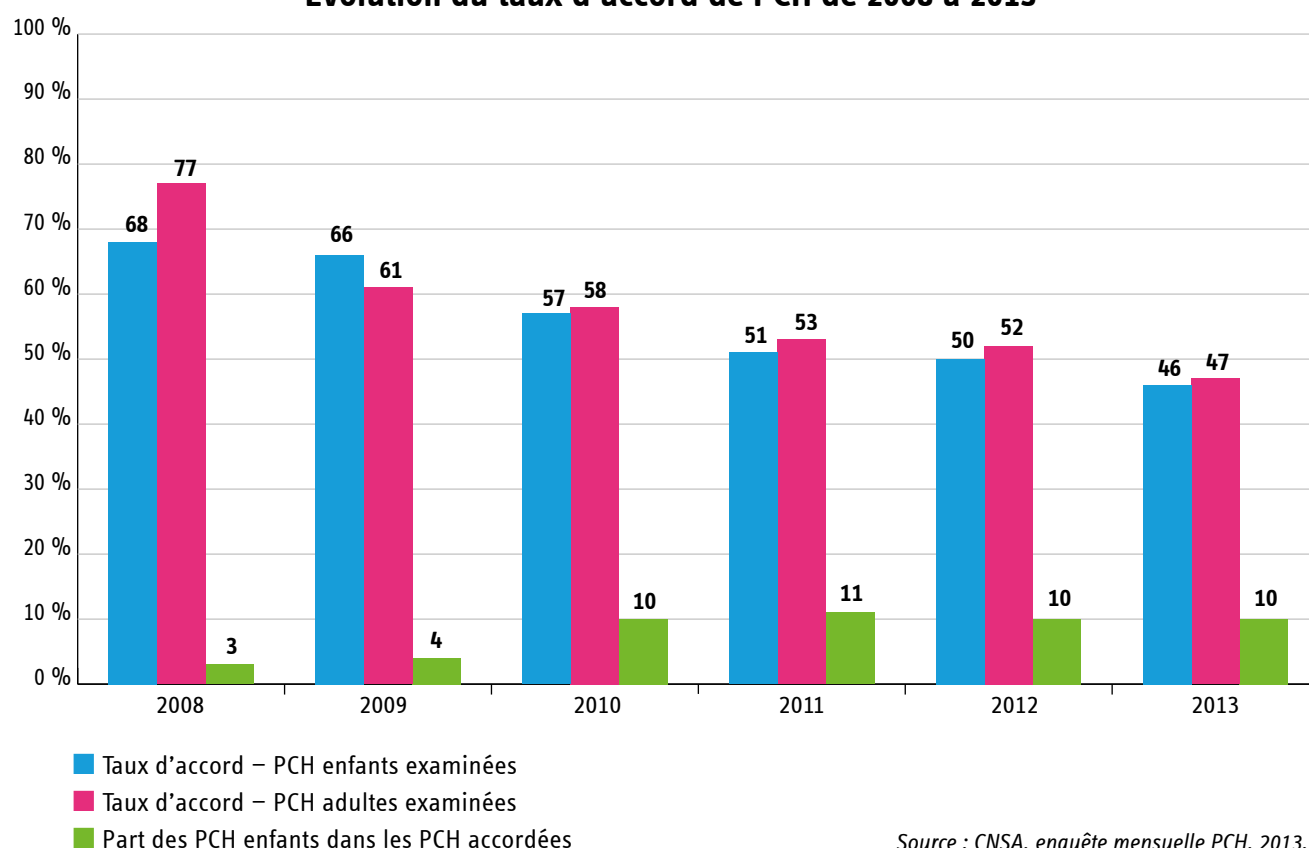
c. En 2013, moins d'une décision sur deux a donné lieu à un accord de PCH

En 2013, on estime à 112 300 le nombre d'accords de PCH. Le taux d'attribution de la prestation de compensation (adultes et enfants) diminue depuis 2009 : il atteint 52 % en 2012 et 46,5 % en 2013. En 2013, les taux d'accords varient entre 27 % et 79 % selon les départements. Les pratiques départementales (orientation des demandes, cellules de prétri, dialogue préalable avec les personnes) et la nature des demandes (premières demandes, renouvellements) ont probablement un impact sur les résultats des décisions prises en CDAPH.

Le taux d'accord pouvait être plus élevé dans les premières années de la montée en charge de la prestation en raison de la nature du public demandeur : le public des personnes très lourdement handicapées visé par la circulaire du 11 mars 2005⁷, ainsi que les personnes qui choisissaient de basculer, au début de la mise en place du dispositif, de l'ACTP à la PCH. Comme le souligne Maude ESPAGNACQ dans l'étude portant sur l'évolution des prestations compensatrices du handicap entre 2006 et 2012 : « La hausse du nombre d'allocataires de la PCH [...] s'explique par des critères d'éligibilité plus larges que pour l'ACTP. Ainsi, de nouvelles populations ont pu accéder à cette prestation, comme les personnes sourdes ou celles ayant des pathologies invalidantes pour une durée prévisible d'au moins un an (comme par exemple les cancers) »⁸.

Depuis 2006, l'évolution des pratiques d'évaluation et d'attribution des MDPH passe également par une meilleure appropriation du cadre réglementaire et des outils de mesure de l'éligibilité à l'accès à la prestation et par le développement d'outils sur les spécificités de la PCH (guides construits par la CNSA avec les acteurs du terrain). Une analyse approfondie des dispositifs d'attribution de la prestation de compensation depuis l'émergence de la demande jusqu'à l'attribution des prestations a été lancée par la CNSA fin 2013, en vue notamment d'expliquer les disparités départementales des taux de demandes et d'attribution de la PCH. Les résultats devraient être disponibles au début de l'année 2015.

Évolution du taux d'accord de PCH de 2008 à 2013



⁷ Circulaire n° 2005-140 du 11 mars 2005 relative au dispositif 2005 de prise en charge complémentaire des besoins d'aide humaine pour les personnes adultes très lourdement handicapées vivant à domicile.

⁸ Évolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012. ESPAGNACQ (M.). Paris : DREES, 2013, « Études et résultats », n° 829.

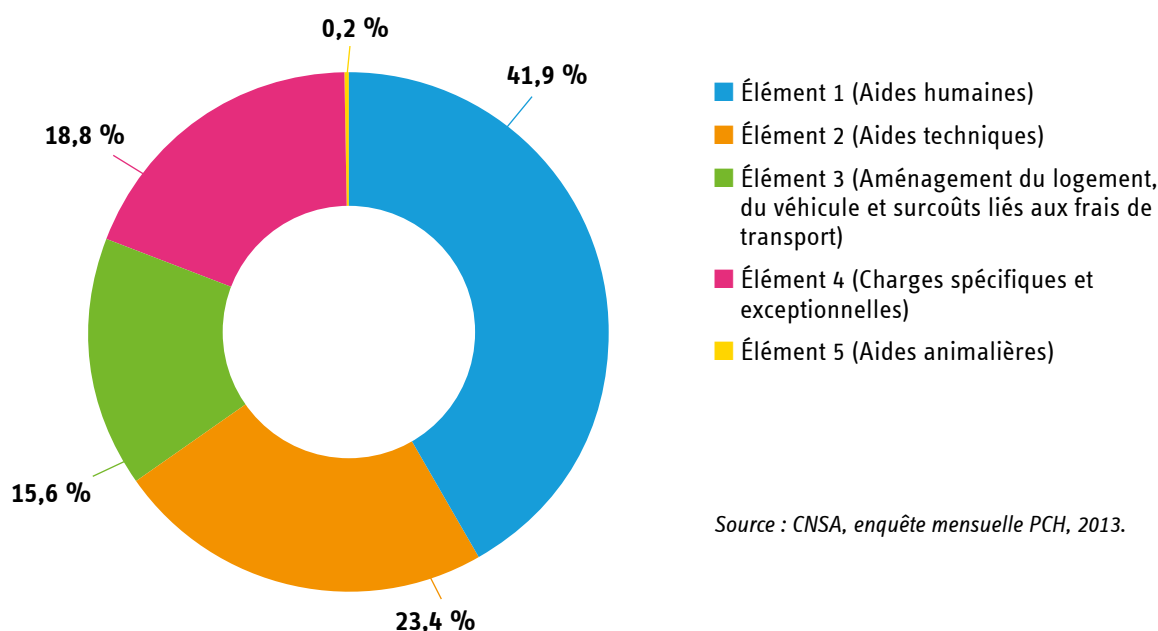
d. En 2013, la répartition des éléments accordés évolue très peu...

Les questionnaires mensuels permettent de connaître les différents éléments de la prestation de compensation attribués par la CDAPH chaque mois. Au nombre de cinq, ces éléments sont attribués en fonction de la situation de la personne et de ses besoins de compensation.

Les décisions prises par la CDAPH ne permettent pas de rendre compte de la réalisation effective des plans de compensation. À titre d'exemple, la CDAPH peut accorder de l'aide humaine, l'équipe pluridisciplinaire préconisant le nombre d'heures et le statut des aidants qui devraient intervenir. Dans les faits, la configuration de l'aide peut changer ce qui peut avoir un impact sur le montant de la dépense.

L'aide humaine représente 42 % des éléments accordés en 2013. Le graphique ci-dessous fournit une photographie de la répartition des différents éléments de compensation attribués par la CDAPH pour répondre aux besoins des personnes ; certains éléments – comme l'aide humaine – sont attribués mensuellement et d'autres ponctuellement.

Répartition des éléments de la PCH attribués (en %)
Année 2013 - Échantillon : 69 MDPH



Source : CNSA, enquête mensuelle PCH, 2013.

e. ...alors que les montants moyens par élément de PCH fluctuent davantage

Le montant moyen attribué mensuellement pour les aides humaines est de 841 euros en 2013. La PCH permet de recourir à des aidants professionnels (prestataire, mandataire, gré à gré) et/ou à des aidants familiaux. Le montant moyen de l'aide humaine peut être expliqué par la configuration de l'aide préconisée par l'équipe pluridisciplinaire, les quatre statuts d'aidants n'étant pas associés aux mêmes tarifs⁹. Le montant moyen d'aide humaine accordé peut également être expliqué par des pratiques locales et des orientations de prise en charge du handicap selon le lieu de vie (à domicile et/ou en établissement), ainsi que par la configuration locale de l'offre.

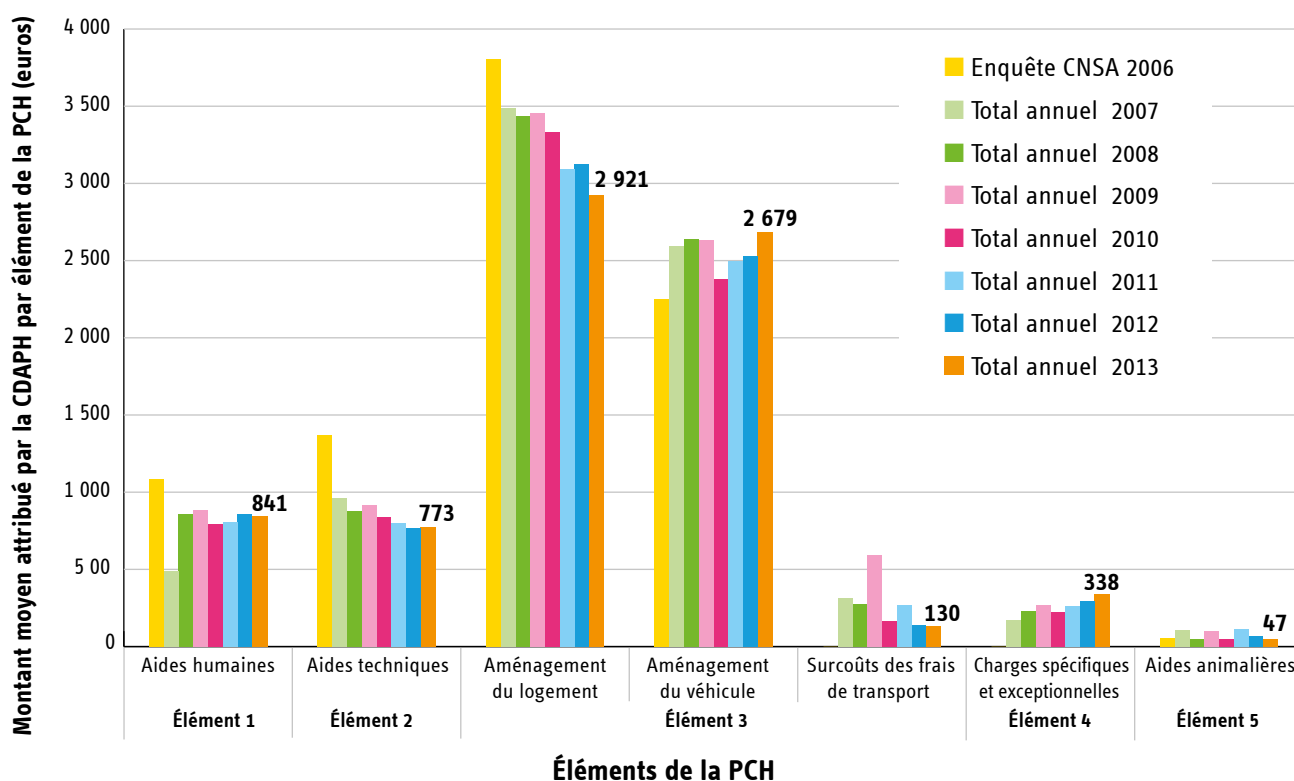
Le montant moyen attribué pour les aides techniques poursuit sa baisse et atteint 773 euros en 2013 ; celui des aménagements de logement tend également à diminuer avec le temps pour atteindre 2 921 euros en 2013. Le montant moyen attribué pour l'élément frais de transport est de 130 euros.

⁹ Le tarif horaire applicable de l'aide humaine est variable selon le statut de l'aidant : le tarif le plus élevé s'applique au service prestataire (d'une valeur de 17,59 euros au 1^{er} janvier 2014), suivi du tarif mandataire (13,63 euros) puis de l'emploi direct (12,39 euros) et enfin du tarif aidant familial, qui est de 5,48 euros par heure au 1^{er} janvier 2014.

Au départ, la PCH a permis de répondre aux besoins importants de compensation d'une catégorie de personnes, non pris en charge ou insuffisamment par d'autres dispositifs, permettant ainsi le maintien de leur autonomie dans les actes de la vie quotidienne et plus largement pour l'exercice de leurs activités. Une fois l'acquisition d'une aide technique et les aménagements du logement opérés, les demandes de renouvellement en aides techniques ou aménagement du logement s'orientent probablement davantage vers des aides complémentaires ayant un coût moins élevé. Ce constat est confirmé par les résultats issus de l'enquête faite auprès des bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH (LO, DOS SANTOS, 2012 ; ESPAGNACQ, 2011)¹⁰ : les auteurs observent qu'au moment de la mise en place de la PCH, la part des bénéficiaires d'aides techniques et d'aménagement du logement était plus élevée que dans les années qui ont suivi sa mise en place. Ces personnes (en particulier les personnes plus lourdement handicapées bénéficiaires de l'ACTP et qui ont basculé vers la PCH) ont pu bénéficier d'une aide technique et/ou d'un aménagement du logement d'un montant élevé.

Le montant moyen attribué pour les charges spécifiques et exceptionnelles augmente légèrement, passant de 294 euros en 2012 à 338 euros en 2013. Le montant moyen attribué mensuellement de l'élément plus rare que sont les aides animalières (élément 5) reste relativement faible (ne pouvant dépasser 50 euros par mois).

Les montants moyens attribués par élément de la prestation de compensation



Source : CNSA, enquête mensuelle PCH, 2013.

¹⁰ Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes. LO (S. H.) et DOS SANTOS (S.). Paris : DREES, 2011, « Études et résultats », n° 772.

Focus sur le volet aide humaine de la PCH en 2012

Ce focus repose sur les données consolidées de l'enquête mensuelle PCH 2012 dans l'attente d'une consolidation des données 2013. Il permet d'observer les pratiques d'attribution des CDAPH en matière d'aide humaine. Il contient les premiers éléments sur la durée d'attribution de l'aide humaine accordée par les CDAPH ainsi que sur le contenu des heures d'aide selon le statut de l'aidant (familial ou professionnel).

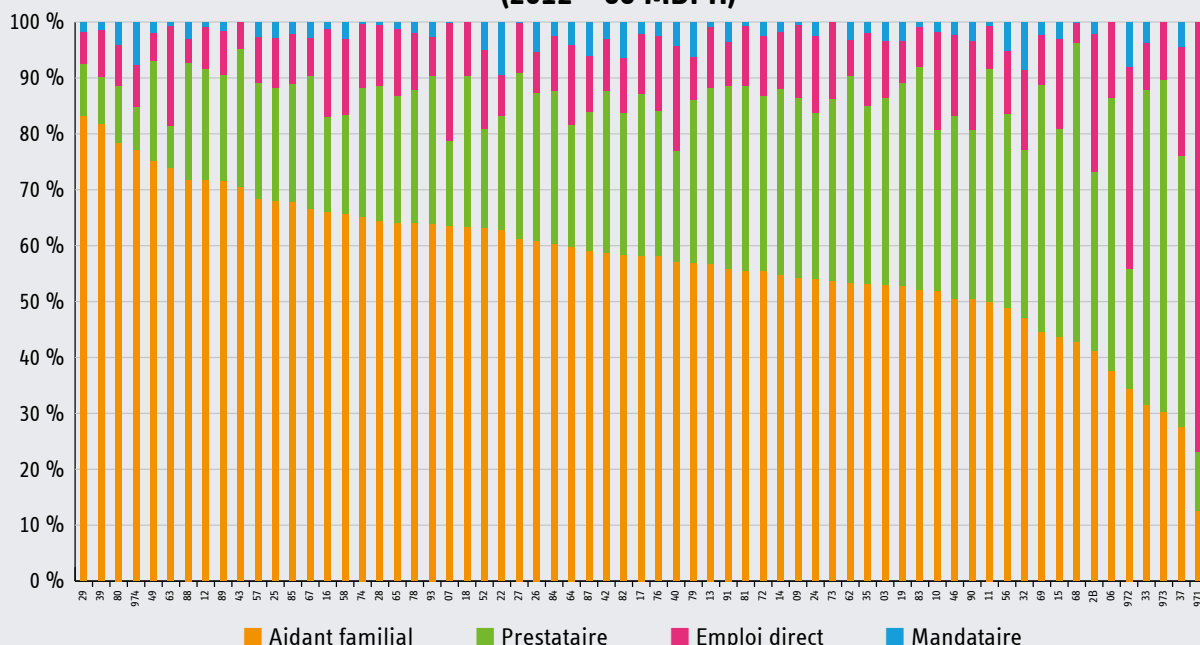
L'aide humaine représente la principale source de dépenses mensuelles des conseils généraux. Au cours du mois de septembre 2012, 94 % des allocataires ont perçu un versement au titre de l'aide humaine, 1 % au titre de l'aide technique, 7 % pour un aménagement du logement ou du véhicule et 18 % pour des charges spécifiques ou exceptionnelles (DREES – données issues de l'enquête trimestrielle, décembre 2012¹¹).

En 2012, parmi les soixante-huit MDPH ayant fourni l'information, la durée moyenne d'attribution de l'aide humaine est de quatre ans et quatre mois et 75 % d'entre elles accordent l'aide humaine pour quatre ans et neuf mois maximum.

Dans l'enquête mensuelle PCH, les MDPH transmettent la répartition des heures accordées par statut de l'aidant. Ces données permettent d'observer, par département, la part que représentent les heures d'aidant familial accordées par rapport aux heures attribuées en prestataire, mandataire ou emploi direct. Ces données ne permettent pas de savoir si les heures sont réellement consommées ni de quelle façon les usagers en bénéficient (aide unique de l'entourage, aide unique des professionnels ou aide mixte).

En 2012, l'aide humaine accordée se décline de la manière suivante : en moyenne, 58 % des heures d'aide humaine sont accordées pour le recours à un aidant familial, 29 % pour un recours à un prestataire, 10,5 % pour de l'emploi direct et enfin 2,5 % pour un recours à un mandataire. Cette répartition varie selon les départements.

**Répartition des heures d'aide humaine attribuée par mois
selon la nature des aidants par département
(2012 - 66 MDPH)**



Source : CNSA, enquête mensuelle PCH, 2012.

11 Source : DREES. PCH. Résultats de l'enquête trimestrielle (n° 4-2012).

6. L'activité au titre des procédures de médiation et de conciliation, ainsi que les recours

a. Investissement inégal des missions de médiation et de conciliation

Les rapports d'activité des MDPH permettent de constater, une nouvelle fois, une forte hétérogénéité des situations au regard de ces missions.

En effet, le développement de la médiation et de la conciliation semble être fortement dépendant de la volonté de la MDPH d'investir ces missions, même si celle de la conciliation est globalement davantage formalisée.

En effet, des référents de médiation sont identifiés dans six MDPH sur dix. Il s'agit notamment de MDPH disposant de ressources dédiées aux affaires juridiques, comme c'est le cas au sein des MDPH de Maine-et-Loire (responsable du contentieux), du Morbihan (juriste), de l'Essonne (pôle juridique) ou du Pas-de-Calais (cellule juridique). Par ailleurs, les professionnels identifiés en tant que référents de médiation sont très divers : responsable de pôle accueil, directeur, coordonnateur.

Sans que l'organisation soit systématiquement décrite dans les rapports d'activité, il est possible de présumer que de nombreuses MDPH n'ont pas formalisé leur fonctionnement en matière de médiation, tout en assurant de fait cette fonction.



MDPH de la Marne

Il n'y a pas de médiation-conciliation au sein de la MDPH, toutefois, la fonction est assurée, en tant que de besoin, par le directeur et par Mme la Présidente de la CDA toujours très disponible.

MDPH de l'Aisne

La MDPH de l'Aisne n'a pas de médiateur désigné spécifiquement en son sein. Cependant, le recours à la médiation par les différents chefs de service est mis en œuvre, en tant que de besoin, selon les situations. Cela se traduit par la mise en place de rendez-vous avec la MDPH, la famille ou la personne handicapée, éventuellement l'établissement médico-social ou le partenaire concerné, ou bien par la facilitation de l'échange d'informations ou le relais pouvant être fait pour trouver une solution appropriée.

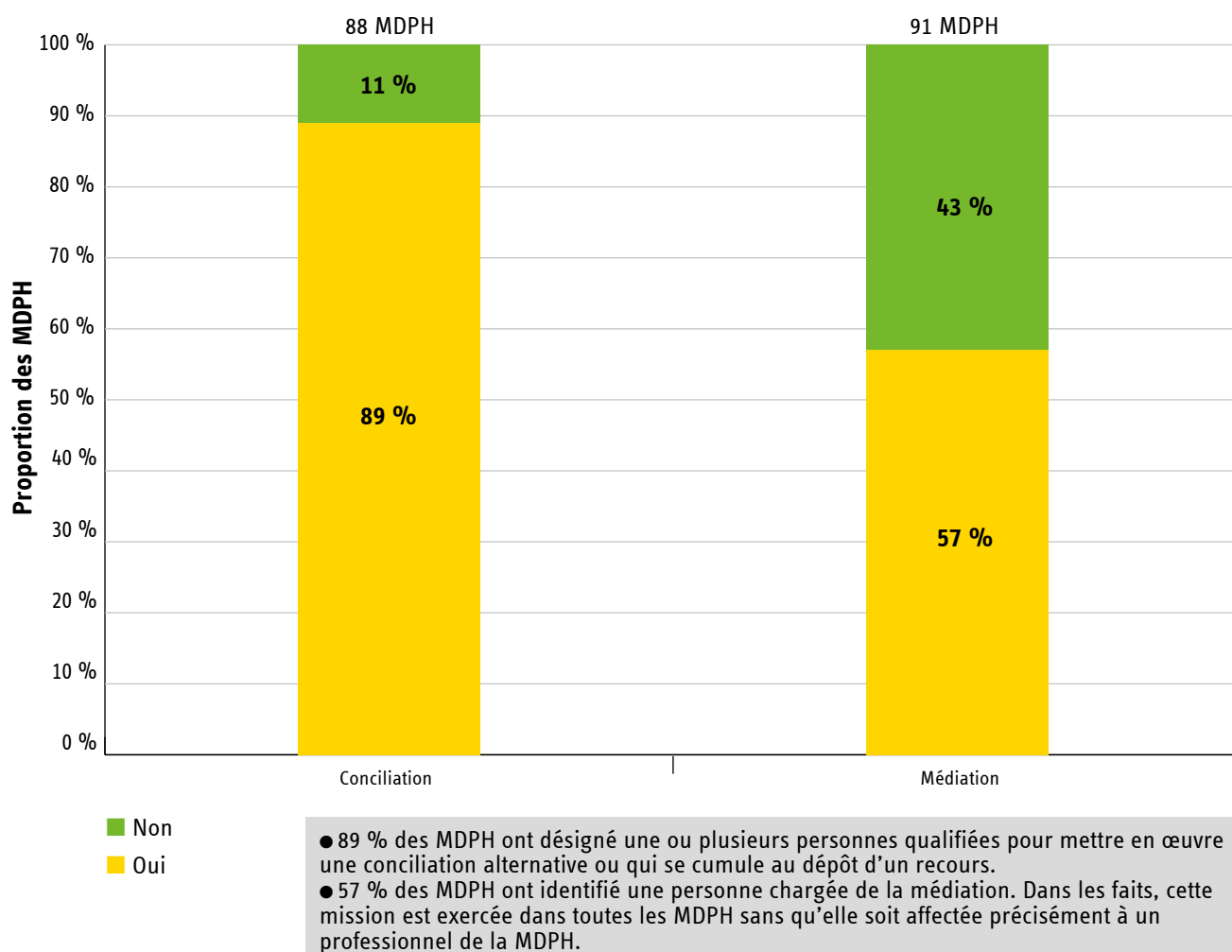
MDPH de la Haute-Saône

La mission de médiation est classiquement assurée par les chefs de service qui reprennent les situations « litigieuses ». En tant que de besoin, la direction peut être amenée à intervenir directement en la personne du directeur adjoint ou [de] la directrice.

MDPH de la Haute-Savoie

Compte tenu des effectifs de la MDPH, cette mission continue d'être assurée par plusieurs personnels en fonction de la requête déposée. [...] Toutes les demandes sont visées par la directrice qui donne suite directement ou oriente vers les personnels compétents en fonction des requêtes.

Modalités de règlement amiable des litiges pour les usagers des MDPH : la médiation et la conciliation



Source : CNSA, échanges annuels 2014.

En matière de conciliation, les MDPH semblent être plus nombreuses à avoir mis en place des organisations dédiées pour inciter les usagers à solliciter cette procédure.



MDPH des Pyrénées-Orientales

La MDPH peut proposer de mettre en place une conciliation dans le cadre des recours gracieux, ce qui permet à la personne qui conteste la décision de la CDAPH d'être reçue par un conciliateur. En 2013, 32 % des personnes ayant déposé un recours gracieux se sont vues proposer une conciliation.

MDPH du Rhône

La procédure de conciliation est présentée sur le verso de la notification, aux côtés du recours gracieux et contentieux. [...] La mission de conciliation a fait l'objet d'un règlement intérieur en 2012 composé de cinq parties définissant la fonction de conciliation, ses objectifs et fixant la procédure. Un modèle-type de rapport est également défini.

MDPH de la Vendée

Également instituée en 2006, la mission de conciliation repose sur l'intervention de dix bénévoles indépendants et motivés. La procédure consiste à rencontrer les réclamants dans leur milieu de vie ou si nécessaire dans un lieu neutre. Un entretien d'une heure ou plus permet de recueillir des éléments d'information complémentaires sur la situation des personnes. C'est aussi un temps d'écoute privilégié et d'explication des décisions prises.

MDPH du Puy-de-Dôme

Durant l'année 2013, vingt-trois conciliations ont été menées [...]. Cette fonction s'est particulièrement développée à partir de 2012 suite à la désignation de deux nouveaux conciliateurs particulièrement disponibles et par une meilleure information des bénéficiaires sur les possibilités de recourir à ce tiers.

Alors que les MDPH ayant développé la conciliation soulignent qu'il s'agit d'un outil au service de la communication entre la MDPH et l'utilisateur, certaines MDPH ne semblent pas convaincues de la plus-value de ce dispositif.



MDPH de la Guyane

Malgré l'information sur cette voie de recours avec la communication des dispositions légales la concernant, cette procédure n'a pas été mise en œuvre en 2013. Les rares fois où elle a été sollicitée, c'était par méconnaissance des usagers, qui, après explication, ont privilégié la voie gracieuse. Sa relative lourdeur et son intérêt limité ont souvent été avancés pour expliquer le faible intérêt des usagers à son égard.

MDPH des Côtes-d'Armor

Seulement trois conciliations ont été réalisées en 2013. Il est difficile d'expliquer ce très faible nombre de demandes, dans la mesure où l'utilisateur est systématiquement informé de cette voie de recours. Il peut toutefois être précisé que certaines demandes de conciliation sont requalifiées en recours gracieux, après accord des intéressés, lorsque la contestation porte sur le taux d'incapacité.

MDPH des Pyrénées-Atlantiques

L'introduction de cette nouvelle voie de recours peut amener la CDA à revoir sa décision (neuf cas sur vingt-quatre en 2013), mais elle peut aussi être source d'alourdissement ou de complication dans le traitement des dossiers. Ainsi certaines personnes croient-elles devoir respecter un ordre chronologique (1. la conciliation ; 2. le recours gracieux ; 3. le recours contentieux). D'autres forment les trois types de recours le même jour. Parfois, la conciliation conclut par le conseil d'introduire un recours gracieux (en particulier s'agissant des litiges sur le taux d'incapacité).

MDPH d'Eure-et-Loir

En 2013, quinze demandes de conciliation ont été reçues par la MDPH (dix-neuf demandes de conciliation en 2012). [...] Cette forte diminution de la rencontre avec le conciliateur s'explique par le fait que l'agent en charge de la gestion de ces demandes appelle préalablement les demandeurs afin de leur expliquer le but de cette procédure. 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.

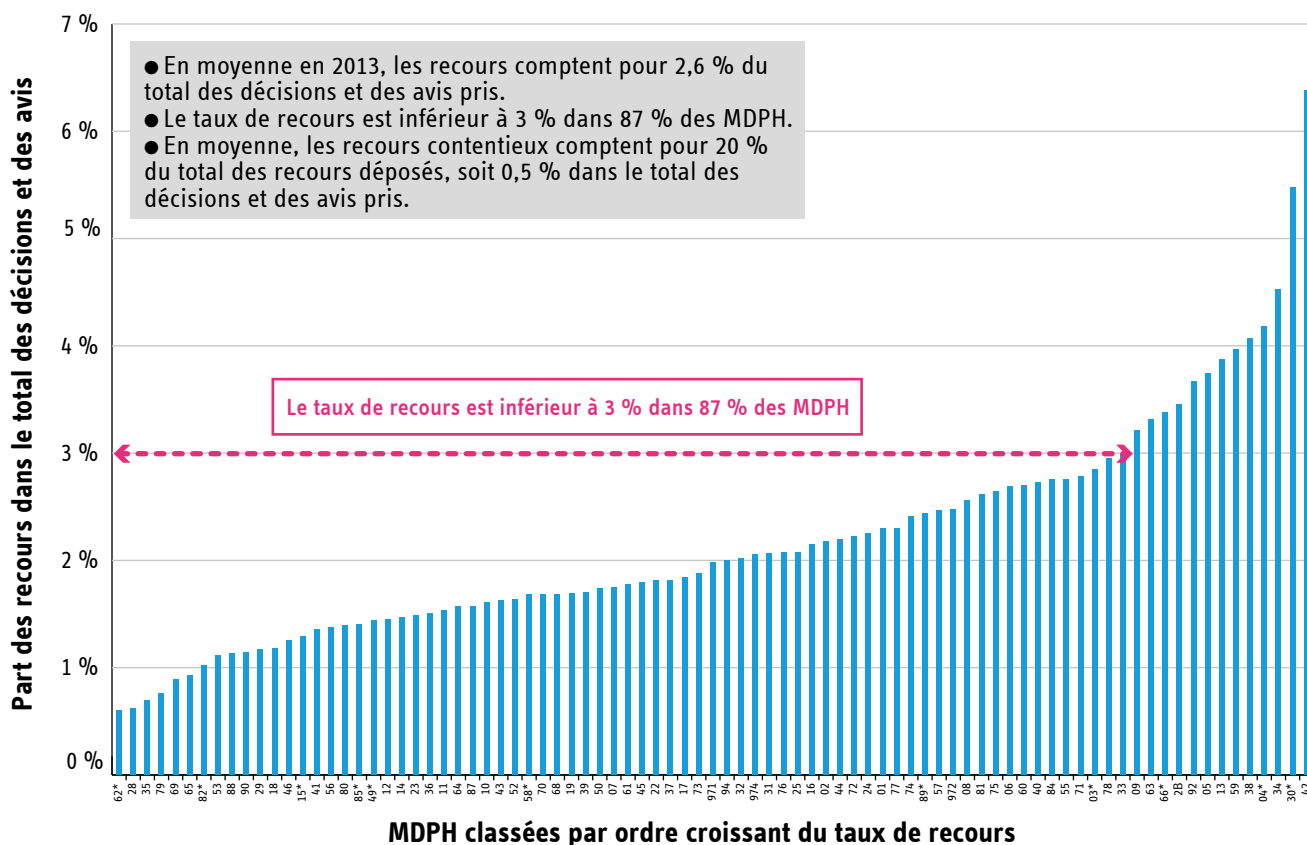
Une autre difficulté évoquée est celle de trouver les personnes qualifiées, à l'instar de la MDPH de la Sarthe qui a lancé un appel à candidatures courant 2013 sans qu'aucune personne ne se manifeste.

Enfin, une confusion persiste entre les dispositifs de médiation et de conciliation. Plusieurs MDPH font en effet référence à la médiation « suite aux décisions prises en CDAPH », situation qui relève de fait de la conciliation.

b. Des recours qui aboutissent très majoritairement à la confirmation des décisions des MDPH

La part des recours gracieux et contentieux dans le total des décisions et des avis pris en 2013 évolue entre 0,6 % et 6,4 %, avec une moyenne de 2,6 %. Notons que 87 % des MDPH affichent un taux inférieur à 3 %, proportion stable par rapport à l'année 2012.

Part des recours gracieux et contentieux dans le total des décisions et des avis pris en 2013 Échantillon : 85 MDPH

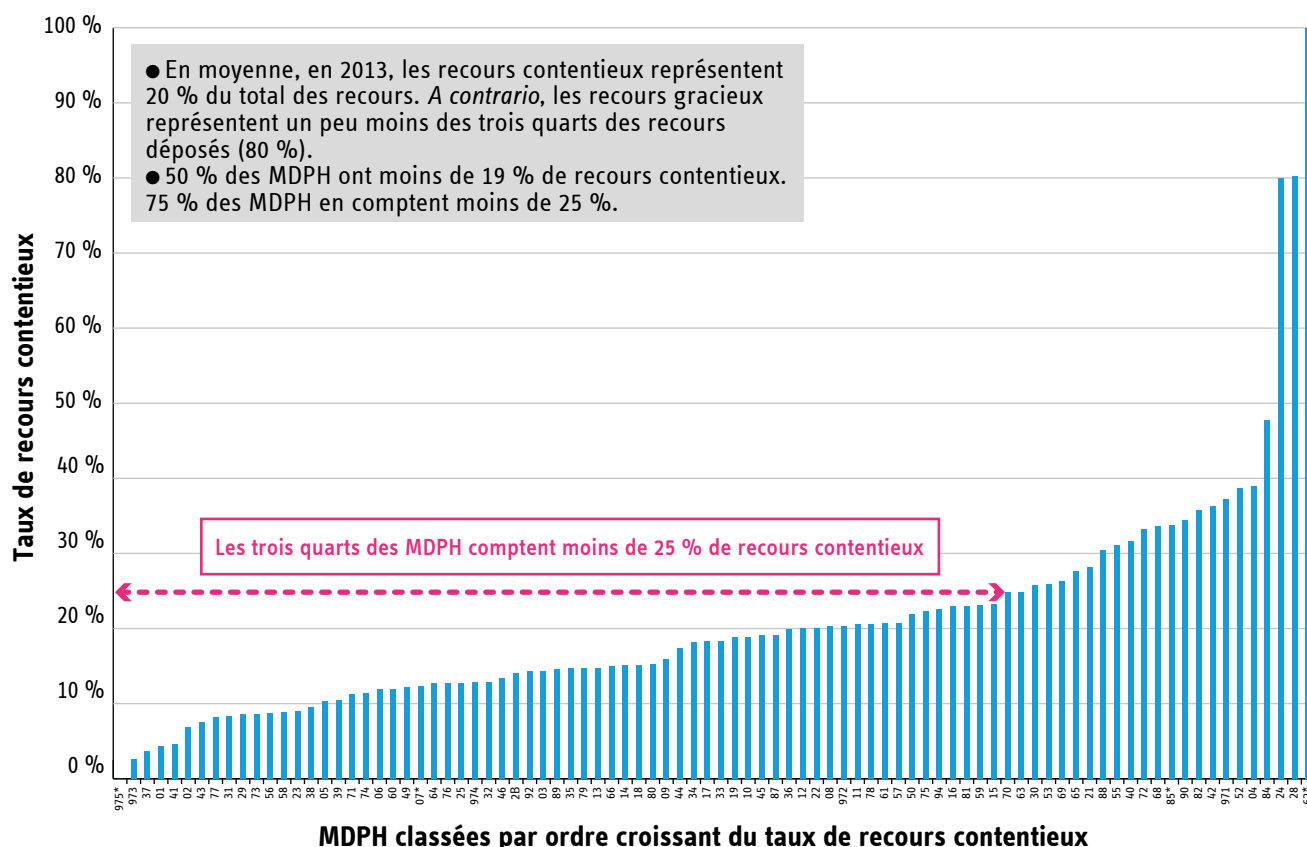


Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

En moyenne, les recours contentieux comptent pour 20 % du total des recours déposés, la majorité des MDPH privilégiant le recours gracieux¹², qui leur permet d'établir le contact avec les usagers.

Part des recours contentieux dans le total des recours déclarés en 2013 Échantillon : 88 MDPH



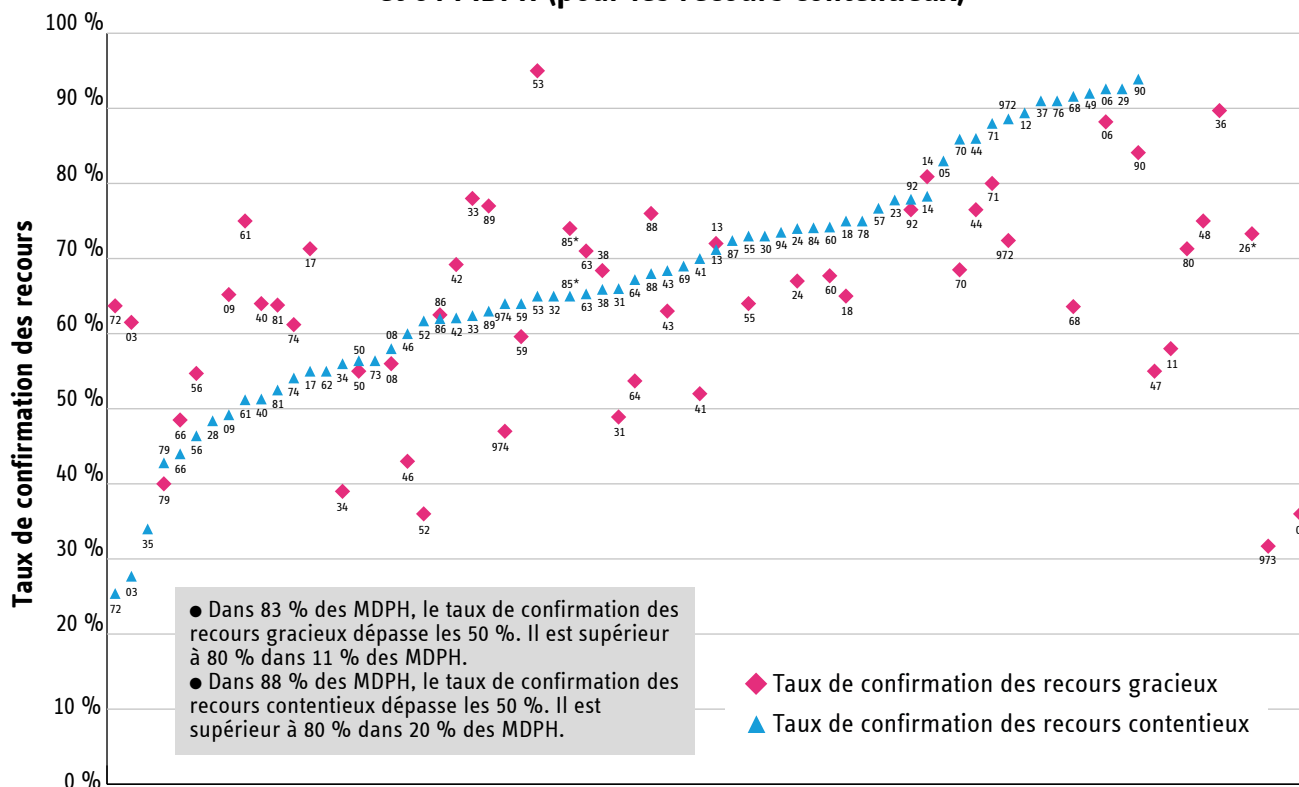
Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

12 À noter que la situation atypique de la MDPH du Pas-de-Calais s'explique par le fait que l'ensemble des demandes de révision des décisions sont traitées selon la procédure de conciliation, réduisant ainsi à zéro le nombre de recours gracieux.

Quelle que soit la nature des recours, le taux de confirmation est élevé. En effet, il est de plus de 50 % pour les recours gracieux dans 83 % des MDPH de l'échantillon et dans 88 % d'entre elles pour les recours contentieux. Il est de plus de 80 % dans respectivement 11 % et 20 % des MDPH.

Taux de confirmation des recours gracieux et contentieux Échantillons : 53 MDPH (pour les recours gracieux) et 64 MDPH (pour les recours contentieux)



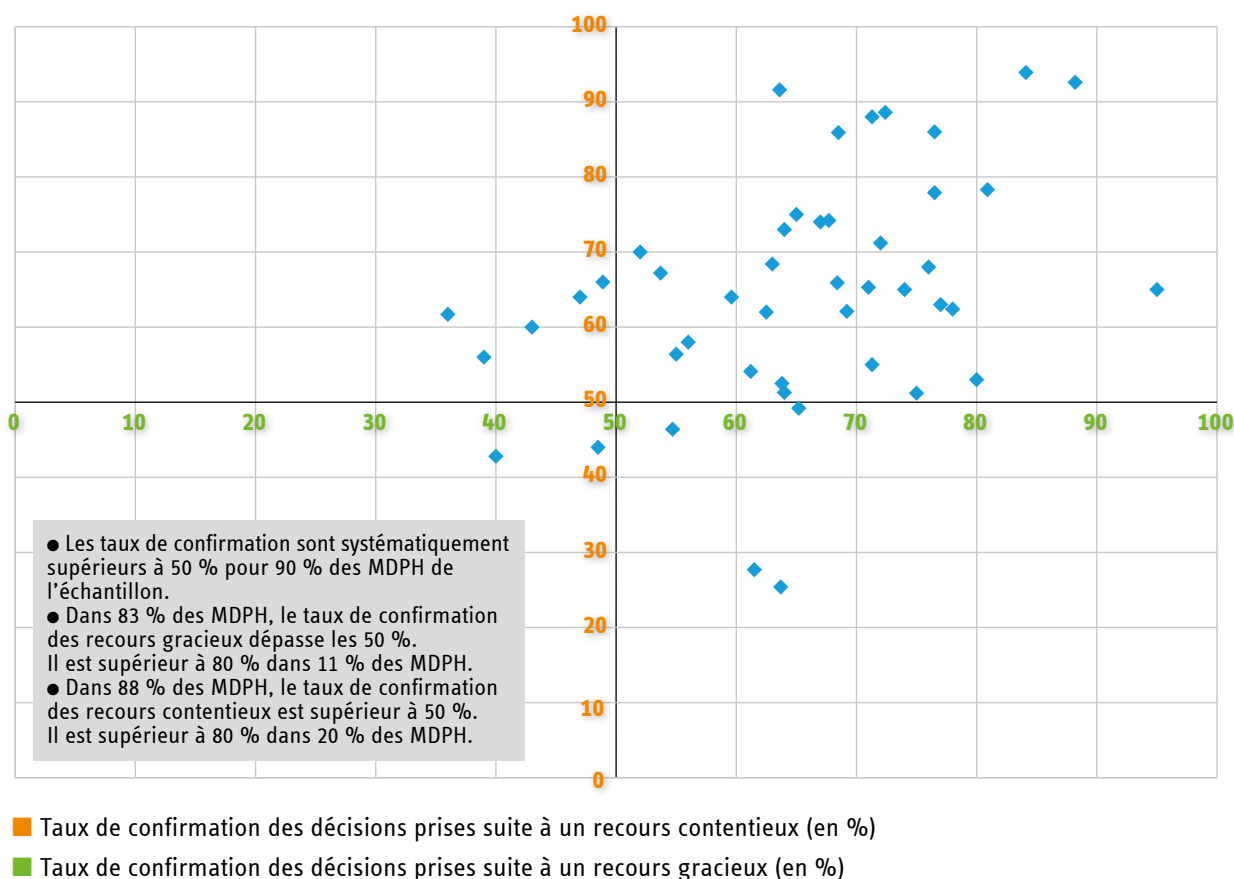
MDPH classées par ordre croissant du taux de confirmation des recours

Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

80 % des MDPH ayant fourni les deux chiffres (quarante-six MDPH) présentent des taux de confirmation supérieurs à 50 %, tant pour les procédures gracieuses que pour le contentieux.

Taux de confirmation des décisions prises suite à un recours (gracieux ou contentieux) en 2013 Échantillon : 46 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2014.

En matière de recours, les droits et prestations les plus évoqués dans les rapports d'activité sont les prestations et allocations financières (AAH, AEEH, PCH), les attributions d'AVS ainsi que dans une moindre mesure les cartes.



MDPH de la Nièvre

En effet, une très grande partie des recours contentieux concerne le refus d'attribution de l'AAH.

MDPH de la Dordogne

La majorité des recours concerne des adultes et porte sur l'AAH, la carte d'invalidité et la PCH.

MDPH de Vaucluse

Les demandes portent essentiellement par ordre décroissant sur l'AAH, la carte d'invalidité/priorité, l'AEEH, l'aide humaine en milieu scolaire et la carte de stationnement.

MDPH des Yvelines

Ces recours portent toujours principalement sur la carte d'invalidité et sur l'AAH. Par rapport à 2012, les plus fortes augmentations portent sur la PCH (+ 45 %), les RQTH/ORP (+ 166 %) et les cartes de stationnement (+ 68 %).

MDPH des Ardennes

Les recours gracieux contre les décisions de rejet de cartes (cartes de stationnement, d'invalidité et de priorité) d'une part, et l'AAH et son complément d'autre part, représentent à eux seuls les deux tiers des recours.

MDPH du Tarn

La répartition de ces recours est la suivante : mesures financières AAH, AEEH, CPR [complément de ressources], PCH (56 %), cartes invalidité, priorité, stationnement (22 %), mesures scolaires (12 %), mesures relatives à l'emploi (5 %) et orientation en établissements et services (5 %).

MDPH de Lot-et-Garonne

Les recours gracieux enfants portent pour 49,5 % des cas sur les décisions d'attribution d'AVS. Le taux de recours par rapport au nombre total de décisions enfants prises en 2013 est de 2,54 %. Les recours gracieux adultes portent essentiellement sur les décisions inhérentes aux prestations (plus de 50 % des recours gracieux). Puis on trouve les décisions relatives aux cartes d'invalidité et de priorité (35,10 % des recours).

MDPH de la Haute-Savoie

Comme habituellement observé, les décisions les plus contestées concernent les demandes d'AAH et de cartes pour les adultes, d'AVS et d'AEEH pour les enfants.

Focus sur les recours en matière d'AAH¹³ en 2013

Trente-cinq MDPH disposent du taux d'infirmité des décisions : en moyenne, les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) infirment les décisions des MDPH dans 35 % des cas. Dans neuf départements, les décisions sont infirmées au moins dans la moitié des cas.

Les écarts entre les décisions des MDPH et des TCI témoignent des écarts dans les pratiques des MDPH et des TCI et pas seulement de la qualité de travail des MDPH. Ces écarts peuvent être expliqués notamment par les pratiques des MDPH lors d'un recours contentieux, comme les démarches faites par les agents – information, justification des motifs de refus, qualité des réponses aux usagers, existence d'un conciliateur, qualité de la rédaction du mémoire remis au TCI, présence aux audiences du tribunal, appui de compétences juridiques et médicales –, le niveau de formation des TCI et des MDPH et la posture de chaque acteur dans l'évaluation des situations.

Les écarts d'évaluation donnant lieu à des décisions différentes entre la MDPH et le TCI concernent principalement l'évaluation du taux d'incapacité ainsi que l'évaluation de la RSDAE.

Dans l'enquête AAH 2013, la question : « Êtes-vous destinataires de toutes les décisions prises par le TCI au sujet de l'AAH ? » permettait de savoir dans quel délai la MDPH était destinataire de la décision du TCI et, par conséquent, de disposer de suffisamment de recul pour le recueil des données de l'enquête. C'est pourquoi les décisions du TCI étudiées sont celles prises en 2012 et non celles prises en 2013.

Sur les soixante et une MDPH ayant répondu à la question, 59 % sont informées des décisions prises par le TCI avant six mois, 34 % dans un délai de six mois à un an et 6 % après un an en moyenne. Une zone de commentaire permet de constater que certaines MDPH, en plus d'apporter quelques précisions sur le délai, font état de son importance dans certains tribunaux entre le moment où l'usager réalise un recours contentieux et le moment où le TCI délibère.

¹³ Données issues de l'enquête AAH conduite par la CNSA début 2014.

2

Le contexte changeant et contraint de l'évolution du dispositif

1. De nombreuses évolutions nationales et locales qui impactent le fonctionnement des MDPH

a. L'activité dépend de facteurs exogènes

Si certains choix organisationnels, notamment en matière d'accueil et de traitement des demandes, peuvent avoir un impact sur la volumétrie des demandes traitées par les MDPH, celles-ci sont surtout tributaires de l'évolution de l'environnement socio-économique et institutionnel.

En effet, lorsque les rapports d'activité des MDPH mentionnent les raisons de l'accroissement de l'activité, plusieurs causes sont évoquées :

- détérioration des conditions d'accès à l'emploi et progression de la précarité, qui ont un impact sur les flux de demandes ;
- réformes de l'AAH et des retraites, qui ont également des répercussions sur les flux.

Par ailleurs, les missions des MDPH ne se limitent pas à l'accueil et au traitement des demandes des usagers. Elles sont de plus en plus sollicitées par les acteurs du territoire pour leur expertise : les actions de formation, la mise en place de dispositifs tels que des centres ressources pour les personnes en situation de handicap, l'observation des besoins...

Enfin, les MDPH se voient confier de nouvelles missions en matière de gestion des situations critiques¹⁴, qui commencent à se structurer dès la fin de l'année 2013 dans certains départements.

b. Des incertitudes quant à l'environnement institutionnel des MDPH

Dans leurs rapports d'activité pour l'année 2013, les MDPH reviennent sur les conséquences des flottements autour de la réforme territoriale. Si la perspective de la décentralisation des MDPH est écartée, les incertitudes liées à leur avenir ont mis en veille le processus de négociation des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) prévues par la loi Blanc.

Le rapport d'activité de la MDPH du Gers fait ainsi la synthèse des fluctuations autour du statut des MDPH : « Pour mémoire, 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" confirme le statut de groupement d'intérêt public (GIP) des MDPH et prévoit des CPOM inscrivant leur action dans la durée. Avant même que cette disposition ne soit suivie d'effet, l'avant-projet de loi de l'acte III de la décentralisation, dans une version datée du 27 novembre 2012, envisage la disparition des GIP et l'intégration des MDPH en tant que services non personnalisés des départements. Cet avant-projet de loi est retiré début 2013 sans que ne soit signée la moindre CPOM. Un projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, qui doit être votée en 2014 pour une application au 1^{er} janvier 2015, confirme à nouveau l'existence des GIP MDPH et prévoit de façon non contraignante et avec des périmètres d'action imprécis la possibilité de mettre en place des maisons de l'autonomie. »

¹⁴ Circulaire n° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes.

c. La poursuite de la tendance de rapprochement avec les services des conseils généraux

Indépendamment de l'évolution des textes, la mise en place des maisons de l'autonomie s'est poursuivie en 2013. Ces projets doivent, à moyen terme, renforcer l'efficacité du dispositif et la qualité de service pour les usagers, mais complexifient le travail des MDPH au fil de l'eau, comme toute démarche de réorganisation.



MDPH de Maine-et-Loire

Plus de trois années de réflexion sur la base de groupes de travail ont été nécessaires pour parvenir à l'ouverture de la MDA sachant que s'y est adjointe la restructuration de la direction des solidarités de la direction générale adjointe du développement social et de la solidarité du Conseil général. Au terme de cette démarche globale, la MDA a intégré une nouvelle direction reconfigurée du Conseil général : la direction de l'autonomie.

MDPH de la Saône-et-Loire

Le 31 janvier 2012, la COMEX a adopté le principe de l'association de la MDPH à l'expérimentation de deux maisons locales de l'autonomie (MLA) sur les territoires du Creusot d'une part et de Chalon-sur-Saône d'autre part. Cette expérimentation a été mise en œuvre dès 2012 sur le territoire du Creusot et est effective depuis janvier 2014 à Chalon-sur-Saône.

MDPH de Vaucluse

L'année 2013 a été consacrée en grande partie à la mise en œuvre opérationnelle de la maison de l'autonomie (MDA) créée par arrêté du président du Conseil général du 23 mai 2012.

MDPH du Bas-Rhin

Installée depuis le 1^{er} septembre 2013, [la MDA] réunit sous une même entité le service du Conseil général pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées et la MDPH et poursuit quatre objectifs majeurs :

- *un meilleur service à l'usager, à travers une plus grande efficacité de l'organisation, un partage des pratiques, la simplification des démarches à travers la mise en place d'un guichet unique ;*
- *un accueil de proximité dédié aux personnes en perte d'autonomie en territoire ;*
- *des projets communs et partagés pour répondre de manière plus large aux besoins tant de la collectivité que des usagers, à travers notamment la coordination avec le secteur sanitaire et le développement d'une expertise commune sur les modes de vie des personnes en perte d'autonomie (accueil familial, maintien à domicile, accueil en établissement) ;*
- *une meilleure efficacité par la constitution d'équipes ou de services à forte expertise métier.*

MDPH de la Corrèze

Longueusement réfléchi, abondamment décrite, et longtemps annoncée, la Maison de l'autonomie de la Corrèze s'est concrétisée le 18 juin 2012 par le déménagement sur un même lieu, celui de la MDPH, des services mis en place par le Conseil général de la Corrèze en faveur de l'autonomie des personnes handicapées et âgées. L'année 2013 a permis d'affiner l'organisation [...].

À noter que d'autres projets de convergence des politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées sont en cours d'émergence en 2013.



MDPH de l'Ardèche

Pour la génération des schémas 2014-2018, il [le conseil général] fait le choix de fusionner dans un schéma « autonomie » les questions relatives aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap qui présentent des problématiques communes. Bien plus qu'une simple question de terminologie, pour le Conseil général cette nouvelle appellation révèle une triple ambition : 1. valoriser le potentiel, les capacités des publics concernés et non pas leurs lacunes ou leurs difficultés. 2. identifier clairement l'objectif que nous nous fixons : favoriser l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. 3. favoriser les convergences entre les problématiques du handicap et du vieillissement sans obérer les particularités propres à chacun de ces publics.

MDPH de Loir-et-Cher

L'année 2013 marque une nouvelle organisation pour la MDPH avec la création de la direction de l'autonomie et de la MDPH. Cette réorganisation se caractérise notamment par la création d'un accueil mutualisé personnes âgées/personnes handicapées, devenu opérationnel en fin d'année.

MDPH d'Ille-et-Vilaine

La convergence des politiques en direction du public [des] personnes âgées et personnes handicapées est d'ores et déjà préfigurée dans les prémices du schéma autonomie. Ces travaux sont également à mettre en lien avec la réflexion relative à la possible transformation de la MDPH en Maison départementale de l'autonomie (MDA).

MDPH du Doubs

La MDA a pour objectif d'élaborer une politique axée sur le soutien à l'autonomie et non plus sur des populations ciblées. Certes, la convergence du droit des personnes n'est plus à l'ordre du jour. Plans d'aide aux personnes âgées et projets de vie des personnes handicapées restent différents. Mais les moyens mis en œuvre pour évaluer et instruire ces droits sont proches. Équipes médico-sociales et services administratifs peuvent donc être mis en commun. La Maison départementale de l'autonomie, qui regroupera la MDPH, le service des prestations et le PHD [pôle handicap et dépendance] de Besançon devrait être effective au mois de juin 2015.

2. Des moyens qui n'évoluent pas au même rythme que l'activité

a. Des difficultés financières pour de nombreuses MDPH

Les difficultés constatées en matière de consolidation des apports des financeurs en nature (par exemple, mise à disposition de locaux) et des volumes d'externalisation ne permettent pas une approche véritablement consolidée des comptes des MDPH cette année¹⁵.

Cependant, les rapports d'activité sont parfois alarmants quant à la situation financière des GIP, notamment sur la section de fonctionnement.

Si la plupart des MDPH continuent à afficher des budgets excédentaires, elles sont nombreuses à constater la dégradation de leurs comptes.



MDPH de l'Aveyron

[...] l'écart entre les recettes et les dépenses se creuse. Une partie des recettes [...] n'a pas évolué depuis 2006, aujourd'hui, les recettes du GIP ne couvrent plus les dépenses. L'équilibre du budget 2013 n'a pu être atteint que grâce à un apport exceptionnel décidé par le comité de gestion du fonds de compensation. [...] En l'absence de solutions, nous devons réduire les dépenses du GIP. Sachant que ces dernières sont constituées à 80 % par des dépenses de personnel, des choix vont devoir s'imposer. [...] Faute de moyens suffisants, la MDPH n'a pas pu couvrir les frais de déplacements des enseignants-référents.

MDPH de la Nièvre

Le compte administratif 2013 présente un excédent global de fonctionnement de 210 470,88 euros. Cependant, celui-ci masque la situation fragile de la section « fonctionnement du GIP ». En effet, à l'instar des exercices précédents, celle-ci présente un déficit d'exercice, mais celui-ci absorbe la totalité de l'excédent reporté.

MDPH de la Dordogne

Hors excédent et hors fonds de compensation, les recettes de l'année, soit 823 797,72 euros, ne couvrent pas les dépenses de l'exercice (fonctionnement + investissement = 998 324,47 euros). Le déficit serait de 174 526,75 euros.

MDPH de Tarn-et-Garonne

Les opérations de fonctionnement de 2013 sont déficitaires de 96 225,51 euros. Compte tenu du résultat reporté de l'exercice 2012, d'un montant de 283 477,07 euros, la section de fonctionnement ressort donc fin 2013 en excédent de 187 251,56 euros.

MDPH de la Guyane

Résultats de clôture 2013 : un déficit de fonctionnement de 423 789,74 euros ; un excédent d'investissement de 655 802,43 euros.

MDPH des Yvelines

L'équilibre budgétaire est fragilisé et les efforts engagés pour l'optimisation des ressources n'y suffiront pas sans une simplification des procédures. [Le déséquilibre financier conduit à une] dette accumulée au 31 décembre 2013 de 1,30 million d'euros.

¹⁵ Pour l'ensemble des graphiques ci-dessous, sont uniquement pris en compte les flux financiers enregistrés dans les comptes 74 « Dotations et participations » (après déduction des sommes liées au fonds de compensation).

MDPH du Tarn

Les comptes de la MDPH, hors FDCH, s'élèvent à : 1 159 711,65 euros de recettes, 1 234 028,31 euros de dépenses. Il est dégagé un résultat global de l'exercice de -74 316,66 euros, hors reprise des résultats de l'exercice antérieur, d'un même montant, couvrant ainsi ce déficit.

MDPH de Lot-et-Garonne

Sur le plan financier, les documents budgétaires font apparaître un résultat déficitaire sur les deux sections d'investissement et de fonctionnement, rééquilibré par des reports d'excédent.

MDPH de l'Orne

Les dépenses de fonctionnement de la MDPH pour l'année 2013 s'élèvent à 1 592 640,70 euros incluant le budget du fonds départemental de compensation. [...] Les recettes de fonctionnement sont de 1 418 701,99 euros. Le résultat négatif est pris en charge par l'excédent de fonctionnement reporté.

MDPH du Finistère

La constitution d'une réserve pour dépenses imprévues de 98 400,32 euros. Cette réserve est en partie constituée du solde du versement de la condamnation de l'État sur les contentieux liés aux exercices antérieurs et pourra permettre la mise en place de projets innovants (dématérialisation, nomadisme, web services...). [...] Le budget principal s'équilibre en dépenses et en recettes. [...] Les recettes prévisionnelles 2013 sont principalement basées sur la reconduction des versements des membres constitutifs du GIP. Sont néanmoins à noter les inquiétudes sur les versements de l'État en compensation des postes dus à la MDPH au titre des annexes de la convention constitutive.

MDPH de la Haute-Loire

La bonne santé financière actuelle de la structure est due à la gestion opérée depuis sa création au 1^{er} janvier 2006, ainsi qu'au remboursement des sommes dues par l'État durant les exercices 2011 et 2012. Cependant, il est à noter que les recettes fixes (hors report) ne couvrent pas les dépenses fixes annuelles.

MDPH de l'Indre

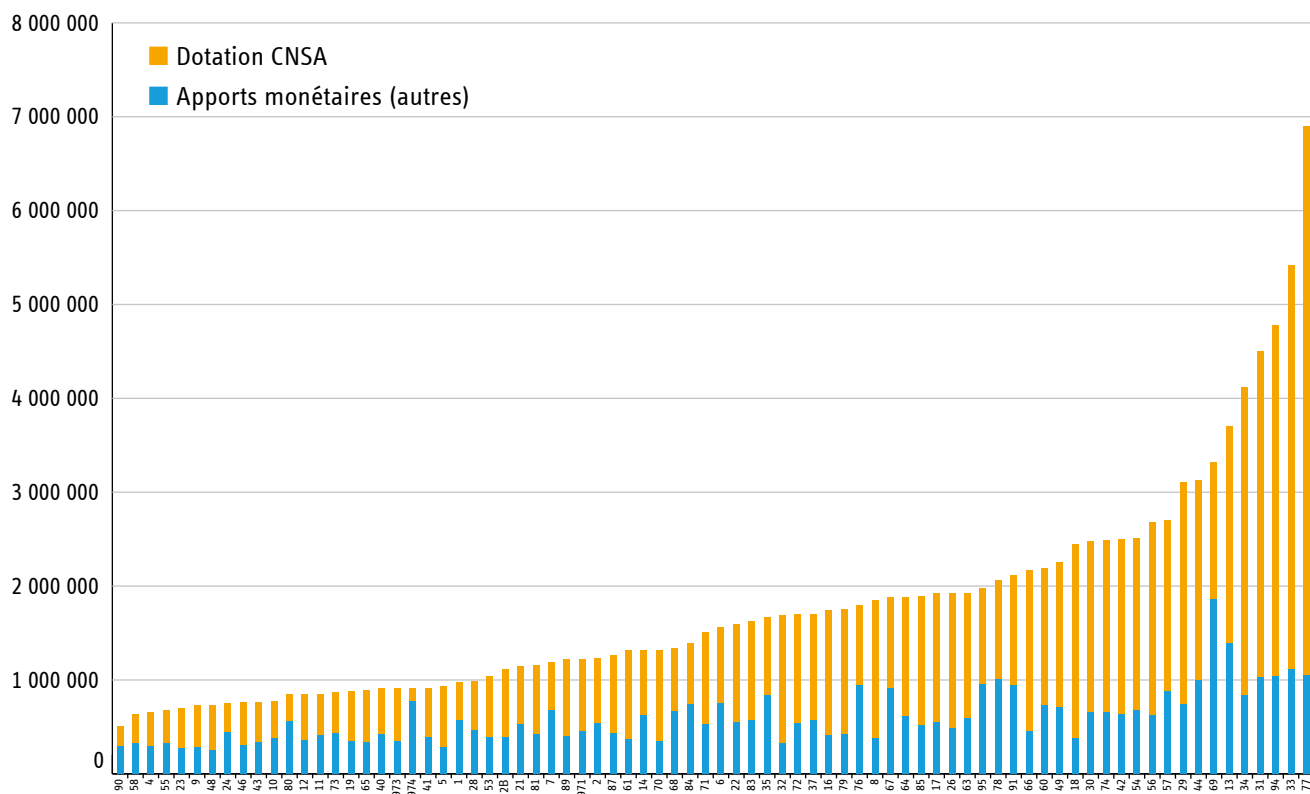
Il convient de noter que, pour la deuxième année consécutive, le compte administratif enregistre un résultat déficitaire : -92 694,49 euros, dont -135 295,35 euros pour le seul fonctionnement [en partie compensé par un excédent sur le budget d'investissement]. Cette situation est la conséquence directe de l'insuffisance du financement nécessaire pour le bon fonctionnement de la MDPH, dont l'un des exemples les plus significatifs est l'absence de financement du nombre de postes pourtant nécessaires pour faire face à la charge de travail.

Notons que la majeure partie de ces témoignages évoque les reports d'excédents des années précédentes, qui permettent en 2013 de compenser les déséquilibres budgétaires. Cela appelle une vigilance particulière pour les exercices suivants dans la mesure où l'épuisement des excédents risque de contraindre certains GIP à réduire leurs dépenses et donc leurs moyens humains.

b. Apports monétaires au budget des MDPH

Les apports monétaires au budget des MDPH faisant partie de l'échantillon varient entre 500 000 euros et 7 millions d'euros environ selon les territoires et sont notamment fonction de la taille du département.

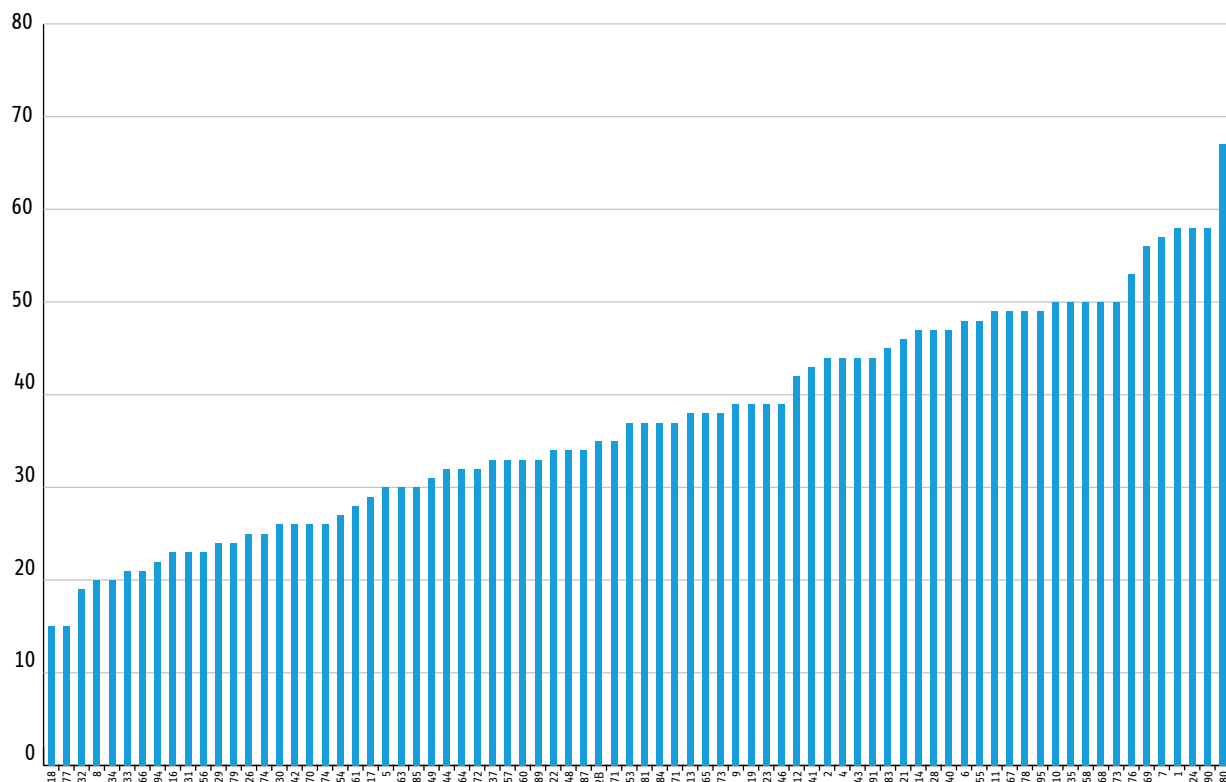
Apports monétaires pour 78 MDPH en 2013 (totaux et participation CNSA)



Source : CNSA, maquettes 2013.

On constate de nouveau que la part de l'apport de la CNSA est très variable, évoluant entre 15 % et 65 % environ des apports monétaires¹⁶.

Taux de participation de la CNSA sur le total des participations (monétaires)
Compte 74 du compte administratif
Échantillon : 78 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2013.

¹⁶ Les mises à dispositions gratuites ne sont pas comprises ici, mais uniquement les flux financiers enregistrés dans les comptes 74 « Dotations et participations » (après déduction des sommes liées au fonds de compensation).

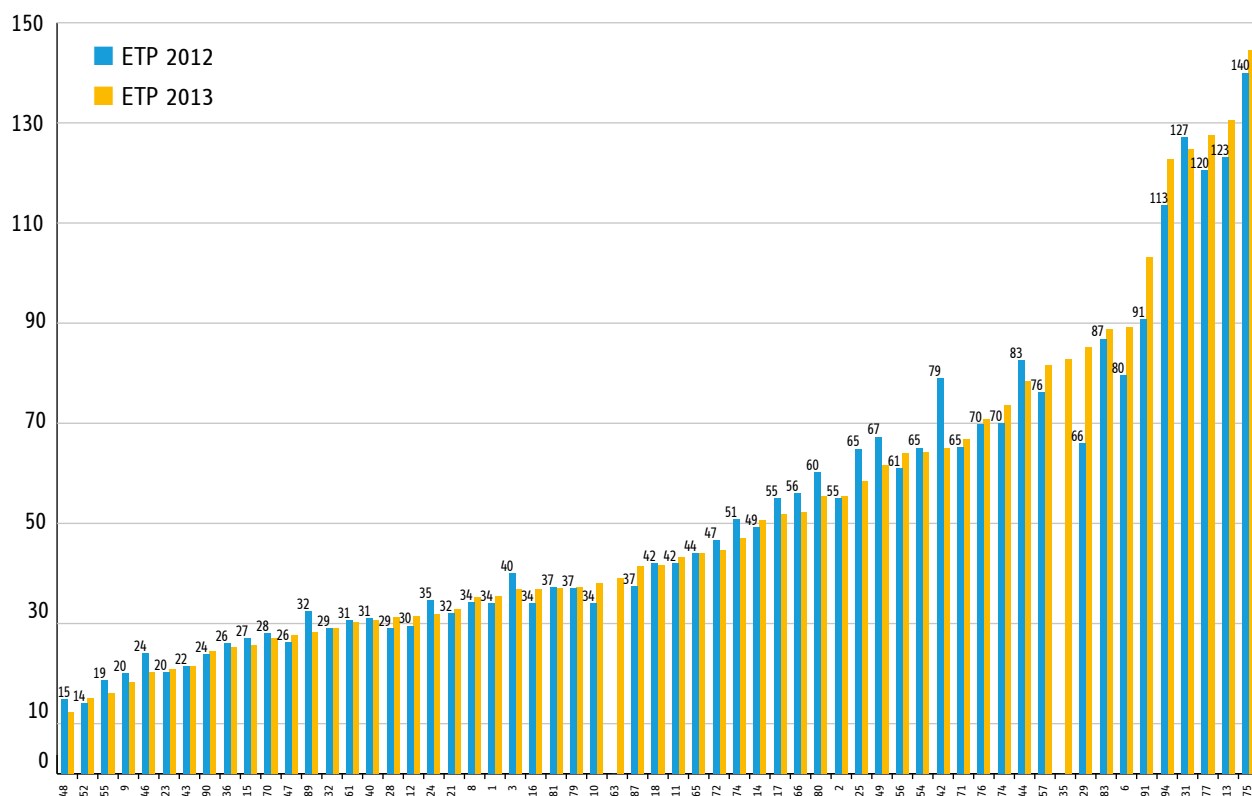
c. Une quasi-stagnation des moyens humains

L'analyse des maquettes budgétaires des MDPH met en évidence que, dans un contexte d'activité qui ne cesse de croître, les moyens humains à disposition des MDPH n'évoluent que très peu. En effet, le nombre d'équivalents temps plein (ETP) à disposition des MDPH a progressé de 1,18 % depuis 2012.

Échantillon : 57 MDPH					
ETP 2012	ETP 2013	Évolution 2012-2013	ETPT 2012	ETPT 2013	Évolution 2012-2013
2 950,8	2 985,7	+ 1,18 %	2 711,7	2 744,9	+ 1,22 %

Par ailleurs, ce constat global cache des disparités non négligeables entre départements. Sur les cinquante-sept MDPH de l'échantillon, vingt-deux ont vu leurs effectifs diminuer et trente-cinq ont connu une augmentation. Pour autant, la progression du nombre d'ETP dans certaines MDPH peut être due à des opérations ponctuelles, telles que le codage des déficiences, la numérisation des dossiers ou la résorption du stock. Ces opérations évoquées dans les rapports d'activité donnent souvent lieu à des renforts temporaires qui ne servent pas à absorber l'activité habituelle des MDPH.

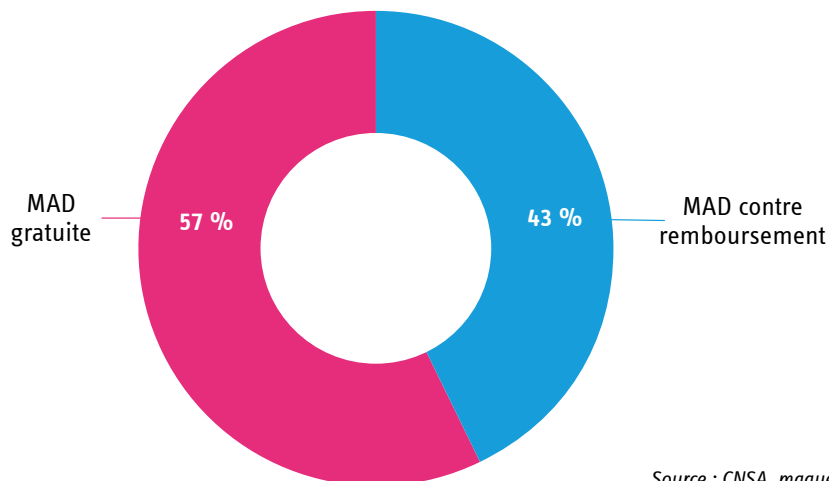
Évolution 2012-2013 des ETP dans 59 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2013.

Au sein des mises à disposition des effectifs internes de la MDPH, 57 % sont gratuites.

Nature des mises à disposition (ETP, *idem* ETPT) en 2013 (59 MDPH)

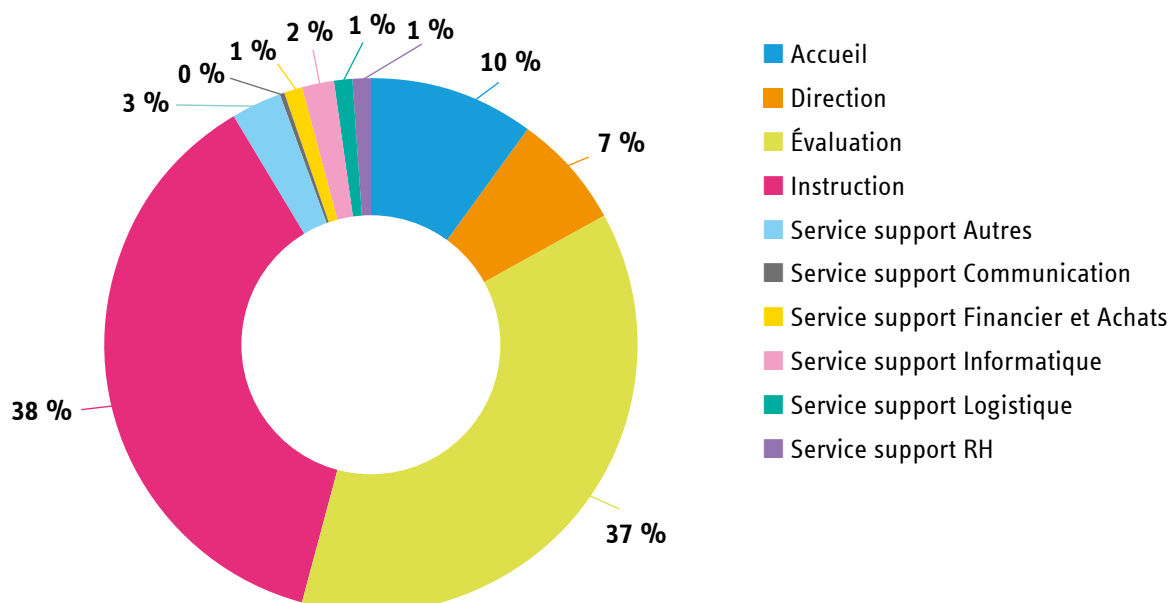


Source : CNSA, maquettes 2013.

d. Des enjeux managériaux forts

L'observation de la structure du personnel des MDPH permet d'éclairer la complexité de la gestion des GIP. En effet, 85 % des effectifs sont dédiés aux trois missions-clés des MDPH, à savoir l'accueil (10 %), l'instruction (38 %) et l'évaluation (37 %). Cela laisse peu de marge aux missions de pilotage (de 7 % à 10 %), ainsi qu'aux fonctions support (5 %) souvent utiles pour la gestion de la MDPH au quotidien et la conduite des nombreux projets qu'elle engage. À noter toutefois que les fonctions de pilotage et les fonctions support sont aussi celles qui font le plus l'objet de mutualisation avec les conseils généraux.

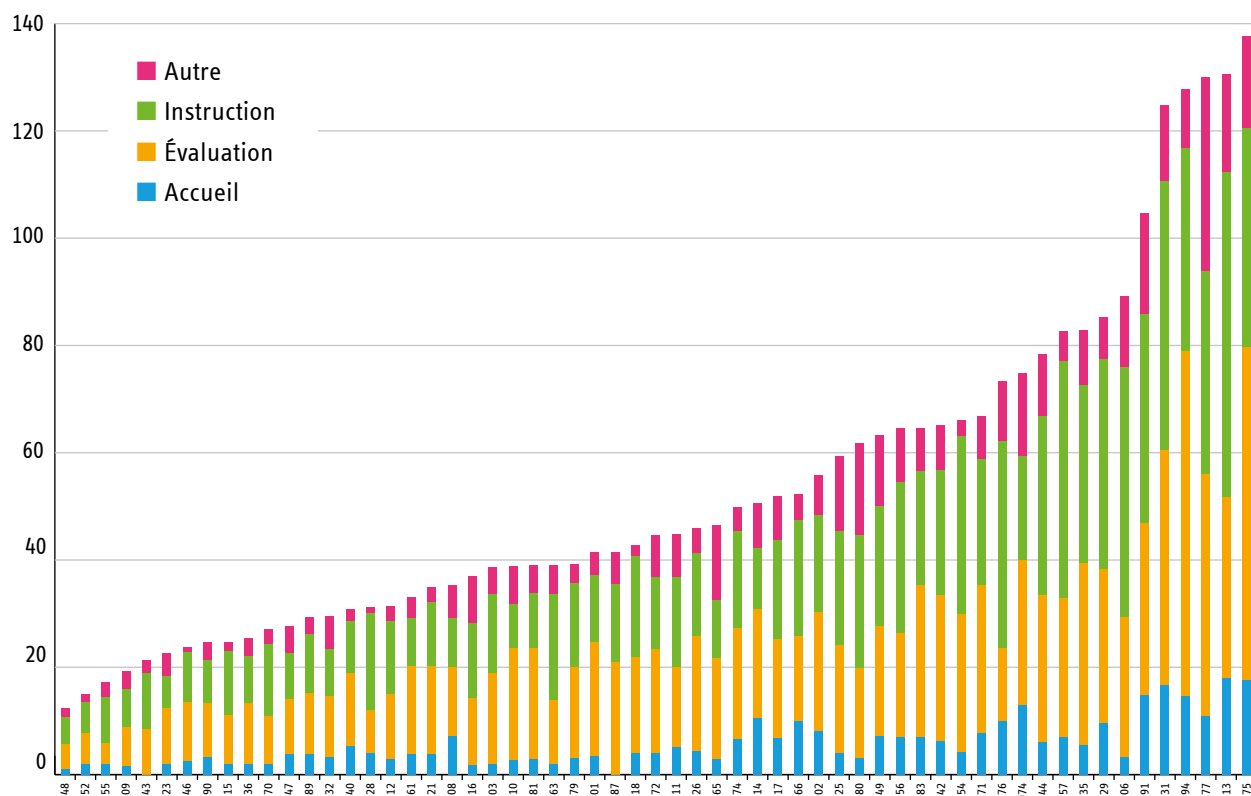
Répartition des ETP de 59 MDPH par processus 3 146 ETP



Source : CNSA, maquettes 2013.

L'organisation autour des différentes missions demeure toutefois variable d'une MDPH à l'autre.

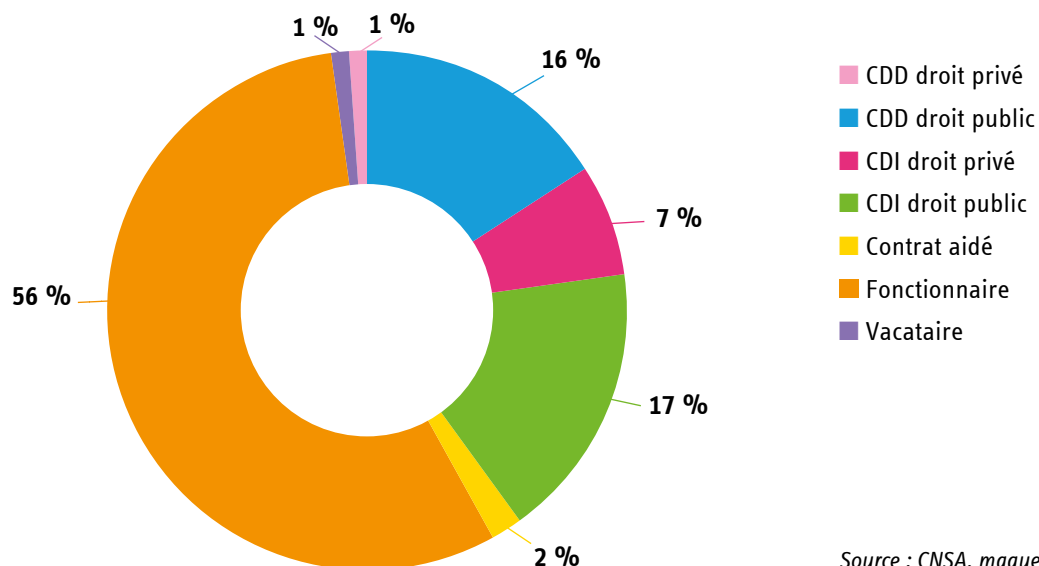
Répartition des ETP par processus en 2013 Échantillon : 59 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2013.

Par ailleurs, la nature même des MDPH, constituées en tant que GIP, implique une diversité de statut du personnel que l'on peut observer en 2013 : 56 % des agents sont fonctionnaires, 33 % relèvent de CDD ou de CDI de droit public, 8 % du droit privé, ce à quoi s'ajoutent les contrats aidés et les vacations.

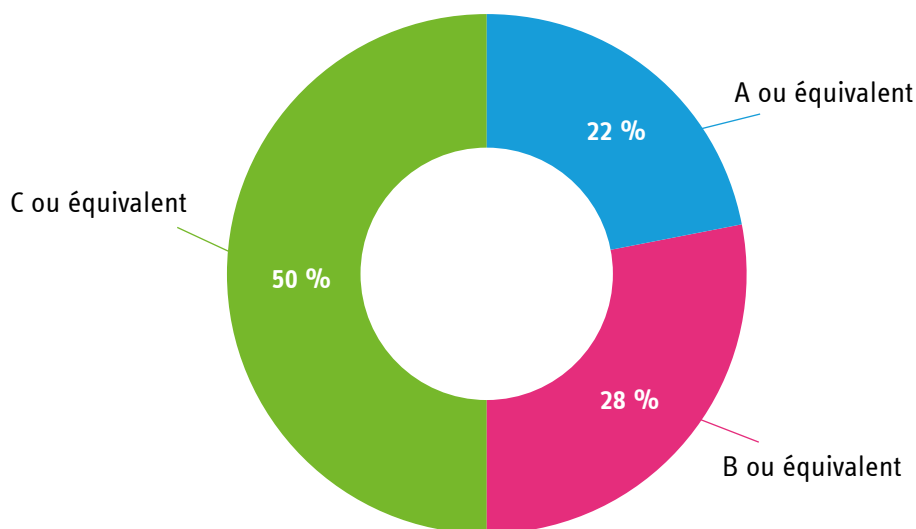
Répartition des personnels par statut en 2013 (59 MDPH - 3 145,1 ETP)



Source : CNSA, maquettes 2013.

Les agents des MDPH relèvent pour la moitié d'entre eux de la catégorie C, avec un enjeu majeur de montée en compétence et de professionnalisation compte tenu de la complexité du dispositif et des applications métier dans un contexte de professionnalisation accrue de l'ensemble des fonctions des MDPH, que nous évoquerons plus loin.

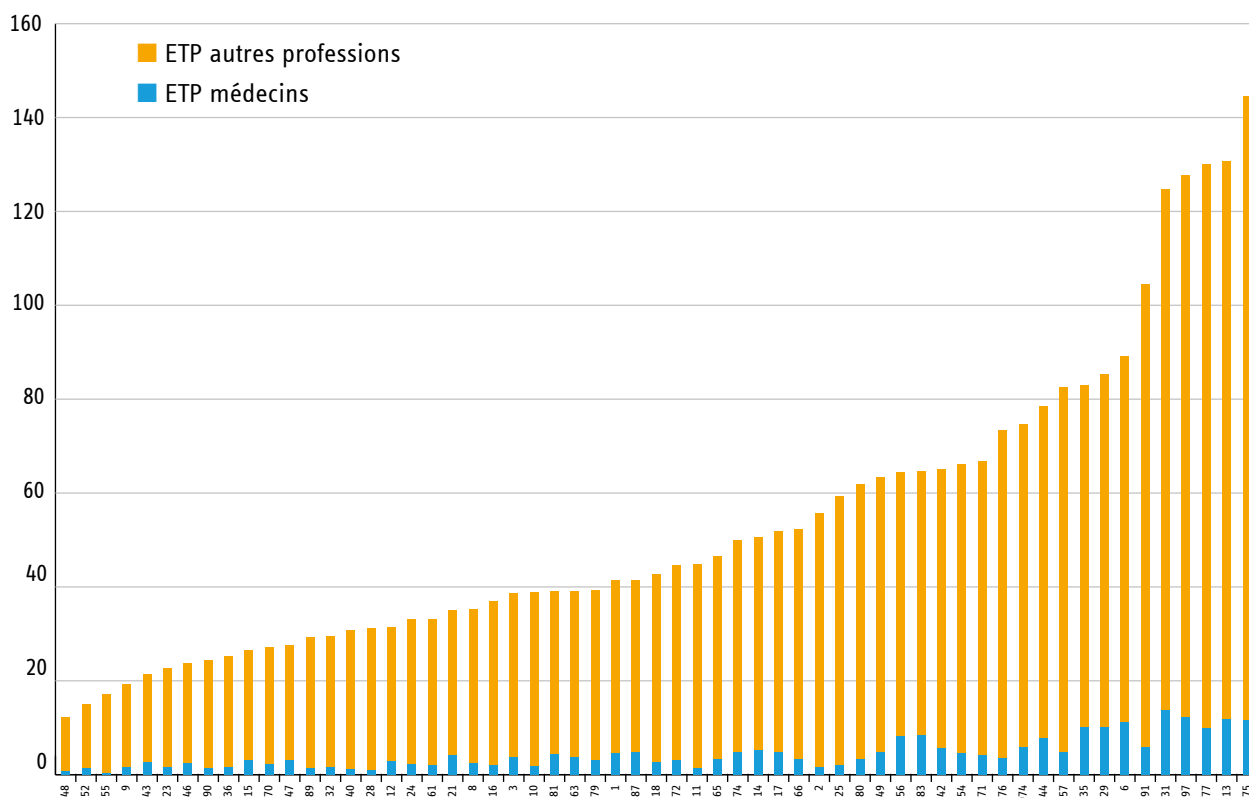
Répartition des effectifs 2013 (ETP) par catégorie (A,B,C) Échantillon : 59 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2013.

La complexité de gestion est notamment due au caractère historique de la composition des équipes qui sont encore aujourd'hui le reflet des organisations territoriales préalables à la création des MDPH. Il est dans ce cadre difficile de faire évoluer les organisations. Une illustration de ce constat peut être apportée en regardant la part des ETP de médecins dans les effectifs des MDPH. Celle-ci est en effet variable (de 1,8 % à 13 % des ETP), résultant souvent de l'organisation historique des services ainsi que de la démographie médicale du territoire, deux variables qui pèsent sur les choix organisationnels des directions de MDPH.

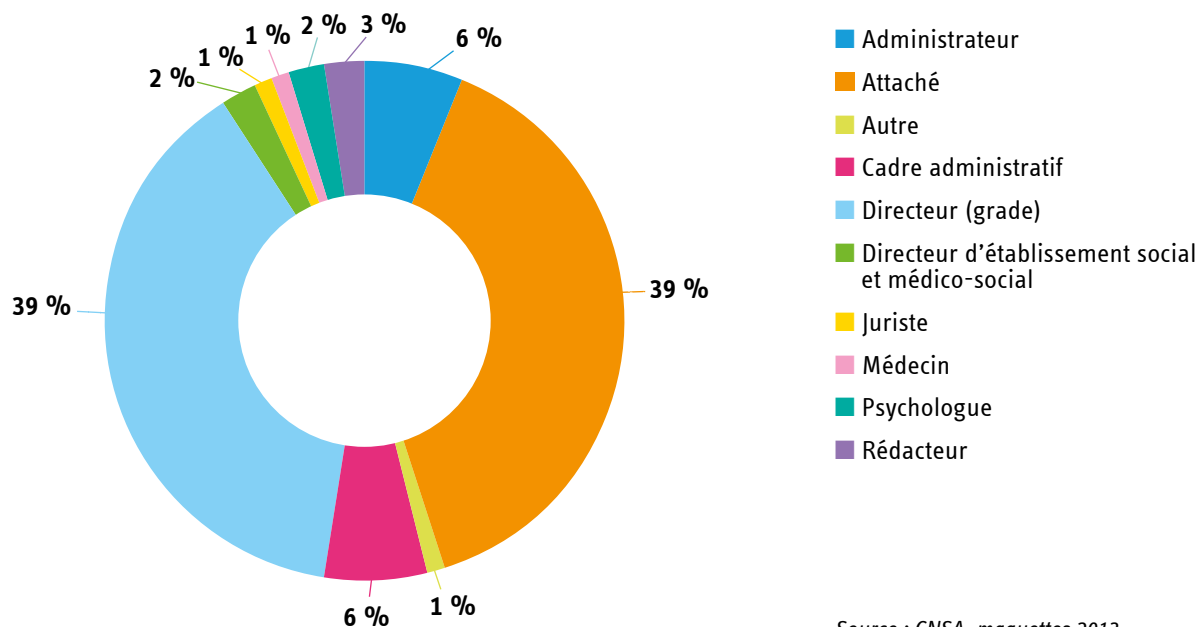
ETP de médecins en 2013 au sein des ETPT totaux Échantillon : 59 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2013.

La grande diversité des profils des directeurs de MDPH est le reflet des différences de taille et de volume d'activité des MDPH et des choix organisationnels et managériaux.

Profil des directeurs et directeurs adjoints (métiers) (61 MDPH n=93,52 ETP)



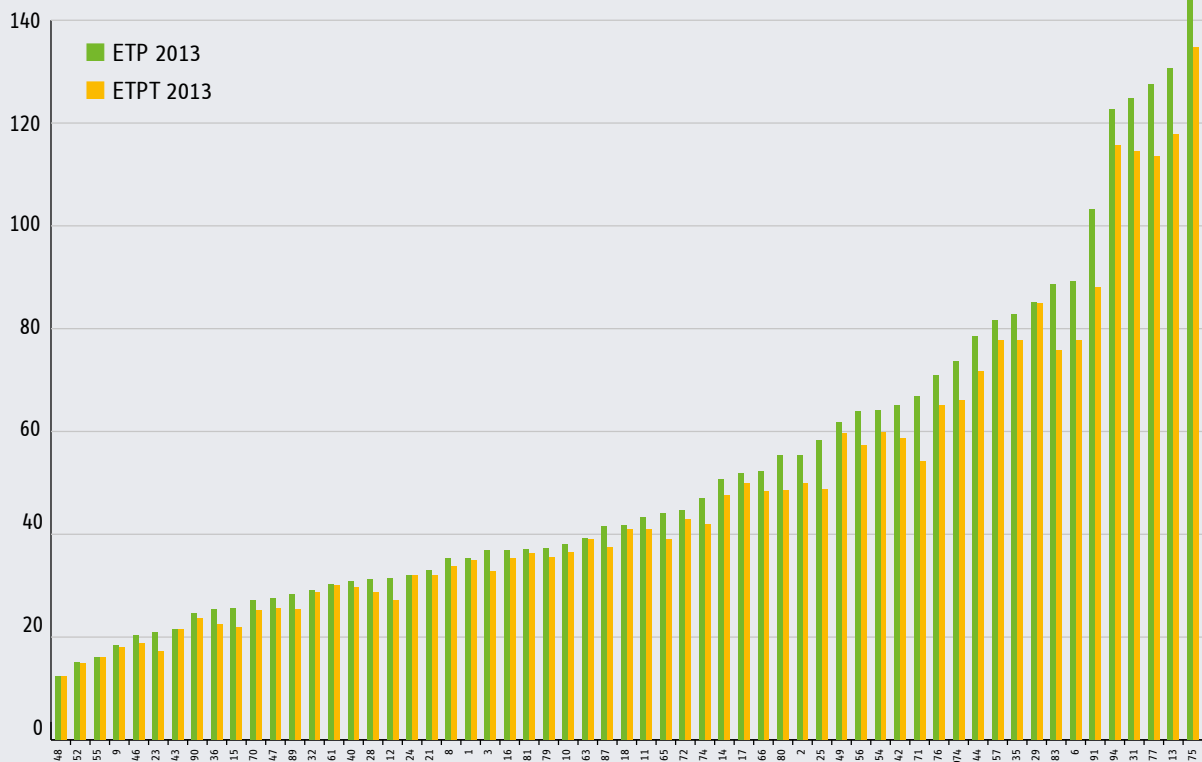
Source : CNSA, maquettes 2013.

Focus sur l'impact des absences et du *turn-over*

Parmi les défis de gestion des MDPH, ceux liés aux absences et aux départs de professionnels pèsent fortement.

Le graphique de la p.49 montre que 20 % des effectifs des MDPH correspondent à des postes non pérennes, contrats à durée déterminée, vacations ou contrats aidés, ce qui implique des mouvements de personnel, qui peuvent être complexes à gérer si des postes restent vacants dans un contexte d'activité soutenue. À cela s'ajoutent les absences des professionnels en poste. Cela conduit à une déperdition de la force de travail des MDPH alors même que le nombre de demandes continue à progresser. On voit en effet qu'en 2013 l'écart entre les ETP théoriques et les ETP réellement travaillés (ETPT) pouvait atteindre 20 %.

Nombre d'ETP et d'ETPT au sein de 59 MDPH en 2013



Source : CNSA, maquettes 2013.

Dans leurs rapports d'activité, les MDPH soulignent l'impact des absences et des départs de professionnels.



MDPH du Cher

L'année 2013 [a] enregistré une hausse de 5,2 %, et parallèlement a connu des périodes de vacances de postes, ayant entraîné un retard de traitement global des dossiers indiqué par le volume moindre de décisions prises.

MDPH de la Haute-Loire

En effet, de multiples absences durant l'exercice précédent ont généré la prorogation d'un nombre important de demandes à traiter sur l'année 2013. Le retard a en grande partie été rattrapé du fait d'un travail conséquent des équipes tant administratives que d'évaluation. Cependant, de nouvelles absences ont généré une nouvelle prise de retard dans l'évaluation des dossiers.

MDPH de Meurthe-et-Moselle

Les difficultés de ressources humaines, notamment médicales, n'ont pas permis de résorber le stock de dossiers en cours d'évaluation.

MDPH de l'Yonne

2013 a été une année particulièrement difficile pour les agents d'accueil. De nombreuses absences ont été recensées et un agent d'accueil est en arrêt maladie depuis fin octobre 2013. [...] En effet, les remplacements à répétition ont pu avoir des répercussions sur la qualité de l'accueil des usagers et sur le fragile équilibre de l'équipe de la MDPH avec des tensions au sein des équipes et une ambiance de travail qui s'est dégradée. [...] Pour les agents du pôle administratif, les remplacements ont été très vite effectués afin de maintenir une constance dans le flux de l'instruction des demandes déposées, nonobstant le délai de formation indispensable. Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, le mouvement des techniciens reste plus difficile à maîtriser du fait de recrutements plus longs, dus à des profils requis spécifiques et à des délais de formation plus conséquents.

Notons également le renouvellement sur certains postes de direction, à l'instar des MDPH de l'Essonne, de Seine-et-Marne ou des Deux-Sèvres.

À cet égard, il convient de souligner que plusieurs MDPH remontent des inquiétudes quant à l'épuisement des équipes et les risques psychosociaux qui deviendraient de plus en plus importants. La difficulté des postes dédiés à l'accueil est particulièrement soulignée.



MDPH de la Seine-Saint-Denis

Ces difficultés ont entraîné en 2013 un exercice de plus en plus difficile de l'activité d'accueil, avec la multiplication des situations de grande détresse et d'agressivité des usagers. Cette tension permanente génère une fatigue de l'équipe qui reste à ce jour mobilisée, mais qui interroge sur la pérennité de la stabilité de l'équipe et sa sécurité physique et psychique. Une supervision de l'équipe, afin d'accompagner les agents dans la gestion des répercussions de cet accueil très difficile, a été sollicitée et devrait se mettre en place en 2014.

MDPH de la Somme

Les conséquences de cette surcharge de travail ne sont pas anodines, les agents sont « sursollicités » et subissent de ce fait une pression forte. C'est pourquoi en 2014 sera demandée, si les conditions budgétaires le permettent, une évaluation des risques psychosociaux, suggestion proposée lors de la première commission exécutive de cette année par les partenaires du GLP.

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.

MDPH du Finistère

Compte tenu du plan de charge, et sans perdre de vue la nécessité de concilier productivité et qualité de service, il conviendra d'être vigilant sur les conditions de travail proposées au personnel et notamment prévenir l'épuisement professionnel qui commence à entraîner des problèmes de santé pour certains collègues.

MDPH des Landes

En lien avec le Conseil général, le personnel de la MLPH [Maison landaise des personnes handicapées] a participé à l'évaluation des risques physiques et psychosociaux liés à l'exercice de leurs missions et à la rédaction du document unique.

3. Des outils informatiques perfectibles

a. Des difficultés persistantes des MDPH avec leurs systèmes d'information (SI)

Dans ce contexte d'activité croissante à moyens presque constants, les outils informatiques occupent une place centrale pour permettre aux MDPH de délivrer efficacement leurs services. Toujours en évolution, ces outils demeurent largement perfectibles, ce qu'évoquent de nombreuses MDPH dans leurs rapports d'activité. Notons par ailleurs que certaines tâches continuent à être traitées manuellement.



MDPH des Pyrénées-Atlantiques

La fiabilité des statistiques s'est nettement améliorée, mais les contrôles et retraitements manuels encore nécessaires demeurent très lourds. Il est impératif qu'ils soient automatisés.

MDPH de Paris

Un plan personnalisé de compensation [PPC] est rédigé pour chaque demandeur de la prestation de compensation du handicap quand il est éligible à cette prestation. Actuellement, seule cette prestation fait l'objet d'un PPC. Pour améliorer cette formalisation et permettre à l'usager de disposer sur un seul document de l'information sur toutes les prestations qui lui sont délivrées, d'importants travaux sont encore à réaliser par l'éditeur du logiciel SOLIS.

MDPH de la Seine-Maritime

Le fonds départemental de compensation reste géré par un outil bureautique. La difficulté de se projeter sur la pérennisation de ce fonds, compte tenu des moyens budgétaires des contributeurs et de l'absence de texte réglementaire, n'incite pas à l'intégration de ce dispositif dans le système d'information.

MDPH de la Côte-d'Or

[...] la MDPH pâtit d'importantes carences en matière de suivi statistique et d'élaboration d'outils automatiques de pilotage.

MDPH de l'Orne

Des retards dans les développements attendus de notre logiciel continuent de nous mettre en difficulté dans notre fonctionnement quotidien (les tableaux de bord ne pouvant être réalisés facilement) et dans notre mission d'observatoire où la cotation de la déficience est toujours impossible.

L'audit du système d'information (SI) des MDPH, conduit sur le deuxième semestre 2013, permet de corroborer ces constats. Alors même que le processus de gestion de la demande est pour l'essentiel couvert par les outils existants, quelques points d'amélioration notables sont identifiés : l'identification de la personne, le dépôt de la demande en ligne, l'évaluation des besoins (informatisation du GEVA), l'élaboration des PPC et des plans personnalisés de scolarisation (PPS), l'envoi des notifications. Par ailleurs, les outils locaux pour le pilotage de la MDPH donnent plutôt satisfaction, mais la remontée d'informations au niveau national doit être améliorée.

Le diagnostic ainsi réalisé a d'ailleurs permis de mettre en exergue un certain nombre de difficultés rencontrées par les MDPH dans la maintenance et l'évolution de leur SI, notamment :

- l'insuffisance des ressources humaines et financières, en particulier les compétences techniques et métiers ;
- la difficulté à définir des priorités, compte tenu de nombreux projets réglementaires et relatifs au SI, impulsés au niveau national ;
- la situation de dépendance vis-à-vis des éditeurs, dont la feuille de route est peu connue.

À l'issue de l'audit, le constat est partagé quant au besoin d'un pilotage renforcé de l'évolution du SI des MDPH. Celui-ci doit s'appuyer *a minima* sur :

- le renforcement de la gouvernance du SI ;
- le développement du partage de pratiques entre MDPH ;
- la définition d'un cadre normatif du tronc commun pour le SI des MDPH, quel que soit le logiciel choisi ;
- le renforcement du rôle de la CNSA dans la relation avec les éditeurs.

Il s'agit de prérequis pour mettre en place un des deux scénarios susceptibles de faire évoluer la situation de manière pertinente.

Le premier scénario consiste en la mise à disposition des services transverses les plus porteurs de valeur pour les MDPH (par exemple, échange avec les partenaires, numéro d'inscription au répertoire – NIR...), en complémentarité avec la normalisation accrue du SI cœur de métier. Le second vise à construire et à déployer un « SI mutualisé » pour l'ensemble des MDPH. Les arbitrages devront être rendus par les instances de gouvernance nationale mises en place à la suite de l'audit en s'appuyant sur les résultats de l'étude de faisabilité lancée avec l'appui de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé).

Focus sur le SIPAPH

Certaines MDPH mettent en valeur leur investissement en matière de SIPAPH. Il s'agit notamment des MDPH pilotes de la recette SIPAPH.



MDPH de la Drôme

Nous sommes dotés du module IODAS d'extraction CNSA. Sur proposition de la CNSA, nous sommes site pilote pour le SIPAPH à compter [de] 2014. Lors du 1^{er} semestre 2013, nous avons échangé avec la CNSA pour valider (techniquement) le flux SIPAH. [...] Nous avons qualifié le démarrage de la phase pilote début 2014.

MDPH des Alpes-Maritimes

La qualification de ce nouvel outil s'est poursuivie en 2013 et en 2014. Plusieurs fichiers de production ont été transmis en 2013 par le Conseil général 06 à la CNSA.

MDPH des Bouches-du-Rhône

La MDPH a travaillé en lien avec la CNSA sur la mise en place d'un système d'information partagée (SIPAPH) qui a nécessité une charge de travail conséquente.

MDPH de la Haute-Savoie

La MDPH 74 est site pilote pour la qualification et la validation des données venant de SOLIS vers le SIPAPH. Actuellement, nous sommes dans une situation d'attente depuis de nombreux mois. Les difficultés de consolidation auxquelles se heurte la CNSA sont nombreuses et remettent en cause la poursuite du dispositif.

Cependant, de nombreuses autres MDPH se sont également mobilisées sur ce champ...



MDPH de l'Aisne

Les données de la MDPH sont en production technique (vingt MDPH en sont à ce stade) et [elle] entrera prochainement en phase de recette statistique. Le lancement du processus de la recette statistique est indispensable pour s'assurer de la fiabilité des données. Dès que les tests effectués avec les MDPH pilotes seront concluants, la MDPH 02 entrera dans la recette statistique.

MDPH de la Haute-Loire

Le système d'information partagé peut désormais être abondé, car nous possédons désormais une version de notre système d'information compatible.

MDPH de la Côte-d'Or

La MDPH a acquis au cours de l'année 2013, auprès de la société GFI, l'extracteur de données permettant la mise en place effective de l'application SIPAPH.

MDPH d'Eure-et-Loir

En 2013, il a été installé un extracteur de données fourni par notre éditeur de logiciel GFI et il a été fait un travail de transcodification avec la DSI du Conseil général (la transcodification est un travail de transformation des données).

MDPH de l'Indre

L'action principale porte sur la finalisation de la mise en place du SIPAPH [...]. Ce système d'information [...] prévu par la loi du 11 février 2005 est un outil de pilotage partagé de la politique du handicap. [...] Le SIPAPH sera bientôt opérationnel, car les corrections suite à la génération des fichiers de tests sont en cours.

MDPH du Lot

En 2010, deux avenants ont été passés au marché avec SIRUS notamment pour lui faire réaliser l'interface nécessaire à la génération de fichiers XML pour alimenter le SIPAPH conformément à la CAQS.

MDPH des Hautes-Pyrénées

[Parmi les actions de 2013, on note la] saisie de la nomenclature de tous les items en vue de la mise en place d'un outil de pilotage partagé (SIPAPH) au moyen d'un extracteur centralisé de données pour la CNSA : validation et tests en cours, problématique de mise en production transmise chez l'éditeur du logiciel.

... alors que d'autres soulignent leurs difficultés à s'inscrire dans la démarche.



MDPH de l'Orne

Par ailleurs, l'alimentation du SIPAPH, observatoire mis en place par la CNSA, n'est pas possible à ce jour. La mise en place d'un audit des systèmes informatiques des MDPH, nous l'espérons, apportera des réponses et une ligne directrice sur l'avenir de nos logiciels.

MDPH de la Loire

En 2013, les flux de données ont été envoyés à la CNSA, mais ne sont pas encore validés : des anomalies demeurent impossibles à résoudre en l'état actuel de l'extracteur.

MDPH de la Haute-Garonne

Le SIPAPH (système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées) qui devait permettre l'accès à des données complètes au niveau national et à partir de tableaux semi-élaborés pour toutes les MDPH s'est trouvé en incohérence avec les politiques des développeurs informatiques qui ne recherchent pas une homogénéisation des modes de recueil.

MDPH de la Creuse

[Par manque de moyens humains] le SIPAPH n'a pas avancé depuis octobre 2011.

MDPH de la Haute-Marne

Pour ce qui concerne le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH), l'instabilité des systèmes d'information des MDPH et le retard pris par les éditeurs des principaux logiciels de MDPH pour développer les extracteurs de données venant alimenter le système d'information national expliquent le retard constaté de ce projet CNSA.

MDPH du Tarn

Face à la complexité du déploiement de ce dispositif et malgré les efforts déployés, la MDPH et la direction e-administration du Conseil général n'ont pu faire valider les tests d'anonymisation par le support technique CNSA avant la fin de l'année 2012, comme prévu initialement. Ce retard, indépendant de notre volonté, ne nous éloigne pas de l'objectif posé pour la mise en œuvre du SIPAPH : celui de passer en système de production.

Lorsque les difficultés de déploiement du SIPAPH sont évoquées, les MDPH sont nombreuses à mentionner l'audit du SI MDPH qui a permis d'identifier un certain nombre de difficultés ayant conduit aux retards constatés :

- cible trop ambitieuse à la conception du projet, compte tenu notamment d'un contexte de gouvernance balbutiante et de l'hétérogénéité des situations locales ;
- équipes projet sous-dimensionnées tant au niveau local qu'au niveau national ;
- démarche projet insuffisamment structurée.

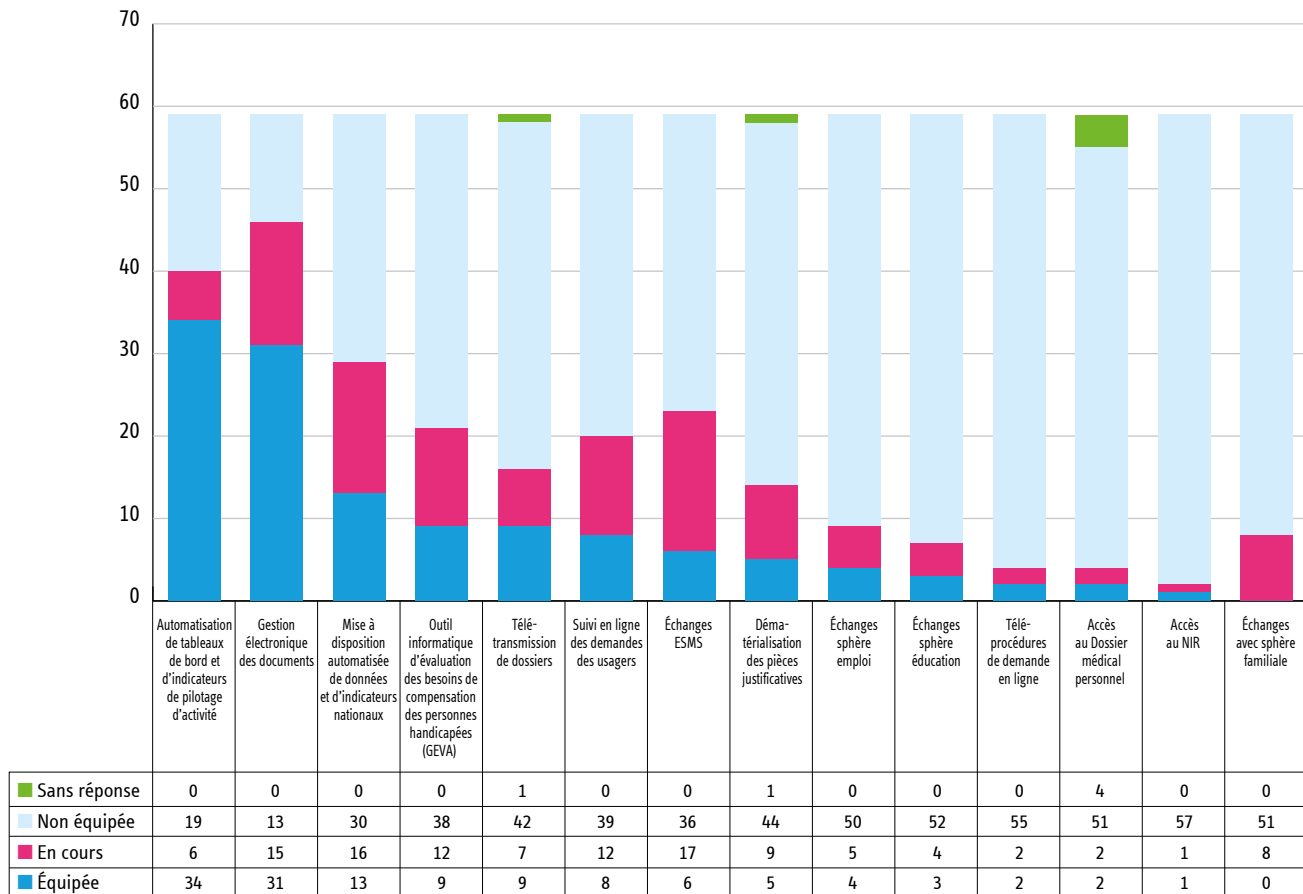
Les préconisations issues de l'audit devront permettre de dépasser ces écueils.

b. De nombreux projets SI en cours

Malgré les difficultés constatées, les MDPH font évoluer en permanence leurs systèmes d'informations pour répondre au mieux aux objectifs d'efficacité de fonctionnement en interne, pour être en capacité de répondre aux demandes d'informations de la CNSA et/ou des acteurs locaux ou pour faciliter le parcours de l'utilisateur.

L'enquête conduite dans le cadre de l'audit du SI des MDPH, à laquelle près de soixante structures ont répondu, donne une visibilité sur l'état de maturité des différents axes d'outillage informatique à l'échelle nationale.

État de mise en place des différents projets informatiques au sein des MDPH



Source : CNSA, audit SI MDPH 2014.

L'automatisation des tableaux de bord et des indicateurs de pilotage d'activité ainsi que la gestion électronique des documents (GED) sont les deux axes de travail les plus investis par les MDPH. Quatre autres chantiers prennent également de l'importance :

- la mise à disposition automatisée des données au niveau national (dans le cadre du SIPAPH) ;
- l'informatisation du processus de l'évaluation en lien avec le GEVA ;
- les échanges avec les ESMS avec l'enjeu crucial du suivi des orientations ;
- enfin, la mise en place de portails permettant aux usagers de suivre en ligne l'état d'avancement de leurs dossiers.

Ces trois derniers chantiers représentent potentiellement une forte plus-value pour les usagers et sont le reflet de la volonté des MDPH de renforcer non seulement l'efficacité de leur fonctionnement, mais également la qualité du service rendu.

Les rapports d'activité font également état de ces dynamiques.



MDPH des Bouches-du-Rhône

[La MDPH] a également participé aux travaux de réflexion sur la mise en service des échanges de données avec la CNAF [Caisse nationale des allocations familiales] : 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. Un atelier de réflexion sur le partage des données informatiques a également été lancé avec Pôle emploi.

MDPH des Hauts-de-Seine

Une nouvelle application [de gestion de la relation-citoyen] a été mise à disposition du pôle partenaires usagers le 18 février 2013. [...] Dès la rentrée de septembre, le déploiement s'est effectué auprès des CCAS [centres communaux d'action sociale] non encore utilisateurs de la GRC : Bois-Colombes, La Garenne-Colombes, Garches, Puteaux, Châtenay-Malabry et Suresnes. Les formations de ces CCAS sont réalisées dans leurs locaux et sont assurées par le responsable de l'application.

MDPH du Nord

Une nouvelle procédure dédiée à la PCH a été développée au cours de l'année 2013 en commun avec le service payeur du département. Cette nouvelle procédure permettra, outre un gain de temps dans la transmission de l'information, une meilleure collaboration entre la MDPH et les services du département (visualisation respective des procédures). [...] L'outil de gestion électronique des documents (GED) est en production depuis le 15 décembre 2013. Afin de tirer parti de cet outil et de basculer dans une organisation « zéro papier », il est nécessaire de développer un outil de gestion et de visualisation des flux de dossiers (workflow).

MDPH de Loire-Atlantique

Plusieurs évolutions au cours de l'année ont permis de renforcer l'efficacité dans les procédures, [dont les] envois dématérialisés, via une plateforme d'échanges de fichiers sécurisés, des décisions de la CDAPH à onze types de partenaires (tous les établissements et services médico-sociaux, dont les ESAT, Cap emploi, Pôle emploi, l'inspection académique, les CRP [centres de rééducation professionnelle], le Conseil général...).

MDPH d'Indre-et-Loire

Avec nos partenaires, l'objectif prioritaire est de mettre en place un extranet permettant d'assurer le suivi des décisions d'orientations en lien avec les établissements médico-sociaux. Ce projet travaillé depuis 2009 devrait aboutir en 2014. Il permettra d'assurer un meilleur suivi des situations individuelles tout en permettant une analyse collective des besoins. Ensuite, la MDPH a participé à l'élaboration du cahier des charges national pour la dématérialisation des échanges de données avec la CAF. Ce projet sera à envisager à l'issue du déploiement de l'extranet relatif au suivi des orientations.

MDPH de la Gironde

La MDPH s'est fortement impliquée et mobilisée pour participer au déploiement du système d'information décisionnel « handicap » porté par les services du Conseil général. L'élaboration de ce SID a permis de bâtir des matrices stratégiques et opérationnelles déclinant les objectifs, les actions et les indicateurs. Les tableaux de bord issus du SID serviront au pilotage de la direction, mais également aux services sur tous les aspects opérationnels et permettront des retours d'information aux décideurs. [...] 80 indicateurs pour le processus stratégique et 135 indicateurs pour le processus opérationnel ont été identifiés pour répondre de façon exhaustive à l'ensemble des besoins. Des fiches détaillées ont été construites pour chaque indicateur.

MDPH de l'Aube

La capitalisation des informations issues des indicateurs d'activité mensuelle permet de disposer désormais d'un outil de pilotage fiable et performant, concernant tous les domaines d'activité de la MDPH, et de pouvoir agir de manière prospective en fonction des données caractéristiques de la conjoncture.

L'importance des chantiers informatiques pour les MDPH se traduit parfois dans l'organisation de leurs services lorsqu'un pôle ou une unité spécifique sont mis en place pour le système d'information ou la GED. C'est notamment le cas dans les MDPH de la Somme, de l'Oise, des Hauts-de-Seine et de la Haute-Savoie. La MDPH du Haut-Rhin a, quant à elle, redéployé des postes en interne pour renforcer les compétences en informatique, tout en institutionnalisant la problématique des systèmes d'information en l'intégrant dans le périmètre de la direction adjointe. La MDPH de Charente-Maritime a bénéficié d'un recrutement par le Conseil général d'un informaticien dédié à la MDPH.

3

La quête continue de qualité de service

1. Des efforts pour maîtriser les délais de traitement

a. Absence de choc majeur autour des délais de traitement

Malgré les contraintes évoquées – activité en progression à moyens quasi constants –, les MDPH cherchent à poursuivre la maîtrise des délais de traitement et à réduire ainsi l'impact du contexte défavorable sur les usagers.

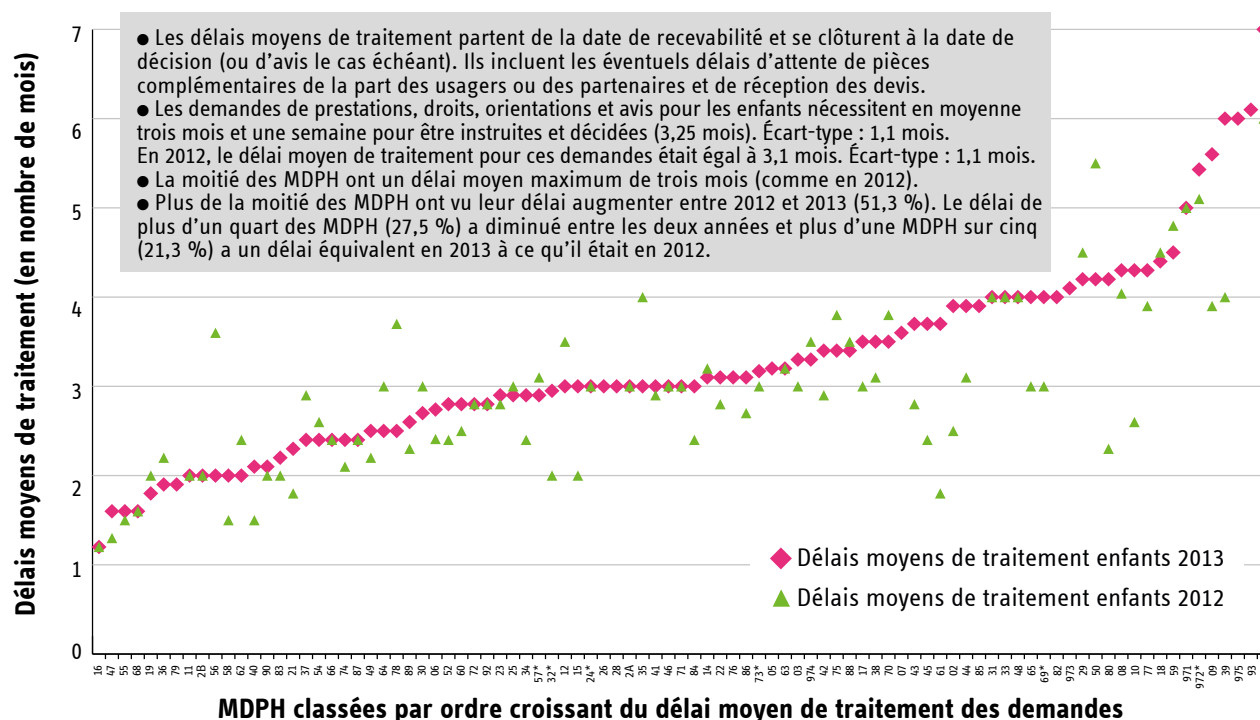
Les délais de traitement des demandes des adultes sont restés stables par rapport à 2012, à près de quatre mois et demi. Les délais moyens de traitement des demandes des enfants ont augmenté de quatre jours et s'établissent en moyenne à trois mois et une semaine.

Plusieurs observations démontrent les difficultés auxquelles font face les MDPH.

D'une part, la stabilisation des délais pour les adultes indique le renversement de la tendance à la baisse observée en 2012. D'autre part, dans le champ de l'enfance, les délais ont connu une progression alors qu'ils étaient stables entre 2011 et 2012 (trois mois et trois jours).

Près de 50 % des MDPH ont connu une progression des délais dans le champ de l'enfance et/ou des adultes alors que cette proportion était de 42 % en 2012. Enfin, pour les demandes des adultes, la moitié des MDPH ont toujours des délais moyens supérieurs à quatre mois. Par ailleurs, les délais de traitement sont variables selon les prestations. Même si les MDPH s'efforcent de plus en plus d'apporter une réponse globale à la demande des usagers, le traitement demeure parfois dissocié pour certaines prestations, la PCH en particulier.

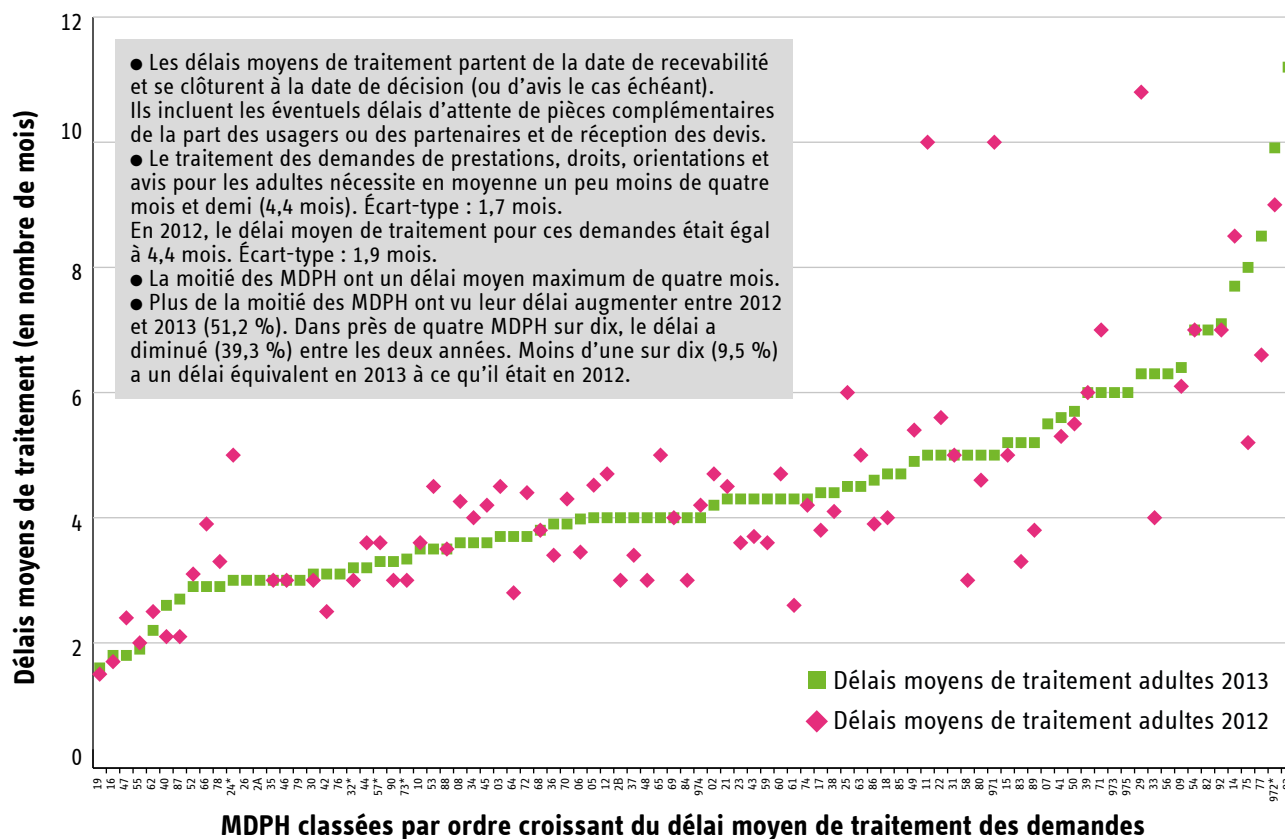
Le délai moyen de traitement des demandes « enfants » augmente légèrement en 2013 Échantillon : 91 MDPH



Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

Le délai moyen de traitement des demandes « adultes » reste stable en 2013 Échantillon : 90 MDPH



Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

b. De nombreuses démarches de réorganisation au service de l'efficacité opérationnelle

Les rapports des années précédentes ont pu le souligner : les MDHP ont engagé depuis plusieurs années des démarches d'optimisation de leur organisation pour faire face aux flux croissants. Certaines constatent en 2013 que ces efforts ont porté leurs fruits en permettant de maîtriser les délais dans un contexte de hausse plus importante de l'activité.



MDPH de l'Aube

Heureusement, les efforts entrepris au cours des exercices précédents sur des domaines tels que la stabilisation des processus, des méthodes et de l'organisation ont permis de maintenir le seuil de stabilité atteint en 2012.

MDPH du Loiret

Le délai moyen de traitement de l'année 2013 est identique à celui de l'année précédente : 3,6 mois. Ce maintien s'explique par l'efficacité de l'AID (analyse initiale des demandes) qui a permis au cours de l'année de présenter directement en CDAPH certaines demandes sans traitement en EPD [équipe pluridisciplinaire].

MDPH de la Saône-et-Loire

Alors que le nombre de décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a connu une croissance forte au cours des trois dernières années, le délai moyen de traitement des dossiers a diminué de façon sensible, preuve d'une meilleure fluidité des processus.

Le mouvement se poursuit dans le cadre de démarches structurantes de réorganisation pour lesquelles les MDPH mettent en avant leur caractère participatif et l'importance de l'implication des cadres.



MDPH du Cher

À l'automne 2013, les constats réalisés sur l'activité et l'alerte donnée par les représentants du personnel de la MDPH sur la difficulté des équipes ont conduit à lancer une démarche de réflexion et d'évolution d'organisation, avec l'appui du chargé de mission méthodes en poste au Conseil général. Ce processus, à l'œuvre depuis novembre 2013, continuera à se décliner en 2014. La méthodologie employée a été de mettre en place une concertation élargie avec l'équipe de direction, les professionnels des différentes équipes, afin de croiser les visions et de permettre d'élaborer un diagnostic partagé et d'identifier les leviers de progression et d'évolution.

MDPH de la Haute-Garonne

La démarche mise en place dans le cadre de l'audit en organisation et la construction du projet pluriannuel de la MDPH 2015-2020 permettra de perfectionner les différentes stratégies mises en place pour parfaire la réponse apportée à l'usager et diminuer le nombre d'appels téléphoniques. [...] Véritable plan d'action stratégique à cinq ans, le projet pluriannuel de la MDPH permettra de mettre au jour les valeurs partagées par les équipes et les instances (COMEX, CDAPH, FDC) au regard de la loi du 11 février 2005 et de fédérer l'ensemble de l'équipe autour d'une culture commune plaçant la personne en situation de handicap au cœur du dispositif. L'audit et le projet pluriannuel ont donc pour objet d'inscrire la MDPH dans une démarche d'amélioration continue [...].

MDPH du Nord

Dans le cadre du projet PHARE et de la réorganisation, de nombreuses rencontres et échanges ont pu être réalisés avec les différents partenaires afin de présenter et valider le projet de réorganisation de la MDPH (réunions du réseau d'accueil, de l'ensemble des membres des équipes pluridisciplinaires, du comité d'entente, des membres de la CDAPH/contacts bilatéraux avec les associations et partenaires institutionnels). [Éléments marquants du projet PHARE en 2013] : Coconstruction du diagnostic et d'un nouveau scénario d'organisation avec l'ensemble des professionnels, des partenaires et des différentes instances consultatives et décisionnelles. Élaboration du nouveau processus et des procédures en découlant. Définition d'un organigramme cible. Élaboration des fiches de postes. Positionnement de chaque professionnel au regard des nouvelles fiches de postes et élaboration du plan de formation. Accompagnement à la prise de poste.

MDPH des Hautes-Pyrénées

Après sept ans de fonctionnement, une réflexion a été engagée afin de faire évoluer l'organisation des services. Un psychologue du travail a été accueilli en stage au premier semestre 2013 pour aider la MDPH à rédiger un cahier des charges faisant un état des besoins [...] et permettant de retenir un consultant pour accompagner la nouvelle organisation en 2014.

MDPH de la Vendée

Initié par le département [...] un audit fonctionnel a été réalisé début 2013. Ses conclusions ont abouti à une trentaine de prescriptions dont une grande partie a été mise en œuvre. L'étude s'est accompagnée d'une enquête de satisfaction auprès des plusieurs milliers de Vendéens.

Si ce type de chantiers n'a pas été engagé par toutes les MDPH, compte tenu de leurs moyens et des priorités du moment, nombre d'entre elles procèdent à des réorganisations par petites touches dans le cadre des réflexions continues sur l'amélioration de leur fonctionnement.



MDPH des Bouches-du-Rhône

[...] la MDPH 13 a entrepris en 2013 une réorganisation du pôle adulte tendant à favoriser le développement de l'approche pluridisciplinaire et globale du dossier au détriment d'une évaluation par « demande ».

MDPH de l'Ardèche

Une réorganisation a également été mise en œuvre au pôle adulte ; une cellule hebdomadaire a en effet été créée afin de fluidifier autant que possible le parcours des demandes dès leur arrivée à la MDPH. Ce fonctionnement a débuté en septembre pour une période d'essai de quatre mois afin de déterminer la pertinence de ce dispositif.

MDPH de la Charente

La MDPH de la Charente poursuit son évolution organisationnelle pour répondre avec une meilleure efficacité aux missions qui lui sont confiées. [...] Une nouvelle répartition des interventions des médecins pour les adultes par lettre alphabétique a été réfléchi en 2013 pour favoriser un rééquilibrage du temps consacré à l'ensemble des demandes, quelle que soit leur nature. Cette disposition sera mise en œuvre en 2014.

MDPH de la Somme

Deux réunions d'échanges et d'organisation de travail avec chaque pôle adultes et enfants (responsable du pôle + adjoint en charge de la PCH) ont eu lieu en 2013. Pour le pôle enfants, il a fallu revoir l'organisation et la répartition des tâches avec l'arrivée de l'adjointe au pôle enfants sur l'axe PCH, car le poste avait été vacant plusieurs mois.

MDPH du Loiret

Une réflexion sur l'optimisation des moyens et des circuits engagée en fin d'année 2012 avec la direction de l'autonomie s'est poursuivie en 2013 sur le traitement des demandes de PCH et demandes annexes. Les nouvelles modalités de traitements émergeant de cette réflexion facilitent l'harmonisation des pratiques (création et mise en application des équipes pluridisciplinaires centralisées au cours du second semestre...).

2. Les différents axes de l'optimisation du fonctionnement des MDPH

Dans la continuité de ce qui a pu être observé et mis en valeur dans les rapports des années précédentes, plusieurs axes de travail prioritaires apparaissent à la lecture des rapports d'activité et au regard des enseignements de l'étude sur l'évaluation dans les MDPH conduite par le HCSP.

a. La poursuite du renforcement de l'accueil

Les rapports d'activité des MDPH mettent en valeur l'importance du dispositif de l'accueil pour le fonctionnement de la MDPH.



MDPH de la Réunion

L'accueil et l'information du public constituent une priorité dans le développement des missions de la MDPH.

MDPH de la Vendée

La fonction accueil joue un rôle essentiel en matière de réponse au public en assurant une mission de coordination des services internes de la MDPH et du Conseil général. Le pôle accueil contribue à la cohésion d'ensemble et à l'animation des équipes. C'est la porte d'entrée de la MDPH.

MDPH du Pas-de-Calais

L'accueil [du] public ne consiste pas à réorienter la personne vers un autre professionnel interne et/ou externe, mais il s'agit bien de renseigner, poser des questions afin d'apporter une réponse plus large que la demande initiale. Par exemple, une simple demande de formulaire nécessite de comprendre la logique de la demande de l'utilisateur, de s'assurer qu'il identifie bien les pièces qu'il doit fournir et de lui préciser comment sera traité son dossier une fois la demande déposée. Cela fait partie de la qualité de service exigée par la MDPH dans tous ses lieux d'accueil.

MDPH de la Savoie

L'accueil joue un rôle de filtre pour les services de la MDPH. [...] Du fait de son positionnement transversal, l'accueil permet souvent de repérer les dossiers prioritaires, erreurs d'orientation, incohérences dans les dispositifs ou procédures, que ce soit en interne ou en rapport avec des services extérieurs. Ainsi, le premier accueil peut lui-même indiquer à l'interlocuteur une autre démarche mieux adaptée : demande [d']aide-ménagère, APA, pension d'invalidité... et signaler aux services de la MDPH un élément important, une erreur d'aiguillage... (par exemple, la personne a coché carte de priorité [en] pensant demander une carte de stationnement).

MDPH de la Seine-Saint-Denis

Dans un contexte d'allongement du délai de traitement des demandes et d'une situation nationale dégradée, on observe à l'accueil un nombre important de situations difficiles, engendrées par des ruptures de droits ou un contexte fragile. Les agents d'accueil ont la charge de détecter ces situations, dont le traitement doit être priorisé, ce qui requiert des compétences affinées en matière d'accueil.

Outre sa valeur propre sur le plan de la qualité de service rendu à l'utilisateur, l'accueil jouerait un rôle dans la régulation du flux des demandes et la facilitation du travail d'instruction et d'évaluation grâce à son rôle de conseil au moment de la constitution des dossiers de demande.

Ainsi, les MDPH sont nombreuses à vouloir renforcer la qualité de l'accueil et les rapports d'activité font ressortir plusieurs axes de travail.

Comme les années précédentes, la structuration de l'accueil en tant que véritable service se poursuit, avec une organisation autour de deux niveaux d'accueil – premier niveau plutôt généraliste et deuxième niveau plus approfondi – même si les définitions précises sont variables d'une MDPH à l'autre.

L'accueil s'appuie de plus en plus sur des agents polyvalents pouvant répondre aux différentes formes de sollicitation sur l'ensemble du périmètre des compétences des MDPH. Certaines MDPH vont jusqu'à la polyvalence des agents sur l'accueil et l'instruction, comme c'est le cas dans la MDPH du Var où « le service accueil fait partie du pôle administratif » et où « les agents de ce service sont tous polyvalents et effectuent en alternance la numérisation et l'enregistrement des dossiers ainsi que l'accueil du public et la permanence téléphonique ». En tout état de cause, la participation des équipes d'instruction et d'évaluation est mise en valeur, notamment pour l'accueil de niveau 2, à l'instar de la MDPH de la Haute-Garonne où des travailleurs sociaux et des référents insertion professionnelle participent à l'accueil sur rendez-vous. Ainsi l'accueil pose bien l'enjeu d'un équilibre entre la professionnalisation et la structuration de ce service et de son inscription transversale dans le fonctionnement de la MDPH.

Un autre axe important en matière d'accueil est l'amélioration de son accessibilité à travers l'élargissement des plages horaires, le renforcement des effectifs pour améliorer la réactivité, la démultiplication des relais territoriaux ou encore la mise en place d'outils de gestion de flux.



MDPH du Loiret

En 2013, le service accueil a été renforcé par l'arrivée de 1,5 ETP par transformation de postes.

MDPH des Deux-Sèvres

La réflexion engagée fin 2013 pour envisager une amplitude d'ouverture au public plus importante devrait être effective début 2014.

MDPH du Var

L'élargissement des plages horaires à partir du mois de novembre (ouverture quotidienne à 8 h 30 au lieu de 9 h) a contribué à accroître le nombre de personnes accueillies et d'appels décrochés.

MDPH de la Charente-Maritime

En lien avec le projet de service, et après approbation des représentants du personnel, une réflexion autour des horaires de l'accueil du public s'est mise en place en 2013 et a abouti à leur modification à compter du 1^{er} octobre, avec les objectifs suivants :

- *élargir l'accueil physique et téléphonique des usagers à des plages horaires plus facilement accessibles aux personnes ayant une activité professionnelle, notamment sur la plage du midi ;*
- *accroître la durée d'ouverture du service au public (une heure supplémentaire chaque semaine) conformément aux préconisations figurant initialement dans la loi du 28 juillet 2011.*

MDPH du Puy-de-Dôme

Dans le cadre de ce projet de territorialisation de l'accueil de la MDPH, huit réunions d'information formation ont été organisées sur tout le territoire à destination des opérateurs sociaux de proximité avec le concours des CLIC [centres locaux d'information et de coordination]. Ces sessions ont permis de sensibiliser plus de 300 personnes aux missions et aux prestations de la MDPH.

MDPH du Gard

L'accueil est centralisé au siège de la MDPH sur Nîmes, toutefois depuis la fin de l'année 2013 une expérimentation est en cours avec le Conseil général pour un accueil décentralisé au sein de deux centres médico-sociaux au nord du département du Gard.

MDPH de l'Ain

Les permanences d'une demi-journée hebdomadaire des coordinatrices dans les huit territoires des maisons départementales de la solidarité (MDS) ont débuté en février 2013, après une période d'information lors des réunions de services des MDS et [des] réunions d'équipes des points accueil solidarité (PAS). En pratique, pour des raisons de disponibilité de locaux et de proximité des usagers, celles-ci se déroulent essentiellement dans les PAS. [...] L'accueil téléphonique a été fortement amélioré mi-janvier 2013 par la mise en place d'un prédécroché, permettant de constituer une file d'attente des appels arrivant alors que l'agent d'accueil est déjà au téléphone avec un autre usager, leur évitant de devoir renouveler leur appel. Ceci a permis, du jour au lendemain, d'augmenter d'un tiers la réponse effective aux appels.

MDPH de la Martinique

[...] la MDPH a installé un système informatisé de gestion de file d'attente afin de connaître le nombre de visiteurs journaliers et le temps de réception moyen d'un visiteur. Cette installation s'est accompagnée de la mise en place d'un écran dans la salle d'attente où les usagers peuvent voir le numéro appelé par les guichets d'accueil.

Le renforcement de l'accueil se fait notamment dans le cadre du développement des partenariats. En effet, 43 % des MDPH ont des conventions pour l'accueil de niveau 1 et 30 % pour le niveau 2.

Enfin, l'appui aux équipes de l'accueil, en vue d'une professionnalisation croissante, prend des formes différentes. Les MDPH poursuivent un effort de formation, notamment sur les dispositifs du handicap, mais également sur la gestion de l'accueil des publics difficiles qui sont une préoccupation dans de nombreuses MDPH. Notons que ces formations se déroulent désormais par le biais du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), mentionné par plusieurs MDPH.

**MDPH de l'Aveyron**

Les agents de l'accueil ont participé à des formations par le CNFPT sur l'accueil en MDPH, la gestion de l'agressivité des usagers, l'accueil des personnes handicapées psychiques.

MDPH de la Martinique

Au mois d'octobre, les agents d'accueil ont participé à une formation intitulée « Accueil physique et téléphonique des publics ». La première session s'est déroulée du 1^{er} au 3 octobre 2013 et la deuxième session s'est effectuée du 21 au 23 octobre 2013. Cette formation a été organisée par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT). Ils ont pu partager leur expérience avec d'autres professionnels.

MDPH des Pyrénées-Orientales

Par ailleurs, en 2013, les agents d'accueil ont bénéficié d'un programme de formations dédiées : techniques d'accueil et appréhension des différents handicaps et mise en place de deux séances de formations internes entre l'équipe d'instruction des demandes enfants et l'accueil sur les spécificités des demandes.

MDPH de la Drôme

Les agents ont suivi des formations pour l'accueil du public et sont formés également sur l'ensemble des politiques liées au handicap.

MDPH de l'Eure

L'accueil s'inscrit sur une des lignes fondamentales et directrices du projet de direction, la qualité du service rendu. À cet effet, les agents en fonction d'accueil sont régulièrement formés. L'équipe accueil progresse de telle manière qu'elle est au fil du temps de plus en plus spécialisée.

MDPH du Doubs

En effet, des formations en interne ont été organisées pour perfectionner leurs connaissances des dispositifs et une formation concernant l'accueil des publics en situation de précarité a également été suivie par ces quatre agents. Ces efforts de formation se poursuivront sur 2014, en se centrant sur l'accueil des publics en situation de handicap psychique et sur la connaissance des dispositifs de droit commun mis en œuvre au sein du département.

MDPH de la Corrèze

Des efforts ont été conduits en 2012 et en 2013, 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 des Landes

Ces agents ont pu suivre des formations sur les différents types de handicap, la gestion de l'agressivité, le fonctionnement des MDPH... Plus particulièrement, un agent d'accueil basé sur le site de la MLPH a intégré une formation relative au langage des signes.

Par ailleurs, on note une pratique émergente, celle de la mise en place de réunions collectives des agents d'accueil, voire de groupes de parole ou de mécanismes de supervision.



MDPH de la Savoie

L'accueil a permis, au cours de l'année 2013, [...] d'organiser des réunions d'équipe régulières assurant une meilleure homogénéité du traitement des demandes, une meilleure connaissance des partenaires et dispositifs et une régulation des situations de tensions, voire d'agressivité, vécues par le personnel d'accueil.

MDPH de la Seine-Saint-Denis

Une supervision de l'équipe, afin d'accompagner les agents dans la gestion des répercussions de cet accueil très difficile, a été sollicitée et devrait se mettre en place en 2014.

MDPH du Val-de-Marne

De plus, tous les agents en responsabilité d'une mission d'accueil [...] se réunissent une fois par mois dans le cadre d'un groupe de parole [...] afin d'aborder des problématiques professionnelles dans un cadre différent du travail habituel. Cela permet de décharger certaines tensions et de construire une cohésion d'équipe et des outils communs.

MDPH Calvados

Une fois par mois, une réunion avec l'ensemble des accueillants correspondants permet d'échanger sur les aspects réglementaires, les demandes complexes ou atypiques, les méthodes de travail.

b. La montée en compétence de l'instruction

Compte tenu des volumes de demandes traitées par les MDPH, les professionnels responsables de la gestion administrative des dossiers jouent un rôle important dans l'efficacité du processus. Les MDPH cherchent ainsi à optimiser leurs modalités de travail et les rapports d'activité font ressortir depuis quelques années plusieurs tendances qui se confirment.

D'une part, les agents instructeurs développent une polyvalence de compétences qui leur permet d'être flexibles face à la fluctuation des flux de demandes.



MDPH de l'Aisne

Les pôles « adultes » et « enfants » ont été regroupés en un seul pôle « accès aux droits » afin de favoriser la polyvalence des gestionnaires de droits et d'inciter à une approche de fluidité du parcours des jeunes 16-26 ans. L'objectif recherché est aussi de permettre d'adapter l'activité du service selon les périodes de pic d'activité notamment sur le secteur enfants.

MDPH du Gard

Les agents d'instruction sont polyvalents et gèrent à la fois des dossiers enfants et des dossiers adultes.

MDPH des Pyrénées-Orientales

Les modifications organisationnelles qui ont été opérées les années antérieures permettent une plus grande souplesse et réactivité. Certains agents sont polyvalents et peuvent selon l'activité renforcer une équipe pour s'adapter aux besoins.

MDPH du Var

L'augmentation importante des demandes au cours de l'année 2013 a créé des tensions sur les délais, car, certains mois, la MDPH n'était plus en mesure d'instruire les demandes dans des délais raisonnables. Pour avoir plus de souplesse, le travail des quatre instructeurs des demandes « enfants » a été mutualisé en fin d'année 2013 avec celui des instructeurs des demandes « adultes ». Ainsi, lorsque le nombre de dossiers « enfants » augmente lors du premier semestre de l'année, la mutualisation permet d'instruire plus rapidement ces dossiers. Inversement, lorsque ces dossiers « enfants » sont moins nombreux au cours du deuxième semestre, la mutualisation permet d'instruire les demandes « adultes » avec quatre instructeurs supplémentaires.

MDPH de la Manche

Au cours de l'année 2013, la formation des gestionnaires a permis de mettre en œuvre la polyvalence entre les instructions adultes et enfance. Cette polyvalence a permis d'absorber en partie l'afflux des demandes dans le domaine des orientations scolaires et ainsi de respecter le calendrier fixé, à savoir : traitement des demandes et notifications des orientations effectives le 10 juillet 2013.

À noter toutefois que l'étude sur les modes d'évaluation et de traitement des demandes, conduite par le HCSP, a mis en exergue que quarante-quatre MDPH sur les quatre-vingt-deux ayant répondu à l'enquête, soit plus de 50 %, continuent à structurer l'instruction des dossiers en fonction de l'âge du demandeur même si le rapport souligne l'intérêt de la polyvalence : « Plusieurs MDPH rencontrées ont mis en place la polyvalence des instructeurs (traitement des demandes enfants et adultes) et des évaluateurs. Cela permet de réguler la charge de travail notamment sur le secteur enfant qui est soumis à une forte saisonnalité. Cette organisation vaut surtout pour les MDPH de petite taille, où les effectifs et les compétences sont limités en nombre. »

Les MDPH ayant fait le choix de la spécialisation mettent en avant la complexité technique des droits et des prestations, sans nécessairement cloisonner le fonctionnement.



MDPH de l'Eure

La complexité de l'instruction des demandes enfants et PCH a amené à maintenir des instructeurs spécialisés pour ces deux activités. Cependant, il est fait appel à des agents de l'accueil pour venir en renfort lors des absences ou des pics d'activité saisonnière, ce qui permet d'infuser les compétences de ces agents vers d'autres et d'éviter la perte de connaissance lors des absences.

MDPH du Val-de-Marne

L'instruction administrative des demandes s'organise autour de deux secteurs, le secteur instruction adultes et le secteur instruction enfants. Cette organisation permet une technicité des agents de chaque secteur. Celle-ci est essentiellement liée à la spécificité des prestations et orientations inhérentes à l'âge de la personne handicapée qui nécessite, d'une part, une connaissance fine de chacune et d'autre part, une instruction administrative adaptée.

D'autre part, les instructeurs peuvent également se voir confier la préparation de l'évaluation à travers le recueil des pièces complémentaires, voire la vérification de l'éligibilité sur les critères administratifs tels que l'âge. Ce rôle demeure peu affirmé dans les rapports d'activité, mais il commence à être souligné.



MDPH de Seine-et-Marne

Une fois le dossier déclaré recevable, le gestionnaire analyse administrativement le contenu du dossier déposé : projet de vie, nature des demandes... et le met en cohérence avec l'historique du dossier (cas de renouvellement et révision). Cette analyse permet de déclencher des actions spécifiques : demande de pièces complémentaires, envoi d'un formulaire de demande complémentaire, appel téléphonique ou orientation vers une conseillère d'accompagnement afin de clarifier une situation ou un projet de vie, orientation du dossier au SEO [service évaluation et orientation] vers le pôle de compétence adapté.

MDPH du Doubs

Les dossiers déposés concernant les droits adultes et PCH sont gérés, du moins à l'enregistrement, par une équipe spécifique de pré-évaluation. Cette équipe étudie la recevabilité de la demande, demande les pièces de base indispensables au traitement de la demande si elles sont manquantes. Elle procède également à l'analyse des demandes et définit la porte d'évaluation la plus adéquate.

MDPH d'Ille-et-Vilaine

Les vingt-huit gestionnaires administratifs de la MDPH, en lien avec les usagers et les partenaires, sont chargés de l'instruction administrative des demandes depuis l'ouverture du dossier, jusqu'à la notification de décision. Ils étudient la demande en terme de recevabilité et de complétude et ils préparent le dossier pour les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation, ainsi que pour son passage en CDAPH puis pour l'envoi des notifications de décision.

MDPH du Lot

Un temps de pré-évaluation est prévu pour les dossiers adultes sur un rythme hebdomadaire afin de repérer les dossiers à traiter en urgence (peu nombreux), de définir les pièces complémentaires à demander pour compléter l'évaluation médicale ou professionnelle.

Enfin, les agents administratifs sont identifiés dans certaines MDPH comme de véritables référents pour les usagers, qui interviennent sur l'ensemble du processus du traitement de la demande dès son dépôt et jusqu'à la gestion des notifications.



MDPH de l'Orne

Les instructrices sont les référentes administratives qui gèrent le dossier de la demande de pièces à la notification de décision.

MDPH de l'Aveyron

Un référent administratif est désigné pour chaque dossier. Il traite dans la durée l'ensemble des demandes de la personne et peut apporter, à tout moment de la procédure, des informations sur l'avancement du dossier. Les coordonnées téléphoniques des référents administratifs figurent sur l'ensemble des courriers adressés aux usagers.

MDPH de Maine-et-Loire

Les appels sur l'avancée des dossiers déposés sont transférés aux instructeurs qui en ont la charge. Ceux-ci sont également interpellés directement par les usagers, sachant que les courriers d'accusé de réception (d'un dossier ou de demandes de pièces complémentaires) portent les coordonnées de l'instructeur en charge du suivi administratif du dossier.

MDPH du Cher

Toute personne déposant un dossier à la Maison départementale des personnes handicapées dispose d'un seul référent administratif qui traite l'ensemble de ses demandes, quelle que soit leur nature. Ce référent traite aussi le cas échéant les demandes d'aide sociale.

Focus sur le recueil d'éléments utiles à l'évaluation

Au croisement entre l'accueil, l'instruction et l'évaluation, de nombreuses MDPH ont cherché à formaliser des outils de recueil d'informations auprès des usagers et des partenaires dans une logique de GEVA-compatibilité.

En effet, pour réaliser l'évaluation dans de meilleures conditions et dans les meilleurs délais, l'équipe de la MDPH a besoin d'éléments d'information et de pièces complémentaires qui vont au-delà des pièces obligatoires pour le dépôt d'une demande. Afin de faciliter ce travail de collecte, des listes de pièces complémentaires par type de demande, voire des fiches spécifiques à renseigner, ont été formalisées par certaines MDPH.



MDPH d'Indre-et-Loire

Ainsi, suite à un travail engagé en collaboration avec l'Éducation nationale, la procédure de recueil des pièces nécessaires à l'évaluation, qui reposait principalement sur les enseignants-référents a été revue. Depuis septembre 2013, ce sont les parents qui sont au centre de la constitution du dossier de leur enfant (avec l'appui de professionnels extérieurs et des enseignants-référents). Ceci a nécessité de mettre en place un complément au formulaire CERFA afin d'indiquer aux parents les pièces nécessaires à la constitution du dossier tout en permettant de mieux identifier leurs demandes.

MDPH du Rhône

Par ailleurs, la MDPH s'était associée à un travail mené par le Conseil général sur la simplification des procédures. Une liste de pièces à fournir a été élaborée et mise en ligne. La simplification des courriers, ainsi que la mise en place d'un document d'accompagnement du formulaire de demande faisaient partie des axes retenus.

c. La structuration de l'évaluation

Tout comme pour les autres fonctions au sein des MDPH, le processus de l'évaluation fait l'objet d'un effort d'optimisation depuis plusieurs années.

D'une part, les circuits de l'évaluation et les équipes pluridisciplinaires se structurent autour de trois ou quatre unités que l'on retrouve de plus en plus dans les organisations des MDPH :

- unité « enfants ou scolarisation »;
- unité « adultes ou insertion professionnelle »;
- unité(s) médico-sociale(s) : PCH et/ou orientation en établissements et services médico-sociaux.

Cette tendance déjà observée l'année dernière se confirme par l'étude sur les modalités d'évaluation conduite par le HCSP : « Les 3 types de structuration des équipes pluridisciplinaires cités par les MDPH ayant répondu au questionnaire sont les unités par âge du demandeur (60 MDPH), les unités par type de demande (41 MDPH) et les unités qui instruisent par dominante du projet de vie (40 MDPH). Lorsque les MDPH précisent l'intitulé des pôles par type de demande et par dominante du projet de vie, il apparaît que ces deux types de structurations peuvent correspondre à des réalités identiques (exemple : structuration avec une unité insertion professionnelle, une unité scolarisation, une unité PCH, une unité orientation en ESMS). »

Par ailleurs, même si la structuration par âge semble être fortement présente, elle est le plus souvent croisée avec d'autres critères ce qui renvoie à l'architecture évoquée ci-dessus et se généralise de plus en plus. En effet, seules huit MDPH sur les quatre-vingt-deux ayant répondu ont une structuration articulée uniquement autour de l'âge du demandeur.

Une autre tendance forte en matière de circuits de traitement, qui se confirme au regard des années précédentes, est celle de la mise en place d'un temps d'évaluation initiale des dossiers, parfois appelé phase de tri ou d'évaluation de premier niveau.

L'étude du HCSP confirme en effet que ce type de mécanisme a été mis en place dans trois MDPH sur quatre parmi celles qui ont répondu à l'enquête.

Derrière les appellations différentes, on retrouve des fonctionnements également très différents. Les variations portent sur les dossiers concernés (tous ou uniquement certaines prestations), sur la finalité de cette étape de traitement (du simple tri pour orienter le dossier à la possibilité de formuler des préconisations et de transmettre le dossier à la CDAPH), sur les professionnels mobilisés (souvent en lien avec le point précédent).



MDPH de l'Aube

L'année 2013 a été mise à profit pour réactiver ces instances, prévues dans le schéma d'organisation depuis l'origine de la MDPH. Leur fonction est de permettre, préalablement au lancement de la procédure d'évaluation, la réalisation d'un prétri et la détermination des moyens nécessaires à la réalisation de cette évaluation. Ces instances regroupent la responsable de pôle, le coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire et un médecin. À l'issue de l'unité d'expertise (UE), les membres de l'équipe pluridisciplinaire à qui une évaluation est demandée sont mandatés par le coordonnateur.

MDPH des Deux-Sèvres

Une étude de toutes les premières demandes est effectuée dans les quinze jours suivant leur arrivée, par une équipe première lecture (EPL), composée de trois personnes ayant des « regards » différents (médical, administratif et médico-social). Cette approche globale et pluridisciplinaire permet un repérage des situations à traiter en urgence et l'identification des évaluations complémentaires à engager. Elle permet également le traitement immédiat des dossiers simples pour lesquels une proposition de décision à la CDAPH peut être faite de suite.

MDPH du Loiret

Suite aux travaux d'optimisation des procédures et des moyens engagés avec la direction de l'autonomie, deux nouvelles procédures ont été mises en place :

- *analyse initiale de la demande (AID) pour la PCH ;*
- *équipe pluridisciplinaire centralisée.*

La première a pour objectif d'orienter au mieux les demandes et ce dès leur réception. Généralisé pour l'ensemble des demandes adultes, il a été proposé de déployer le principe de l'AID à la PCH. Cette cellule gérée par la MDPH est composée d'un expert en compensation et d'un médecin de la MDPH. La seconde a vocation à se substituer aux instances « équipe pluridisciplinaire locale » (EPL). L'objectif est d'harmoniser, fluidifier et faciliter le traitement des demandes de PCH et annexes. Cette nouvelle organisation permet par ailleurs de réduire les délais de traitement et [de] sécuriser les propositions. Elle est composée des évaluateurs, d'un médecin (EPL ou de la MDPH) et d'un expert en compensation de la MDPH.

MDPH du Val-de-Marne

La mise en place d'une fonction de « tri » [dans le but de] réduire les délais de traitement avec plusieurs objectifs :

- *repérer le niveau de complexité du dossier dès son entrée et l'orienter dans le bon circuit d'évaluation et/ou de décision ;*
- *repérer le besoin éventuel de pièces complémentaires ;*
- *cette mission, à la frontière de l'instruction administrative et de l'évaluation, implique la participation des secrétariats ;*
- *chaque pôle cherche [à mettre en place] ou a déjà mis en place cette mission d'une façon spécifique.*

MDPH de la Charente-Maritime

Cette nouvelle organisation prend appui sur une équipe de première lecture (EPL), composée d'un médecin et d'un professionnel administratif ou social. [...] Ces équipes ont été mises en place dès janvier pour les demandes 2013, puis se sont substituées aux anciennes équipes de première analyse pour le stock des dossiers en mai 2013. Compte tenu de la spécificité des compétences requises pour la détermination de l'éligibilité à la PCH, l'ensemble des dossiers comprenant au moins une demande de PCH est orienté vers une EPL spécifique. [...] L'objectif fixé est que l'EPL intervienne dans les quinze jours qui suivent le dépôt de la demande, afin qu'à l'issue, un accusé de réception puisse être transmis à l'usager l'informant soit de la complétude de son dossier, soit de la nécessité de compléter l'évaluation par l'apport de pièces complémentaires ou une consultation médicale...

MDPH de la Manche

L'intégralité des demandes déposées est analysée par l'équipe EEO/EP [équipe d'évaluation et orientation] rapide. Cette équipe est devenue le pivot dans le processus de traitement de la demande. Outre l'évidente efficacité en termes de délai de traitement, la création de l'EEO/EP rapide a une influence directe sur l'harmonisation des procédures, la supervision de l'ensemble des instances, la détection de dysfonctionnements.

MDPH du Gers

Les réunions de l'équipe pluridisciplinaire d'accessibilité (EPA) se déroulent depuis décembre 2013 sur tous les jours de la semaine, concourant ainsi à la réduction des délais de traitement. Elles rassemblent un médecin de la MDPH, le coordonnateur ou son adjoint, et au moins un agent instructeur. Cette pré-évaluation systématique de tous les dossiers est différenciée pour des raisons de compétence médicale, selon qu'il s'agit d'un dossier junior ou adulte, mais le principe est identique dans les deux cas. L'objet est d'examiner la recevabilité du dossier au regard des critères de la prestation demandée, de procéder à la saisine des évaluateurs pertinents ou à la demande de compléments d'information, d'inscrire la demande à l'ordre du jour d'une réunion de CDAPH si les éléments sont suffisants ou de la réorienter en cas d'inadéquation manifeste. Cette étape s'avère, avec le recul, très productive, tant sur la qualité de l'évaluation que sur les délais d'instruction. Elle permet une gestion et un contrôle du flux plus précis.

Ces constats issus des rapports d'activité des MDPH sont confirmés par les analyses issues de l'étude du HCSP qui indique qu'il s'agit d'une tendance qui va certainement se poursuivre : « Les MDPH n'ayant pas mis en place ce pré tri indiquent souvent qu'elles souhaiteraient le faire, mais qu'elles reportent le projet notamment du fait du manque de médecins (elles s'interrogent notamment sur le fait qu'un infirmier puisse le faire) et de la difficulté à faire changer les pratiques » [...], et qu'elle semble opportune dans la mesure où « les croisements effectués font apparaître que les délais de traitement des demandes (enfants et adultes) sont plus faibles au sein des MDPH qui ont mis en place un pré-tri (2,91 mois contre 3,32 mois pour les demandes enfants et 4,35 mois contre 4,42 mois pour les demandes adultes) ».

3. Maintien du cap qualitatif autour du traitement des demandes

a. Outillage du processus d'évaluation pour concilier rapidité de traitement et juste niveau d'approfondissement de l'évaluation

Avant toute chose, il convient de souligner que la structuration des équipes d'évaluation autour des trois ou quatre dominantes du parcours de l'utilisateur n'est pas antinomique avec une approche globale des besoins des personnes. En effet, d'après l'étude du HCSP, « les dossiers des usagers sont analysés de manière globale (analyse simultanée de l'ensemble des demandes d'une même personne) systématiquement par 60 % des MDPH ayant répondu », la limite évoquée à cette approche globale étant notamment le délai d'évaluation de la PCH, plus long que pour d'autres demandes. À titre d'illustration, la MDPH des Bouches-du-Rhône revient sur son souhait de renforcer le caractère global de l'évaluation tout en structurant son organisation autour de dominantes.



MDPH des Bouches-du-Rhône

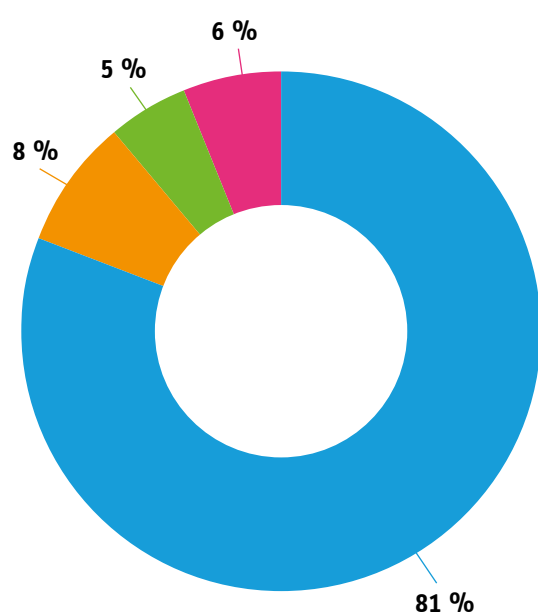
En effet, l'organisation du circuit des dossiers adultes et la structuration des services concernés étaient adaptées à une logique d'instruction et d'évaluation des dossiers par demande. Cette procédure avait l'avantage de répondre rapidement aux usagers pour un certain nombre de demandes, car elle dissociait le traitement des demandes de type PCH ou d'orientation professionnelle qui requérait des délais d'évaluations plus longs des demandes de type carte de stationnement ou d'invalidité qui ne faisaient intervenir qu'une évaluation médicale. Toutefois, cette organisation ne permettait pas d'appréhender suffisamment le parcours de vie de la personne en situation de handicap. [...] Aussi, avec la stabilisation des effectifs et la maîtrise des outils informatiques d'instruction par les équipes de la MDPH, il est apparu nécessaire de développer une approche pluridisciplinaire et globale du dossier permettant de répondre de manière cohérente et coordonnée aux besoins de la personne en situation de handicap. À cet effet, la nouvelle organisation a été construite autour de deux publics : les personnes en situation de travailler, qui relèvent du champ de l'insertion socioprofessionnelle, et les personnes en situation de dépendance. Dans cette perspective, il a été créé d'une part un service socioprofessionnel adultes regroupant l'évaluation socioprofessionnelle et l'instruction des dossiers adultes, et d'autre part un service de la dépendance auquel est rattachée la gestion du fonds de compensation.

Par ailleurs, malgré le contexte très contraint et la démarche d'optimisation des organisations au sein des MDPH, la proportion des évaluations réalisées sur dossier n'augmente pas : elle demeure stable depuis 2011, se situant autour de 81 %.

La part des visites sur le lieu de vie se stabilise également depuis 2012 et concerne 5 % des évaluations.

En revanche, on note une progression des échanges téléphoniques alors que les rencontres physiques à la MDPH ou dans les locaux des partenaires diminuent en proportion.

Répartition des modes d'évaluation en 2013 Échantillon : 59 MDPH



- Les évaluations sur dossier représentent 81 % des évaluations réalisées par les MDPH (82 % en 2012, 81 % en 2011).
- Les évaluations réalisées avec au moins un déplacement sur le lieu de vie représentent 5 % des évaluations réalisées par les MDPH (4 % en 2006, 7 % en 2007, 8 % en 2008 et 2009, 7 % en 2010 et 2011, 5 % en 2012).
- Les évaluations sur dossier, complétées par des entretiens téléphoniques augmentent : 3 % en 2012, 6 % en 2013.
- Les évaluations réalisées par les partenaires extérieurs représentent 4 % du total des évaluations réalisées en 2013.

- Évaluations sur dossier
- Évaluations réalisées à la MDPH ou dans les locaux des partenaires
- Évaluations réalisées sur le lieu de vie (à domicile ou en établissement)
- Évaluations réalisées par téléphone

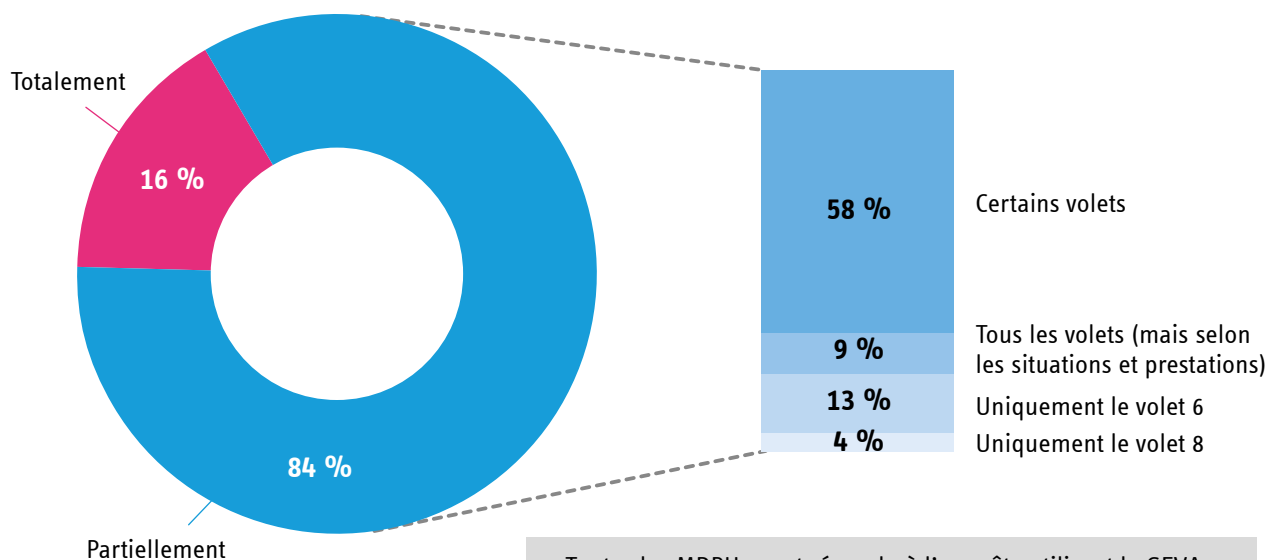
Source : CNSA, échanges annuels 2014.

Comme cela a pu être évoqué dans le rapport de l'année précédente, le choix du mode d'évaluation n'est pas en soi l'indicateur de la qualité de celle-ci. En effet, lorsque l'équipe de la MDPH dispose d'informations multidimensionnelles, suffisantes et convergentes sur la situation de la personne, il est tout à fait opportun de réaliser une évaluation dans les plus brefs délais à partir des éléments du dossier.

Cependant pour garantir l'homogénéité des approches en la matière, l'outillage du processus d'évaluation est essentiel. Si des travaux doivent être poursuivis en ce sens au niveau national, les MDPH mobilisent d'ores et déjà les différents outils nationaux ou locaux.

En premier lieu, la totalité des MDPH utilise le GEVA, même si cette utilisation est partielle pour 84 % d'entre elles. Ainsi 58 % des MDPH utilisent certains volets ; 13 % utilisent uniquement le volet 6 ; 9 % utilisent tous les volets, mais pour certaines demandes seulement ; et 4 % des MDPH utilisent seulement le volet 8.

Utilisation du guide d'évaluation des besoins (GEVA) Échantillon : 92 MDPH



- Toutes les MDPH ayant répondu à l'enquête utilisent le GEVA.
- 84 % d'entre elles l'utilisent partiellement, et 16 % totalement.
- Dans le cas d'une utilisation partielle du GEVA, 58 % des MDPH utilisent certains de ses volets, 13 % uniquement le volet 6, 4 % uniquement le volet 8 et 9 % utilisent la totalité des volets du GEVA, mais seulement pour certains publics et certaines prestations.

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

Outre le GEVA, les MDPH développent des outils complémentaires visant à faciliter le travail de l'évaluation. Il s'agit d'une part d'outils de recueil d'informations, le plus souvent GEVA-compatibles, et d'autre part d'outils d'aide à l'élaboration des réponses. Le bilan de l'utilisation du GEVA réalisé par la CNSA en 2013 a permis de constater que 79 % des MDPH utilisent un outil pour recueillir les informations à domicile. Il s'agit dans 30 % des cas du GEVA en tant que tel et, pour 39 % des MDPH ayant répondu, d'un outil *ad hoc* contenant des items du GEVA. Par ailleurs, 65 % des MDPH utilisent un outil pour recueillir et analyser les informations sur dossier. Il s'agit à nouveau du GEVA dans 16 % des cas et d'un outil *ad hoc* contenant des items du GEVA dans 31 % des MDPH.

Il convient toutefois de souligner que, tant au niveau national qu'au niveau local, les outils d'aide à l'élaboration des réponses demeurent limités. En effet, dans le cadre de l'étude du HCSP, il apparaît que le seul outil largement utilisé est l'arbre décisionnel RSDAE (près de 85 % des MDPH ayant répondu). Le guide PCH élaboré par la CNSA est utilisé dans 10 % des MDPH ayant répondu, et 7 % seulement ont élaboré des outils locaux de cette nature.



MDPH de la Seine-Maritime

La MDPH a également développé ses propres outils, pour compléter les référentiels nationaux. On peut citer l'outil d'aide à la détermination des besoins en aide humaine, au titre de la prestation de compensation du handicap, mis en place depuis 2011 (et actualisé en 2012).

MDPH de la Sarthe

Un référentiel PCH « adultes » a été validé conjointement avec la direction « autonomie et dépendance » du Conseil général dans le cadre de la mise en commun de la connaissance de la PCH pour les professionnels de la MDPH et du service prestations et aide sociale du département. Par ailleurs, dans la même perspective de mutualisation des connaissances un référentiel PCH « enfants » est en cours d'élaboration avec ledit service du Conseil général.

MDPH de l'Indre

Les outils d'évaluation de compensation du handicap utilisés par la MDPH sont principalement : le GEVA, guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée, le guide barème et l'outil d'éligibilité contenu dans le référentiel PCH. Des outils locaux portant sur l'évaluation de l'insertion professionnelle ont également été élaborés sur la base du GEVA.

b. Formation et soutien aux équipes d'évaluation

En complémentarité avec le déploiement d'outils d'évaluation et d'élaboration des réponses, la formation et l'encadrement technique renforcé des équipes contribuent à l'harmonisation des pratiques et au renforcement qualitatif de l'évaluation.

L'étude du HCSP a notamment permis d'identifier les axes de formation les plus prégnants : « Des temps de formation à la loi de 2005, aux concepts et fondamentaux (définition du handicap, CIF...), autour de l'utilisation des outils d'évaluation (GEVA ou autres) ou encore autour des droits et prestations pour les personnes handicapées ont été mis en place dans plus de 80 % des MDPH. [...] Les temps de formation autour des outils d'évaluation sont mis en place moins d'une fois par an ou une seule fois pour près de 60 % des MDPH. 83 % des répondants ont mis en place des temps de formation autour de l'éligibilité [autour de la PCH, du guide barème et de l'AAH/la RSDAE] [...] Les types de déficiences autour desquelles les MDPH ont le plus mis en place des temps de formations sont (par ordre d'importance) :

- L'autisme (79 % des répondants).
- Les troubles spécifiques des apprentissages et du langage (62 % des répondants).
- La déficience psychique (52 % des répondants). »

L'étude met d'ailleurs en exergue que, logiquement, les axes de formation autour des déficiences font écho aux difficultés éprouvées par les équipes d'évaluation, même si l'on constate un certain hiatus en matière de handicap psychique, qui constitue une source de difficulté pour 87 % des équipes, mais ne fait l'objet de formation que dans une MDPH sur deux : « Les MDPH précisent que les déficiences pour lesquelles les professionnels ressentent le plus de difficultés pour réaliser l'évaluation des besoins sont (par ordre d'importance) :

- La déficience psychique (87 % des répondants).
- Les troubles spécifiques des apprentissages et du langage (55 % des répondants).
- L'autisme (48 % des répondants). »

Afin d'harmoniser les pratiques et d'offrir aux professionnels des référentiels partagés, quelques MDPH évoquent la formalisation des procédures.



MDPH de la Gironde

[...] un classeur des procédures a été initié. Il présente un modèle harmonisé des procédures internes liées au traitement des demandes. Chaque agent peut donc se référer au classeur de son service qui rassemble les principales procédures validées par le service et la direction. Un référent par service est garant de la procédure.

MDPH des Pyrénées-Orientales

Les autres outils d'évaluation internes de la MDPH sont principalement constitués : des outils d'aide à la décision, qui constituent des procédures d'évaluations thématiques (détermination du taux d'incapacité, scolarisation, orientation professionnelle, prestation de compensation, orientation) ; les fiches de synthèse : ces fiches permettent à l'évaluateur de rédiger la synthèse de la situation de la personne et d'émettre des propositions à la CDAPH dans un plan personnalisé de compensation. [...] Tous ces outils internes ainsi que toutes les procédures de traitement, d'évaluation, de décision d'archivage... des demandes sont regroupés dans un guide exhaustif interne à la MDPH : le guide des procédures. Ce guide a pour objectif de définir précisément les différents processus de traitement ; il est aussi un document référence pour l'accueil des nouveaux arrivants.

Enfin, les MDPH mettent en place des temps d'échanges de pratiques pour les professionnels, en complémentarité avec les rencontres nationales organisées par la CNSA, qui sont souvent réservées aux cadres. L'étude du HCSP montre en effet que, sur les soixante-cinq MDPH ayant répondu à cette question, près de la moitié organise plus de quatre séances d'échanges de pratiques pour les professionnels par an et que toutes ont au moins un temps d'échange annuel pour les évaluateurs.

Les rapports d'activité des MDPH reviennent également sur ce sujet.



MDPH du Cher

L'équipe pluridisciplinaire réalisant les évaluations est composée de cinq travailleurs sociaux (conseillers handicap) et de quatre médecins. Ils sont tous en poste à la MDPH, confrontent et harmonisent régulièrement leurs pratiques à travers les réunions techniques hebdomadaires d'examen des demandes PCH ou d'autres réunions spécifiques. Les conseillers handicap sont affectés à temps plein sur la mission PCH. Ils bénéficient de l'appui régulier du responsable du pôle pluridisciplinaire, garant de l'harmonie des pratiques d'évaluation au sein de l'équipe.

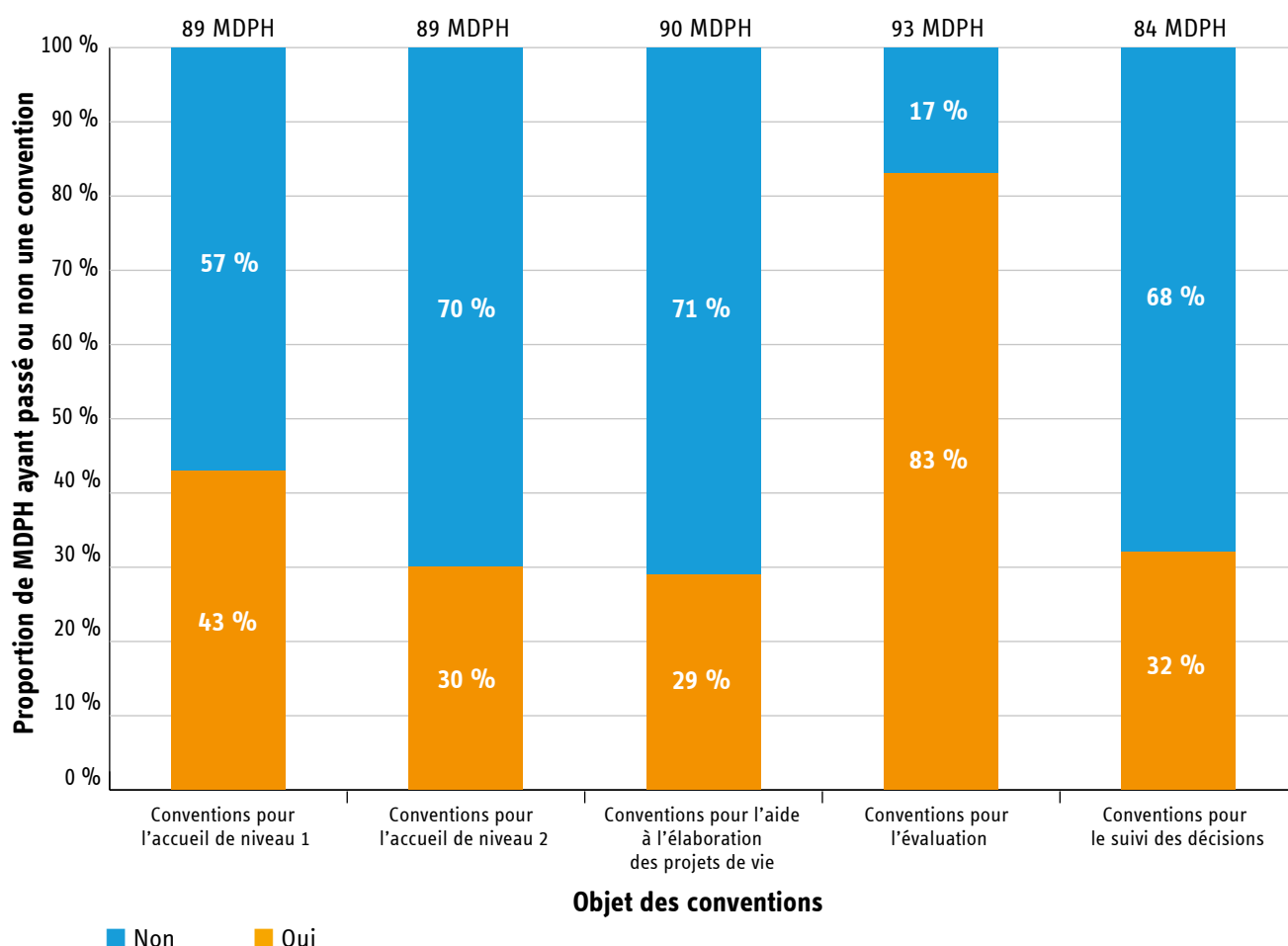
MDPH de Saône-et-Loire

De plus, les réunions d'équipe permettent aussi chaque mois de partager des questions difficiles ou nouvelles, des situations sensibles et d'adopter une position en consensus en se référant au cadre législatif, à l'aide apportée par la CNSA et aux pratiques d'autres MDPH si besoin.

c. Le partenariat au cœur des enjeux de qualité de l'évaluation

La qualité de l'évaluation, notamment dans la prise en compte de certaines problématiques, passe également par la mobilisation des partenaires, et l'on constate qu'il s'agit de l'axe de conventionnement le plus présent au sein des MDPH. En effet, 83 % des MDPH ont passé des conventions pour l'évaluation.

Conventions en vigueur en 2013 passées avec des partenaires par mission de la MDPH



- 43 % des MDPH ont passé au moins une convention pour l'accueil de niveau 1 et la grande majorité des MDPH (83 %) a passé une ou plusieurs conventions pour l'évaluation.
- 66 % des MDPH ayant une convention en vigueur pour l'évaluation disposent également d'une convention pour d'autre(s) objet(s) que l'évaluation.
- La quasi-totalité des MDPH (93 %) a passé au moins une convention avec un partenaire extérieur quel que soit son objet (échantillon : 86 MDPH).

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

L'étude du HCSP sur les modalités de l'évaluation dans les MDPH apporte des précisions complémentaires sur la mobilisation des partenaires dans le cadre des évaluations :

« Les profils de ces partenaires extérieurs les plus fréquemment mentionnés par les répondants sont :

- les organismes d'aide à l'insertion professionnelle ;
- les ESMS ;
- les acteurs de santé.

[L'Éducation nationale et les associations non gestionnaires d'ESMS étant toutefois impliquées dans plus d'un tiers des MDPH ayant répondu.]

La qualité des évaluations réalisées par des évaluateurs externes est majoritairement jugée satisfaisante pour l'ensemble des partenaires extérieurs. »

Les rapports d'activité évoquent également des partenariats variés, qui semblent être particulièrement développés en matière d'aides techniques.



MDPH de la Creuse

Cette équipe s'appuie, en sus, sur les services de prestataires conventionnés : le centre de rééducation et [de] réadaptation fonctionnelle de Noth (23) et le PACT Creuse.

MDPH du Territoire de Belfort

Afin de compléter le travail des ergothérapeutes dans leur travail d'évaluation des adaptations de logement, la MDPH a contractualisé depuis plusieurs années avec l'association Pact Arim.

MDPH de Saône-et-Loire

L'équipe peut faire appel pour compléter cette évaluation à des experts extérieurs :

- *psychologue, neuropsychologue, psychiatre, orthophoniste intervenant en tant que vacataire ou prestataire ;*
- *services de médecine physique et réadaptation (une convention a été passée avec l'un d'entre eux, une autre est en cours d'élaboration) ;*
- *services tels que SAMSAH [service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés], SAVS [service d'accompagnement à la vie sociale], SESSAD [service d'éducation spécialisée et de soins à domicile], hôpitaux peuvent être sollicités en tant que structures assurant un suivi des personnes qui font une demande de PCH.*

La MDPH a signé une convention de partenariat d'intérêt général avec le CITEVAM (service de la Mutualité française) pour les évaluations et les préconisations par des ergothérapeutes, particulièrement pour les éléments 1, 2 ou 3. En complément, un marché à bons de commande conclu avec Habitat et Développement permet de mobiliser l'expertise technique d'un conseiller en bâtiment pour les projets d'aménagement les plus complexes.

Les partenaires sont également mobilisés dans le cadre d'équipes d'évaluation élargies, notamment autour des problématiques spécifiques pour lesquelles les MDPH ne disposent pas de compétences adaptées. On note en effet qu'outre les équipes organisées par dominante de parcours de vie, certaines MDPH mettent en place des équipes autour de déficiences.



MDPH de l'Aisne

Les effets sur la qualité et la proximité de ces échanges ont été immédiats et ont facilité l'engagement de nouveaux professionnels au sein de l'équipe : mise en place d'une équipe examinant les situations de handicap psychique, avec participation d'un psychiatre de l'EPSMD [établissement public de santé mentale départemental] ainsi que d'un travailleur social. [...] Par ailleurs, encouragée par la plus-value apportée par la participation en équipe du centre ressources autisme et de l'UEROS [unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle], la MDPH a sollicité l'étendue de la participation des professionnels de l'accompagnement des personnes sourdes avec intervention selon les besoins (visites à domicile, équipe pluridisciplinaire, conseils...).

MDPH de l'Allier

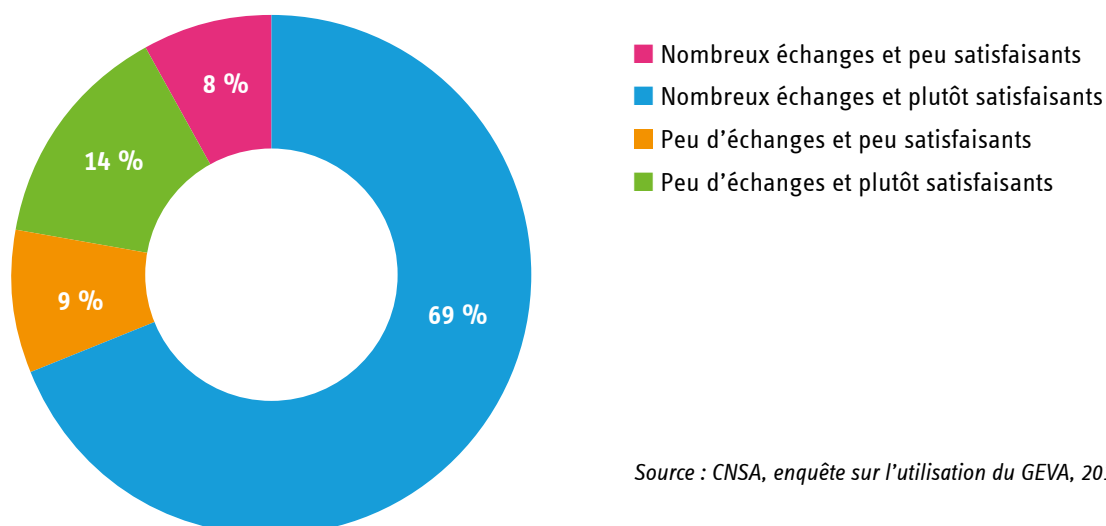
Pour les enfants, une nouvelle référente scolarité est arrivée en septembre 2013. Une réflexion a été menée sur les équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE) et le fonctionnement mené jusqu'en juin 2014. Il a été décidé de mettre en place des EPE spécifiques [dont] EPE troubles du comportement et psychiques.

Le rapport du HCSP fait le même constat : « Il est fréquent que des EP spécifiques autour de déficiences aient été mises en place. Ainsi, une EP autour de la déficience psychique existe dans la plupart des MDPH rencontrées. Plusieurs MDPH ont également mis en place (ou vont mettre en place) une EP autour des troubles spécifiques des apprentissages (TSA) (MDPH de Seine-Maritime, Haute-Vienne, Nièvre et Ille-et-Vilaine) ou encore autour de l'autisme/des troubles envahissants du développement (TED) (MDPH de Seine-Maritime, Nièvre et Ille-et-Vilaine). Les éléments recueillis via le questionnaire font apparaître que ces déficiences sont celles pour lesquelles les professionnels ressentent le plus de difficultés pour réaliser l'évaluation des besoins. »

Enfin, tout comme les rapports d'activité des MDPH, l'étude souligne le rôle des partenaires pour transmettre à la MDPH les éléments facilitant le travail de l'évaluation : « Des partenaires extérieurs alimentent les dossiers de demande des usagers (ajout de pièces dans le dossier permettant d'apporter des éléments complémentaires aux membres de l'EP chargés de l'évaluation) dans la quasi-totalité des MDPH ayant répondu (81 MDPH). Les partenaires les plus fréquemment cités sont l'Éducation nationale, les ESMS, les acteurs de santé (CMP, CRP, SSR, CHU...) et les organismes d'aide à l'insertion professionnelle. La majorité des MDPH (83 %) sont satisfaites de la qualité des échanges avec les ESMS au niveau de la transmission d'informations pour l'évaluation des situations individuelles et pour l'élaboration des réponses. »

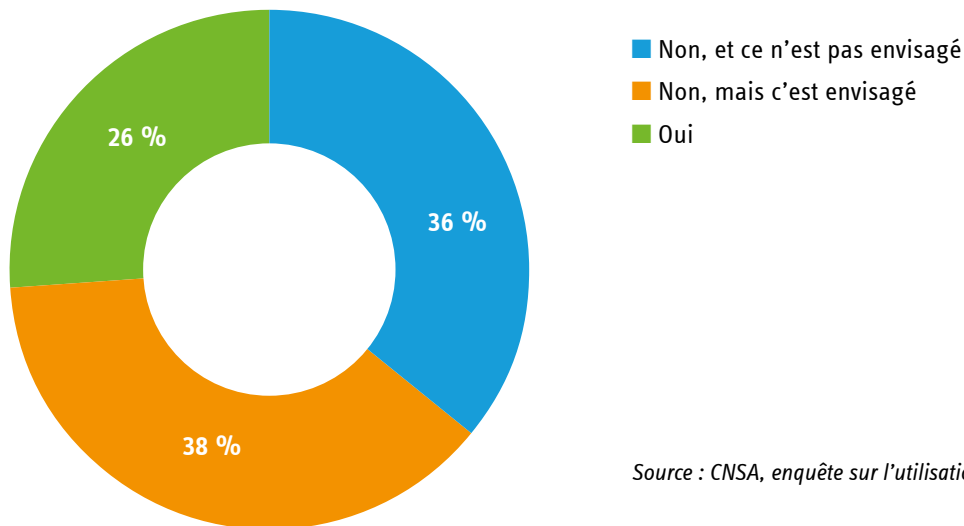
Les constats issus du bilan de l'utilisation du GEVA vont dans le même sens en ce qui concerne les ESMS. En effet, les MDPH sont majoritaires à définir leurs échanges comme « nombreux et plus satisfaisants ».

Appréciation des échanges entre MDPH et établissements médico-sociaux (74 répondants)



Ces échanges s'appuient d'ailleurs sur les outils GEVA-compatibles dans un quart des MDPH ayant répondu et près de la moitié des autres MDPH comptent travailler en ce sens.

**Utilisation par la MDPH d'outils GEVA compatibles
pour les échanges avec leurs partenaires
(74 répondants)**



Source : CNSA, enquête sur l'utilisation du GEVA, 2013.

Le bilan apporte par ailleurs quelques constats qualitatifs quant au développement de la culture commune entre les MDPH et leurs partenaires. S'il s'agit d'un processus lent et fragile à relancer sans cesse, on observe malgré tout des progrès en ce qui concerne l'appropriation de la définition de situation de handicap, la clarification des champs de compétences de chacun et la compréhension du « juste » niveau d'informations attendues par les MDPH.

Il faut cependant émettre un bémol lorsqu'on évoque la qualité des informations transmises aux MDPH. En effet, l'étude du HCSP a permis de mettre en lumière une difficulté souvent évoquée par les MDPH, celle de l'insuffisante qualité des certificats médicaux alors qu'il s'agit d'une pièce obligatoire et indispensable à l'évaluation : « Seuls 32 % des répondants estiment que les éléments indiqués dans le certificat médical sont suffisants pour réaliser l'évaluation des trois quarts ou de la totalité des demandes reçues à la MDPH. »

Focus sur le déploiement du GEVA-Sco

Dans leurs rapports d'activité, les MDPH reviennent sur le déploiement du GEVA-Sco, mis à disposition de l'ensemble des acteurs en septembre 2012 à la suite de l'expérimentation conduite en 2011.

Dans ce contexte de déploiement expérimental, certaines MDPH évoquent des difficultés dans l'appropriation et l'utilisation de ce nouvel outil et cherchent des adaptations locales en lien étroit avec l'Éducation nationale.



MDPH des Yvelines

Fin 2013, son utilisation est systématique. Il apparaît néanmoins que l'utilisation n'est pas toujours optimale et qu'il sera sans doute nécessaire de préciser de quelle façon il doit être renseigné.

MDPH de la Haute-Vienne

[...] aucune rubrique du GEVA-Sco ne permet de situer le niveau d'acquisition scolaire dans les domaines d'apprentissages fondamentaux. Ces données sont pourtant nécessaires pour certaines décisions, en particulier d'orientation.

MDPH de la Nièvre

L'utilisation du GEVA-Sco dans la Nièvre a été instaurée à la demande du DASEN [directeur académique des services de l'Éducation nationale] pour mise en place par les enseignants-référents à la rentrée 2013. [...] Le GEVA-Sco présente des items que l'on trouvait dans les formulaires précédemment utilisés, cependant l'outil comporte des limites dans le recueil des éléments selon l'âge et la pathologie. La grille ne permet pas toujours de recueillir des éléments qualitatifs, par exemple pas de lisibilité sur des acquis, les compétences ou niveau scolaire global de l'enfant [...] Globalement, les équipes déplorent une perte d'informations consécutive à la mise en place de ce document. Il en résulte des sursis pour demande de précisions complémentaires.

Ces témoignages mitigés sont assez peu nombreux et, de manière générale, on constate que l'outil est bien accueilli et en cours de déploiement dans le cadre d'un partenariat étroit entre les MDPH et l'Éducation nationale.

Certaines MDPH apportent déjà une appréciation qualitative par rapport à son utilisation.



MDPH des Côtes-d'Armor

Un travail a été mené en lien étroit avec la direction académique sur la mise en place d'un nouveau document support d'évaluation, appelé GEVA-Sco.

MDPH de la Loire

On peut déjà souligner que l'expérimentation du GEVA-Sco dans la Loire aura été un axe très fort en 2013. On peut même parler de deux axes complémentaires :

- *la mise en œuvre du GEVA-Sco dès janvier 2013 en ESS [équipe de suivi de la scolarisation] puis en équipe éducative sous l'impulsion déterminante de l'IEN-ASH [inspecteur Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés] avec un premier objectif de familiarisation à ce nouveau support recueil d'information. Les enseignants-référents ont beaucoup œuvré pour déployer ce nouvel outil, vaincre les difficultés et quelques résistances des partenaires. Pour ce faire, ils ont conçu un guide pratique d'aide au remplissage du GEVA-Sco. Le déploiement du GEVA-Sco est maintenant complet, chaque équipe éducative, chaque ESS l'utilisent ;*
- *l'expérimentation conduite par le bureau d'études GERONTO-CLEF. La Loire a été retenue avec neuf autres MDPH pour procéder à l'évaluation fine de l'outil GEVA-Sco et le rendre encore plus opérant (étude protocolaire sur le plan de la faisabilité et de la reproductibilité du GEVA-Sco).*

MDPH de la Guadeloupe

Il est à noter l'utilisation de l'outil d'évaluation GEVA-Sco par certains établissements, alors que la MDPH ne l'a pas encore validé. Une réunion de concertation s'est tenue entre la MDPH et l'inspection ASH, il a été décidé de mettre en place un groupe de travail sur cette question.

MDPH des Hautes-Pyrénées

Depuis le début de l'année 2012, et à titre expérimental, la MDPH utilise le GEVA scolaire pour évaluer la situation de tout jeune scolarisé. [...] Cet outil très complet présente l'intérêt d'être renseigné par des professionnels sur le terrain, au plus proche du jeune. Il sert de référence pour l'équipe chargée de l'orientation du jeune. L'utilisation du GEVA scolaire n'a été rendue possible qu'avec l'implication de la DASEN.

MDPH des Vosges

Le GEVA-Sco est maintenant utilisé couramment et pour toute demande de compensation scolaire qu'il s'agisse d'une première demande ou d'un renouvellement de compensation.

Le bilan du déploiement du GEVA réalisé par la CNSA a également permis d'identifier le niveau d'appropriation du GEVA-Sco par les partenaires. On constate ainsi que, pour 60 % des MDPH ayant répondu, les partenaires utilisent le GEVA-Sco, le plus souvent tant pour les premières demandes que pour les renouvellements. Seule une MDPH sur deux a pu identifier la part des GEVA-Sco reçue dans le cadre des demandes de parcours de scolarisation, mais pour près de moitié d'entre elles, cette proportion est supérieure à 50 %.

Par ailleurs, conformément aux tendances observées les années précédentes, les MDPH portent une attention particulière aux situations des jeunes à la limite des dispositifs pour enfants et pour adultes. Ainsi, les organisations dédiées aux jeunes adultes semblent se généraliser même si nous ne disposons pas d'informations consolidées sur plusieurs années. L'étude du HCSP met en évidence qu'il s'agit d'une véritable tendance : « 45 % des MDPH ayant répondu au questionnaire ont mis en place une équipe d'évaluation des situations des jeunes adultes (soit 37 MDPH), 15 % vont mettre en place prochainement une équipe de ce type. Parmi les équipes d'évaluation des situations des jeunes adultes existantes, près de la moitié (soit 16 MDPH) ont moins de 2 ans. »

Plusieurs MDPH mentionnent la mise en place de ces instances en 2013, leur adaptation ou encore des projets qui ont mûri et qui seront mis en place en 2014.



MDPH du Haut-Rhin

Courant avril 2013 a été finalisée la création d'un nouveau dispositif, la commission 16-25 ans. L'objectif de cette nouvelle précommission est de proposer des solutions adaptées aux besoins et aux projets de vie des jeunes en situation de handicap pour éviter les ruptures de suivi, accompagner vers la formation ou vers l'emploi. Ceci pour les situations nécessitant une réflexion commune dans le but de trouver des solutions adaptées. Le public visé : les jeunes repérés en rupture avec le milieu familial, scolaire et/ou professionnel ; sortis des dispositifs, à domicile sans accompagnement... Les partenaires participants à cette précommission sont : la maison des adolescents de Mulhouse (MDA), le centre de ressources autisme (CRA), les cinq missions locales du département, le SAMSAH à destination de la population handicapée psychique de l'Association régionale spécialisée d'action sociale d'éducation et d'animation (ARSEA), le service d'accompagnement régional des apprentis handicapés, l'aide sociale à l'enfance. Les partenaires participent au repérage, aident à l'analyse de la situation et au diagnostic, apportent leurs conseils techniques dans leurs champs d'interventions spécifiques. Ils participent à l'évaluation du projet (pertinence, moyens à mettre en œuvre...).

MDPH du Val-d'Oise

À partir de septembre 2013 : l'équipe technique jeunes adultes (ETJA) est complétée par de nouveaux partenaires (HEVEA, SIAMAT de Persan) afin d'évaluer les situations des jeunes adultes 16-25 ans. Ainsi, tous les milieux de travail, de formation et d'accompagnement pour les jeunes adultes seront représentés. L'ETJA est composée de :

- *la mission locale ;*
- *le DEP de Belle Alliance ;*
- *VPA/HEVEA ;*
- *SIAMAT ;*
- *l'équipe d'évaluation de la MDPH : un médecin, un psychologue pôle adulte, une enseignante coordinatrice du pôle enfants, une éducatrice spécialisée ;*
- *l'instruction : coordinateur.*

MDPH de la Côte-d'Or

L'ARS dans le cadre du schéma régional d'organisation médico-social a fixé comme objectif principal une amélioration de l'insertion professionnelle des jeunes 16-25 ans. [...] Afin de nourrir nos réflexions sur ces sujets, la MDPH a accueilli une stagiaire afin d'établir un état des lieux de la population d'une part, mais aussi de l'ensemble des partenaires gravitant autour de ces situations. À l'issue de ce travail, l'une des préconisations est la mise en place d'une EPI 16-25 ans favorisant le lien entre le secteur enfance et adulte.

MDPH de l'Ardèche

Nous avons le projet de créer une cellule 16-25 ans qui permettrait d'apporter une réponse plus ciblée pour ce public qui se trouve souvent en difficultés notamment sur le champ professionnel. Les problématiques rencontrées par les jeunes sont complexes, à la fois de par la situation de handicap, mais également par les multiples freins socioprofessionnels rencontrés (qualification insuffisante ou inadaptée, expérience professionnelle trop limitée, manque de maturité, ruptures de parcours, problématiques familiales et/ou financières, problème de mobilité...).

MDPH des Alpes-de-Haute-Provence

[Les orientations stratégiques 2014 prévoient d']organiser une équipe pluridisciplinaire pour ces jeunes handicapés, dite « équipe 16-25 ».

Concernant le public de jeunes adultes, on peut également mentionner les initiatives permettant d'apporter de meilleures solutions aux jeunes relevant de l'amendement Creton. À titre d'illustration, la MDPH de l'Eure met en place des journées de travail spécifiques « consacrées à l'étude des dossiers de jeunes en maintien en IME ou IMPRO, au titre de l'amendement Creton » alors que la MDPH de la Seine-Maritime a déployé un « référentiel d'évaluation des jeunes âgés de 18 à 20 ans ou relevant de l'amendement Creton, baptisé GEVA 18-20 + » qui « comprend une grille d'évaluation s'appuyant sur le GEVA, qui permet d'appréhender les capacités et difficultés des jeunes, ainsi qu'un bilan des stages et des démarches engagées afin de préparer leur orientation "adulte" ».

Enfin, les MDPH développent des liens privilégiés avec l'aide sociale à l'enfance (ASE). En effet, les enfants relevant des deux dispositifs sont relativement nombreux et présentent souvent des parcours complexes nécessitant une coordination accrue des partenaires institutionnels. Si le partenariat entre les deux services peut prendre des formes différentes – échanges d'information, formation des professionnels de l'ASE aux dispositifs relatifs au handicap, participation de l'ASE aux équipes pluridisciplinaires –, les MDPH ne sont pas très nombreuses à évoquer cette problématique dans leurs rapports d'activité.



MDPH de la Loire

Les jeunes âgés de seize à vingt-cinq ans suivis par le service de la protection de l'enfance du Conseil général pour lesquels il convient de travailler un projet professionnel. Il s'agit de définir un schéma de collaboration sur les dossiers communs aux deux services à travers quatre actions :

- *formation/information des professionnels de la protection de l'enfance par la MDPH : repérer à quel moment déposer un dossier à la MDPH et pour quel projet ;*
- *désigner, au sein de la MDPH, un interlocuteur pour faire le point sur des situations avant tout dépôt de dossier et, donc, toute réunion d'équipe ;*
- *organiser une instance de concertation pour les cas singuliers ;*
- *revoir les accès au logiciel métier.*

MDPH des Vosges

[La MDPH a été à l'initiative de] la réflexion autour de la problématique relative à la prise en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) des jeunes souffrant de troubles du comportement. [...] Il a été mis en place un certain nombre d'outils permettant d'obtenir les informations demandées. Ces outils sont des documents élaborés par les professionnels des EP [dont] la fiche de liaison ASE/MDPH remplie par l'ASE sur les demandes concernant l'enfant et sa situation sociale.

MDPH de Paris

Par ailleurs, le partenariat avec l'ASE de Paris a été formalisé dans le cadre d'un protocole de travail, qui désigne de part et d'autre des référents chargés de réguler et assurer le suivi des sollicitations réciproques.

d. La place de l'utilisateur tout au long du traitement de sa demande : des efforts continus et des marges de progrès certaines

Un des fondamentaux de la loi de 2005 réside dans l'affirmation de la place active de l'utilisateur dans son parcours. Trois principaux outils sont à disposition des MDPH et des usagers pour structurer leur relation et faciliter l'expression de ce dernier : le projet de vie, le plan personnalisé de compensation et la possibilité d'audition en CDAPH.

Sur ces trois axes, on note un investissement certes variable, mais constant des MDPH.

En ce qui concerne le projet de vie, les rapports d'activité font toujours le constat de leur insuffisante appropriation par les personnes en situation de handicap, même si des progrès sont notés sur certains territoires.



MDPH du Finistère

Peu de personnes élaborent un projet de vie.

MDPH de Tarn-et-Garonne

Comme l'année dernière, il n'est pas possible de comptabiliser le nombre de projets de vie. Le logiciel IODAS ne permet pas l'enregistrement de cette information. Toutefois, une tendance se confirme : il y a peu de projets de vie complétés.

MDPH de la Sarthe

Le projet de vie n'est pas systématiquement complété par les demandeurs de prestations.

MDPH du Calvados

Le nombre de projets de vie exprimés continue de croître ; 6 568 projets de vie ont été exprimés, ils concernent 45,28 % des situations présentées en CDAPH.

MDPH de la Haute-Marne

Aujourd'hui, on peut dire que les personnes en situation de handicap utilisent de plus en plus cette partie du dossier unique, sur leur propre initiative ou avec notre aide.

MDPH de la Guyane

On constate cependant que cette notion se précise et que les personnes complètent elles-mêmes, de plus en plus souvent, la partie réservée à l'expression de leur projet de vie dans le CERFA de demande.

Certaines MDPH investissent cette problématique en mettant en place des dispositifs ou outils spécifiques, parfois en s'appuyant sur le réseau partenarial.



MDPH du Puy-de-Dôme

Afin de faciliter son expression, les services de la MDPH du Puy-de-Dôme ont consacré un de leurs bulletins d'information à cette thématique.

MDPH des Pyrénées-Atlantiques

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.

MDPH des Hautes-Pyrénées

Élément phare de la loi 2005, la MDPH 65 a souhaité inscrire cette notion dans le projet d'établissement. Ainsi en octobre 2012, l'équipe a été formée afin de recueillir au mieux la formulation du projet de vie. En 2013, un travail avec les associations a abouti à la rédaction d'une fiche d'information accompagnant le formulaire de demande.

MDPH de Saône-et-Loire

La réflexion s'appuie également sur l'expression du projet de vie de la personne et sur la fiche d'autonomie conçue par la MDPH et remplie en auto-évaluation par le demandeur ou son entourage si besoin. Elle permet d'éclairer l'équipe sur la perception de la personne par rapport à ses besoins et de confronter ces éléments aux autres données (médicales, médico-sociales...).

MDPH de Meurthe-et-Moselle

Les coordonnées des différents partenaires associatifs sont systématiquement transmises dans tout dossier de demande et offrent à l'usager la possibilité d'échanger avec un tiers sur sa demande et son projet de vie.

MDPH de la Savoie

[La MDPH a remis] en route le groupe de travail avec les associations référentes pour l'expression du projet de vie, des attentes et des besoins.

MDPH de l'Isère

[La MDPH a développé les permanences d'accueil approfondi territorialisé] les usagers y trouvent des réponses aux situations les plus complexes (étude des droits, aide à l'élaboration du projet de vie, orientation vers les autres dispositifs...). 1 765 permanences ont été effectuées en 2013. 3 127 personnes ont été reçues, 2 863 adultes et 266 situations d'enfants handicapés.

MDPH de la Guyane

Le psychologue de la MDPH a initié un travail de réseau avec le CMP [centre médico-psychologique] autour de la notion de « projet de vie » : les réunions ont été riches. Elles ont permis d'esquisser un travail de réflexion qui demande à être contractualisé avec le centre hospitalier Andrée Rosemon.

On note d'ailleurs qu'un peu moins d'un tiers des MDPH ont des conventions avec des partenaires pour aider les usagers dans l'élaboration de leur projet de vie.

Cependant, les MDPH intègrent plus généralement cette mission dans les fonctions des agents d'accueil voire, dans certaines MDPH, dans les fonctions des évaluateurs.



MDPH de la Côte-d'Or

Même si l'aide à la formalisation du projet de vie n'est pas actuellement mise en œuvre de façon spécifique par la MDPH, des conseils et aides au remplissage sont néanmoins délivrés quotidiennement au téléphone ou à l'accueil physique par les agents d'accueil de la MDPH.

MDPH de Loir-et-Cher

La MDPH de Loir-et-Cher est dotée de deux postes d'assistantes sociales dédiés exclusivement à l'information, aux conseils et à l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches dans leurs démarches, notamment pour l'élaboration du projet de vie et pour le suivi de la mise en œuvre des décisions de la CDAPH. De même, les agents d'accueil sont fréquemment sollicités pour un accompagnement dans le remplissage des formulaires.

MDPH de Maine-et-Loire

Ce sont les conseillères accueil, les coordonnateurs « insertion professionnelle » ou « scolarisation », les évaluateurs-coordonnateurs PCH et ESMS adultes, les assistantes sociales voire les médecins qui soit peuvent initier cette démarche de définition de projet de vie, soit l'accompagner.

MDPH de la Lozère

Lors des rencontres avec les usagers, les membres du service évaluation affinent le projet de vie de la personne, qui n'est pas toujours clairement exprimé dans le formulaire de demande, et proposent, s'il y a lieu, aux personnes de compléter leur demande initiale de manière à faire étudier l'ensemble des droits possibles.

Les plans personnalisés de compensation, dont l'envoi à chaque demandeur est prévu par les articles L. 146-8 et R. 146-29 du Code de l'action sociale et des familles, constituent un support important pour engager un échange avec l'utilisateur en amont de la transmission du dossier en CDAPH. Cependant, il s'agit d'un outil qui n'est pas utilisé systématiquement compte tenu des moyens dont disposent les MDPH.

Si ce constat était déjà fait les années précédentes, l'étude du HCSP met en lumière les critères de priorisation retenus par les MDPH pour l'élaboration des PPC : « Les principaux critères utilisés sont ceux de certains types de demandes – 63 % des MDPH élaborent les PPC uniquement pour certaines prestations et notamment la PCH – ainsi que le désaccord entre la demande de l'utilisateur et la proposition formulée par l'équipe pluridisciplinaire, critère mobilisé par un quart des MDPH répondantes. La notion de complexité et/ou la nécessité de se rendre sur le lieu de vie dans le cadre de l'évaluation sont évoquées par près d'une MDPH sur dix. En revanche, les MDPH sont peu nombreuses à affirmer élaborer le PPC pour toutes les demandes (6 %) ou tous les refus (6 %). »

Les rapports d'activité corroborent ces constats.

**MDPH de la Haute-Saône**

Il est également à noter que la charge de travail ne permet pas à la MDPH d'adresser systématiquement un projet personnalisé de la compensation complet à la personne. En revanche, pour chaque passage en CDAPH d'une PCH, la proposition de l'équipe pluridisciplinaire est systématiquement envoyée à la personne au moins quinze jours avant. Cet envoi est mis à profit pour l'informer des autres droits éventuellement soumis à cette même instance.

MDPH de l'Aveyron

À la rentrée 2013, 100 % des élèves scolarisés en milieu ordinaire étaient bénéficiaires d'un PPS défini par la CDAPH. [...] Le plan personnalisé n'est formalisé que pour les enfants et la PCH.

MDPH des Hautes-Pyrénées

[L'élaboration du PPC] a fait l'objet d'une réflexion toute particulière dès la mise en place de la MDPH, le PPC est réalisé systématiquement pour toute demande enfant et pour les demandes adultes faisant l'objet d'une instruction en CDA plénière.

MDPH du Finistère

Pour toutes les situations complexes et notamment les PCH, un plan de compensation est élaboré après la visite à domicile et proposé à l'utilisateur quinze jours avant la réunion de la CDAPH, afin de lui permettre de formuler ses observations éventuelles.

MDPH du Rhône

Aussi, depuis 2011 et la bascule des prestations enfants sous IODAS, les PPC ne sont envoyés que si la proposition de l'équipe est différente de la demande, qu'il s'agisse de prestations enfants ou adultes.

Si la priorisation s'impose compte tenu des moyens limités des MDPH, l'absence de critères partagés suscite des interrogations, mais semble difficile à pallier compte tenu du caractère obligatoire du PPC dans les textes.

Il en est de même des auditions en CDAPH. Les critères d'information des usagers sur la possibilité d'y assister ainsi que les modalités de l'audition sont variables et insuffisamment renseignés dans les rapports d'activité.

On constate toutefois, comme les années précédentes, une volonté de certaines MDPH de faciliter l'expression des usagers, notamment en mettant en place des formations restreintes de CDAPH en dehors des commissions plénières.



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 la Côte-d'Or

La CDA a choisi de mettre en place une organisation lui permettant de recevoir, la veille des séances de CDA décisionnaires, 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. Ces membres reçoivent, dans un cadre favorisant l'écoute et le dialogue, toute personne qui en a exprimé la demande auprès de la MDPH. Ce comité restreint ne se substitue pas à la CDA, ne prend pas de décision, mais rapporte devant la CDA les propos de la personne qui a été entendue. [...] Afin d'organiser ce comité, un groupe de travail réunissant des membres de la CDA et de la MDPH a élaboré un règlement intérieur, une procédure, une trame d'entretien. L'ensemble de ces documents a été validé par la CDAPH.

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 représentant de l'État et d'un représentant d'associations.

MDPH des Pyrénées-Orientales

[La CDAPH] se réunit localement en deux formations : hebdomadairement en formation plénière pour l'étude de l'ensemble des demandes ; mensuellement en formation spécialisée lorsqu'une personne a souhaité se faire entendre par la CDA, notamment dans le cadre des recours gracieux.

MDPH du Puy-de-Dôme

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées reste organisée en :

- *une commission plénière, composée de vingt-trois membres. Elle se réunit désormais chaque premier et troisième mardi de chaque mois et statue sur toutes les demandes ;*
- *une commission d'audition restreinte dont la composition n'est pas arrêtée de manière précise, mais qui réunit généralement au moins trois représentants associatifs et un représentant institutionnel. Cette instance est réunie à chaque fois qu'un bénéficiaire souhaite être reçu en CDAPH et n'exige pas une réception en commission plénière.*

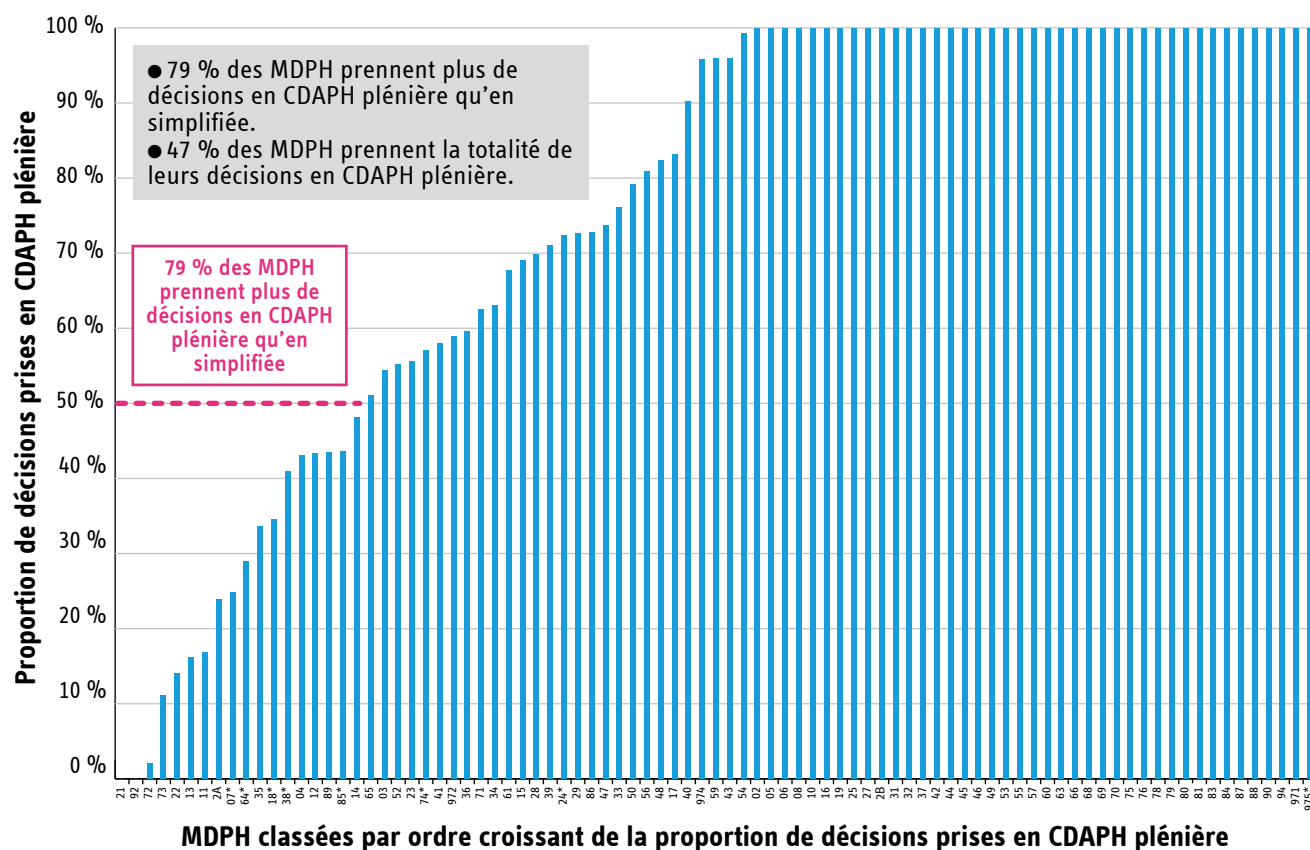
MDPH de Meurthe-et-Moselle

Une formation restreinte composée de cinq membres (État, deux représentants du département, deux représentants des associations) [est] chargée d'entendre les personnes qui le souhaitent ou celles qui sont invitées par la CDAPH. Cette formation n'est pas décisionnelle, mais propose à la formation plénière de l'après-midi des décisions. Quatre personnes au maximum sont reçues par commission.

e. Les CDAPH gardent un fonctionnement hétérogène, mais se professionnalisent

Dans la continuité des constats des années précédentes, le fonctionnement des CDAPH demeure hétérogène, ce dont peut témoigner la mobilisation très variable des CDAPH simplifiées. 47 % des MDPH n'en ont pas mis en place. Et lorsqu'elles existent, la part des décisions concernées varie de 5 % à la quasi-totalité des décisions.

Part des décisions prises en CDAPH plénière en 2013
Échantillon : 87 MDPH



Il arrive que certains départements soient repérés avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte, mais approximative.

Source : CNSA, échanges annuels 2014.

Les informations fournies sur les CDAPH dans les rapports d'activité sont, elles aussi, hétérogènes et une analyse plus fine nécessiterait une étude spécifique sur les règlements intérieurs et le fonctionnement effectif des CDAPH.

On constate toutefois le maintien de la dynamique de professionnalisation, d'autant plus importante que de nombreux membres de CDAPH ont été renouvelés en 2012.

Trois types de leviers sont mobilisés par les MDPH. Premièrement, les membres de CDAPH peuvent bénéficier de formations. Deuxièmement, les temps d'échanges entre les équipes pluridisciplinaires permettent de renforcer la cohérence d'ensemble du fonctionnement de la MDPH et contribuent à une meilleure maîtrise du cadre réglementaire par les membres de la CDAPH. Enfin, les échanges entre les membres de la CDAPH et d'autres acteurs du territoire permettent de renforcer la connaissance réciproque et par conséquent la pertinence des décisions.



MDPH de la Lozère

Des formations régulières sur les dimensions générales, le cadre réglementaire et les ressources du territoire (dispositifs existants) à destination de la CDAPH ont été mises en place en 2013.

MDPH du Cher

En juin 2013, les membres de la CDA plénière ont bénéficié d'un temps de formation sur les critères d'attribution de l'AAH et particulièrement des modifications apportées par le décret du 16 août 2011. Cette présentation générale avait pour objectif de donner aux membres de la CDA une connaissance actualisée des éléments de la loi, nécessaires pour étudier et proposer une décision sur l'ouverture ou le rejet de l'AAH.

MDPH du Pas-de-Calais

Enfin, précisons que les temps d'échanges et d'actualisation des connaissances des membres de la CDAPH ont également été développés : les temps de travail sans dossier ont notamment été importants pour la CDA vie quotidienne, nouvellement créée (la formation plénière et les neuf CDA locales ont bénéficié d'une formation équivalente à trente-neuf jours/homme). Les autres commissions ont également bénéficié à leur installation d'un temps d'information/formation en rapport avec leur domaine de compétence. Un mémento reprenant l'ensemble des principes et critères d'éligibilité des différentes prestations a ensuite été remis à chaque membre (titulaire ou suppléant), pour toutes les formations. Des temps d'échange ont aussi été organisés sur les AAH, RQTH, ORP (pour la CDA insertion professionnelle), les AVS-i (pour la CDA scolarisation). D'autres sujets sont en préparation pour des séances ultérieures, comme les orientations en IME et les orientations en SESSAD.

MDPH de la Haute-Savoie

En 2013, deux réunions spécifiques [dites « CDAPH extraordinaires »] permettant des échanges sur les pratiques et la transmission d'informations en dehors des séances consacrées au traitement des dossiers ont été proposées aux membres de la CDAPH, titulaires et suppléants, ainsi qu'aux conciliateurs. Ont ainsi eu lieu :

- *le 21 mai 2013, la CDAPH extraordinaire habituelle consacrée au bilan d'activité 2012 ;*
- *[...]*
- *le 17 octobre 2013, une CDAPH extraordinaire permettant de faire un point sur :*
 - *les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) : leurs missions, le public accueilli, les prises en charge proposées.*
 - *l'équipe mobile du DEAT 74 (dispositif expérimental d'accueil transitoire 74) à un an de son ouverture. Le bilan des admissions et des modalités de prises en charge a été présenté par la directrice de la protection de l'enfance du Conseil général et par l'inspectrice principale en charge du handicap et du grand âge à l'agence régionale de santé.*

MDPH de la Guyane

Un groupe de travail portant sur l'appropriation de la notion de RSDAE et du taux d'incapacité a été mis en place en avril 2013 avec les membres de la CDAPH. Les débats ont été riches et fructueux, ils ont permis d'aborder des questions de fond et des situations complexes.

MPH de Mayotte

Trois réunions techniques avec les membres de la commission pour échanger sur le fonctionnement des CPH (les plannings, les convocations...), le règlement intérieur. Ces réunions sont également l'occasion de revoir les activités de la commission (la rédaction des notifications, les procédures d'évaluation des demandes...). Elles sont aussi des espaces d'échanges sur les prestations et les conditions d'éligibilité, proposés par les organismes partenaires qui sont par ailleurs représentés aux commissions des personnes handicapées.

Enfin, les MDPH continuent pour certaines à formaliser les recueils de jurisprudence qui sont un outil au service de l'équité de traitement des usagers, mais également de l'efficacité du dispositif.



MDPH de Meurthe-et-Moselle

Le document constitutif de la jurisprudence de la commission, reprenant l'ensemble des décisions de principe, s'est enrichi au fil des réunions. Il n'a pas vocation à automatiser les décisions, mais contribue à ériger un ensemble de règles communes garantissant la continuité des orientations de la commission et leur application équitable dans notre département (consultable sur le site MDPH avec accès réservé aux membres de la CDAPH).

MDPH des Pyrénées-Atlantiques

La commission plénière trimestrielle est réservée à l'examen des dossiers complexes sans précédents, afin d'établir la jurisprudence fondant ensuite les décisions des sections locales et spécialisées [...].

Cette démarche demeure rare. À titre d'illustration, seules 12,5 % des MDPH ayant répondu à l'enquête dans le cadre de l'étude du HCSP affirment avoir une capitalisation de la doctrine locale ou un suivi de la jurisprudence locale issue des décisions de la CDAPH (la majorité des MDPH n'ayant pas répondu à cette question).

f. La démarche qualité se développe au sein des MDPH

De manière transversale, les rapports d'activité font état de réflexions sur la qualité du service rendu à l'utilisateur. Leur état d'aboutissement est variable, d'un début de réflexion à la labellisation en passant par la conduite d'enquêtes de satisfaction accompagnées de plans d'amélioration. Ce type d'initiatives est d'autant plus à valoriser, car le dispositif de mesure de satisfaction des usagers, porté par la CNSA, a été mis en veille du fait du nombre limité de retours de la part des usagers. Dans la perspective de la conception d'un nouveau dispositif, ces initiatives locales constituent un véritable atout.



MDPH de la Loire

[L'enquête de satisfaction « accueil »] a été confiée à un stagiaire en seconde année de BTS en services et prestations des secteurs sanitaires et social. Objectifs :

- *alimenter avec des données réelles la démarche de diagnostic du service à l'utilisateur Maison Loire Autonomie ;*
- *appréhender les difficultés rencontrées par l'utilisateur.*

MDPH des Ardennes

Prolongeant la démarche d'évaluation initiée en 2012, l'année 2013 a permis de concrétiser les actions suivantes : achèvement de l'enquête de satisfaction auprès de 1 400 usagers et analyse des éléments recueillis, conduite d'entretiens et interviews avec les acteurs du champ du handicap, analyse des données d'enquêtes auprès des acteurs du champ du handicap, croisement des données au regard des objets d'évaluation et des « cibles », élaboration du rapport d'évaluation du projet MDPH, mise en œuvre des premiers ajustements des pratiques.

MDPH des Deux-Sèvres

Cette qualité de service a d'ailleurs été mise en valeur par l'enquête réalisée auprès des usagers de la MDPH avec une note globale de satisfaction de 14,5/20. Cette enquête permet d'affirmer que la MDPH 79 remplit bien le cœur de sa mission, à savoir favoriser l'accès aux droits des personnes en situation de handicap. La notion de guichet unique est donc bien une réalité dans notre département, mais il reste toutefois à en définir de façon plus précise les contours, du fait du contexte évoqué ci-dessus, et des attentes des usagers. Ce sera le principal objectif de la réflexion qui sera entamée en 2014 et qui devra permettre de proposer une actualisation du projet d'établissement de la MDPH, conforme aux exigences fixées par la commission exécutive (COMEX). [...] À l'issue de cette enquête et après croisement entre l'enquête de satisfaction et des parcours de vie étudiés, plusieurs pistes de travail ont été indiquées par le directeur de recherche.

MDPH de Paris

En dépit des difficultés relatives aux délais, la MDPH s'est engagée avec succès en 2013 dans la démarche QualiParis. Un important travail de réflexion sur les indicateurs de qualité, au-delà des seules fonctions d'accueil, a été conduit avec l'implication de référents qualité désignés dans chaque pôle et a abouti à l'adaptation du référentiel aux spécificités de la MDPH. Le label a été obtenu en décembre 2013 suite à un audit AFNOR. [...] 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. En 2013, dans le cadre de QualiParis, une enquête spécifique a été conduite auprès d'un panel d'usagers des différents accueils. Il en ressort sans surprise une satisfaction globale avec des points d'insatisfaction concentrés sur la thématique des délais.

Notons les démarches particulièrement novatrices visant à associer de manière plus active les usagers dans le cadre des réflexions sur la qualité de service.



MDPH des Pyrénées-Orientales

La MDPH a installé un comité des usagers représentatif de tous les handicaps chargé de travailler sur des sujets les concernant directement. Ainsi, plusieurs ateliers de travail ont eu lieu pour créer une enquête de satisfaction, des supports d'information sur la MDPH et les prestations ou encore réfléchir à l'amélioration de l'accessibilité de l'accueil ou à la simplification des courriers.

MDPH du Val-d'Oise

La restructuration de la MDPH s'est engagée dans la perspective de la construction d'un nouveau bâtiment d'ici à fin 2013. [...] Au-delà du regroupement des services de la MDPH sur un seul et même site, ce projet doit aussi aboutir à une amélioration du service rendu aux usagers et des conditions de travail des agents. Le Conseil général a saisi cette occasion pour engager à l'automne 2011 une démarche innovante, dite de « design service », qui consiste à mettre au cœur des préoccupations les besoins des utilisateurs (usagers et agents), par le biais d'une approche pluridisciplinaire et participative, d'observation, d'expérimentation/prototypage, et de scénarios/recommandations. L'équipe [...] composée de sociologues, designers et architectes [...] est intervenue par le biais de plusieurs périodes d'immersion sur les trois sites de la MDPH : entretiens avec des usagers et des agents, ateliers créatifs pour partager les diagnostics, faire émerger collectivement des idées d'améliorations possibles, les tester, et formuler des préconisations pour la mise en place grande nature des projets, dans la perspective d'un nouveau bâtiment fin 2013.

MDPH d'Ille-et-Vilaine

Fin 2013, à la faveur du projet d'administration du Conseil général et en particulier son axe 7, intitulé « Renforcer le rôle et la place des usagers de l'action sociale », il a été proposé la mise en place d'un comité d'usagers de la MDPH. Les prémices de cette réflexion ont été posées fin 2013. Elle doit concerner également de telles instances dans quatre centres départementaux d'action sociale volontaires pour cette expérimentation.

4. Des ambitions qualitatives qui vont au-delà du traitement des demandes

Les rapports d'activité des MDPH rendent compte de la richesse des initiatives territoriales dont elles sont parties prenantes. Alors même qu'elles évoluent dans un contexte contraint, elles ne se limitent pas aux missions de traitement des demandes, mais contribuent activement à l'évolution qualitative des dispositifs pour personnes handicapées en engageant des actions de communication, en se mobilisant en matière de prévention des ruptures de parcours, en fournissant aux décideurs des éléments sur les besoins des publics...

a. Communication proactive sur le territoire

Compte tenu de leur rôle charnière en matière d'accès aux droits, les MDPH doivent faire face à deux enjeux : d'une part, faciliter l'accès à la MDPH aux personnes en situation de handicap relevant des dispositifs dont elle a la responsabilité et d'autre part, être en capacité de réorienter l'utilisateur vers d'autres dispositifs lorsqu'il ne relève pas d'elle. Cette articulation n'a rien d'évident, car elle implique :

- une communication active sur le territoire pour éviter le non-recours tout en cadrant le périmètre des missions de la MDPH ;
- la structuration de la fonction d'information et d'orientation au sein de la MDPH, sans pour autant la positionner en tant que point de passage obligatoire pour tous les dispositifs en lien avec le handicap.

Sur le premier versant, les MDPH s'engagent depuis de nombreuses années en participant aux événements sur le handicap, en engageant des campagnes de sensibilisation et d'information et en participant aux dispositifs de formation des professionnels sur le handicap.

Les actions sont caractérisées par une grande diversité qui reflète sans aucun doute les spécificités des territoires. Cependant, on peut constater un fort investissement de la problématique de l'emploi et l'émergence de l'implication des MDPH sur le champ de l'accessibilité. Par ailleurs, les efforts de formation sur le handicap concernent particulièrement les professionnels sociaux et sanitaires pouvant servir de relais pour orienter au mieux les usagers en situation de handicap.



MDPH de l'Oise

Pour la quatrième année consécutive, les services de la MDPH ont accueilli et participé activement aux semaines de sensibilisation aux handicaps organisées au mois de mars 2013. Ces rencontres, chères à la MDPH, permettent de sensibiliser les différents publics – collégiens, professionnels en formation, étudiants infirmiers, travailleurs sociaux... – aux questions de l'accessibilité au sens large. Des temps d'échange en présence de représentants associatifs, des ateliers, des mises en situations pratiques via la mise en place d'un parcours d'accessibilité ont rassemblé plus de 200 personnes en 2013.

MDPH de l'Ain

Par ailleurs, les quatre journées d'information à destination des partenaires (quatre-vingt-quatorze inscrits en 2013 contre quatre-vingt-six en 2012 et soixante-quatre en 2011) restent l'élément principal de communication détaillée sur l'action de la MDPH vis-à-vis des partenaires. [...] Ce dispositif permet de favoriser une dynamique de partenariat avec des professionnels et élus d'institutions très différentes et d'améliorer la compréhension d'un dispositif dont les moyens d'action... et les limites, huit ans après sa création, restent trop méconnus, y compris des professionnels.

MDPH du Cantal

Dans le cadre de son action de sensibilisation des professionnels au handicap, la MDPH dispense annuellement une information (durée trois heures) à l'Institut de formation des soins infirmiers (IFSI). Pour ce qui concerne la communication et la sensibilisation du grand public, la MDPH a participé avec le département et le collectif partenariat handicap 15 (CPH15) aux actions suivantes :

- *journée internationale du handicap, le 3 décembre 2013 ;*
- *soirée cinéma à Mauriac, le 13 décembre 2013, autour du film « Gabrielle » suivi d'un débat sur le syndrome de Williams et des témoignages.*

Par ailleurs, la référente insertion professionnelle de la MDPH participe aux ateliers « maintien dans l'emploi » organisés par la CARSAT.

MDPH de la Marne

Les actions de sensibilisation et de communication autour de la thématique handicap, portées par la MDPH ont été menées au travers des rendez-vous habituels développés depuis plusieurs années par les équipes. Il s'agit notamment de :

- *rencontres avec les étudiants en médecine en quatrième et sixième année de la Faculté ;*
- *colloque du CAMSP [centre d'action médico-sociale précoce] ;*
- *la semaine pour l'emploi (différentes manifestations) en novembre ;*
- *[rencontre avec] les étudiants de l'IRTS ;*
- *[rencontre avec] La Poste auprès de la DRH sur des actions à initier concernant la RTH.*

MDPH de Mayotte

Depuis trois ans, la MPH développe une stratégie de communication sur le handicap. [...] Des stands d'informations sur l'accès aux droits ont été organisés également en partenariat avec des centres communaux d'action sociale. Chaque année, la MPH apporte également son concours aux opérations « grand public » initiées par les partenaires et concernant la sensibilisation sur le handicap et l'information générale des familles sur les droits et prestations. [...] À l'occasion de la semaine pour l'emploi des personnes reconnues travailleurs handicapés, la MPH a réalisé une matinale durant laquelle les différents acteurs d'insertion professionnelle de ce public ont présenté les offres déployées par leur structure. Il s'agissait d'expliquer les mesures mises en œuvre pour favoriser l'emploi des personnes travailleuses handicapées, par l'emploi, la création d'une activité et par le maintien en emploi.

MDPH du Tarn

L'équipe de direction a poursuivi ses interventions auprès de divers partenaires, associatifs, institutionnels, pour présenter les missions, prestations et procédures relevant de la MDPH : organisation d'un forum, porté par la CAF, sur le sujet de l'autisme, interventions dans les écoles d'assistantes sociales, d'infirmières, participation aux formations des assistants familiaux, participation à deux émissions de radio, l'une sur l'autisme, l'autre sur le handicap auditif et participation au conseil local de santé mentale, créé pour le secteur albigeois.

MDPH de la Vendée

Les professionnels de la MDPH ont apporté leur concours à l'occasion de certaines formations (animateurs, aides médico-psychologiques, AVS, assistants familiaux) et dans plusieurs établissements scolaires (lycées, centres de formation des apprentis, maisons familiales rurales). Plusieurs interventions ont également lieu à l'IFPS, l'école supérieure des métiers du social, élèves infirmiers, assistants sociaux et éducateurs spécialisés, au CEAS, au CEFRAS. Le RIP [réfèrent pour l'insertion professionnelle] a participé à un forum emploi formation. L'ergothérapeute de la MDPH participe aux commissions d'attribution du label HANDIBAT accordé aux artisans et entreprises volontaires et spécialement formés à l'accessibilité du bâti.

MDPH du Var

La MDPH a organisé un plan d'action visant à améliorer la transversalité notamment entre les professionnels du Conseil général (UTS et direction de l'autonomie) et la MDPH.

Une formation, destinée aux professionnels du Conseil général, assurée par les cadres de la MDPH sur les dispositifs « personnes handicapées » et les missions de la MDPH a été incluse dans le plan de formation du Conseil général. Trois séances de formation ont été organisées en 2013 auprès de quatre-vingt-huit travailleurs sociaux ; une adresse mail « secrétariat MDPH » a été créée pour répondre aux questions des partenaires. 275 messages ont été reçus et ont fait l'objet d'une réponse ; une plaquette d'information sur la MDPH a été éditée et transmise aux UTS et aux principaux CCAS du département.

En complément de ces efforts de communication proactive, certaines MDPH s'engagent sur la structuration de leurs efforts d'information et d'orientation des usagers qui s'adressent à leurs accueils. Des démarches de refonte des sites Internet et d'élaboration de supports d'information formalisés sont nombreuses, mais certaines MDPH vont plus loin en se positionnant en tant que véritables centres ressources pour les personnes en situation de handicap, et en mettant à leur disposition des informations qui vont au-delà des dispositifs qui relèvent de la MDPH.

Le département de l'Isère figure parmi ceux qui ont historiquement développé cette mission : « En tête de réseau, au sein de la Maison départementale de l'autonomie, le centre ressource départemental de l'autonomie (CERDA) est la porte d'entrée pour les usagers et les professionnels : il accueille les personnes concernées par l'âge et le handicap (accueil téléphonique et physique), il conçoit et diffuse des supports d'information, grâce à un site Internet et à un centre de documentation spécialisée, il propose des actions de formation et de sensibilisation au grand public et aux professionnels. »

Les initiatives plus récentes s'appuient généralement sur les outils numériques dans une logique de centre de ressources virtuel, à l'instar du site Autonomie développé dans le Val-de-Marne :

« Le site Autonomie est également un outil d'information important qui a été construit en 2013 et présenté en avril 2014. Il propose un ensemble de données réparties sous différentes formes. En 2013, ont été travaillées :

- 103 fiches infos adultes/enfants créées pour le site ;
- [une dizaine de fiches accompagnant formulaires et certificats médicaux adultes et enfants ;]

[...]

- toutes les données concernant les listes des services et établissements médico-sociaux pour adultes et enfants, les adresses utiles, ainsi que toutes les définitions du glossaire et les visuels ont été intégrés dans le nouveau site. »

b. Prévention des ruptures de parcours

De nombreuses MDPH jouent un rôle en matière de prévention des ruptures de parcours en mobilisant plusieurs leviers.

Quelques MDPH ont décidé d'investir la mission d'accompagnement social pour les usagers les plus en difficulté.



MDPH des Hautes-Pyrénées

[...] la mission de l'accueil social est assurée par une assistante de service social. [...] Le travailleur social a pour mission d'écouter, comprendre et analyser le besoin et la demande propre à chaque personne pour informer, orienter et proposer une réponse la plus adaptée possible. Depuis 2012, cette mission comprend également la PCH. [...] Depuis mai 2013, elle concerne aussi les recours gracieux. [...]

MDPH de Loire-Atlantique

L'assistante sociale référente pour les adultes est intervenue auprès de 788 situations, soit directement auprès des usagers soit auprès des intervenants sociaux les accompagnants. Elle a par ailleurs assuré un suivi social auprès de cinquante-sept personnes.

MDPH de la Vienne

Depuis le 1^{er} janvier 2012, l'équipe sociale a été associée à la mission accueil, information, conseil afin de développer et renforcer les capacités d'accompagnement social de publics cibles. Les objectifs poursuivis sont triples :

- *prendre en compte en temps réel des usagers appartenant à des publics cibles lorsqu'ils se présentent à la MDPH sans rendez-vous afin d'éviter de les perdre par la suite ;*
- *mettre en place, si nécessaire, un accompagnement social dès la première prise en charge dans le cadre de la mission accueil, information, conseil ;*
- *identifier pour les usagers un interlocuteur pour les accompagner au sein de la MDPH.*

Elles sont plus nombreuses à adopter une posture proactive pour éviter les ruptures de droits en raison des renouvellements tardifs, notamment pour les droits et prestations de nature financière. Elles jouent ainsi un rôle de veille et avertissent les usagers.



MDPH de l'Hérault

En fin de mois, la CAF de l'Hérault signale à la MPH [maison des personnes handicapées de l'Hérault], 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, ces fiches sont renseignées par les services de la MPH sur le dépôt de la demande puis renvoyées à la CAF.

MDPH du Calvados

À compter d'octobre 2013, la MDPH a décidé d'adresser directement avec le courrier envoyé aux allocataires pour les prévenir de l'échéance de leurs droits aux allocations dans les six mois, le formulaire de demande et le certificat médical. Nous espérons pouvoir ainsi mieux accompagner les usagers dans le renouvellement de leurs droits et éviter des envois en doublon ou inadéquats.

MDPH de l'Essonne

Afin d'éviter la rupture des droits, notamment pour l'élément 1 « Aides humaines », les dossiers de demandes de renouvellement sont repérés au plus tôt dans la procédure et évalués rapidement.

MPH de Mayotte

Par ailleurs, pour éviter une coupure, la MPH a mis en place un dispositif d'accompagnement des usagers qui sont en fin de droits. Il a en effet été constaté qu'au terme de la décision accordant un droit à un usager, celui-ci ou sa famille n'anticipe 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 communaux soit via les associations ou en se rendant à leur domicile.

Les MDPH tissent des liens avec les acteurs responsables de la mise en œuvre des décisions pour renforcer la fluidité d'accès aux dispositifs. De nombreux axes de travail ont pu être abordés les années précédentes et demeurent d'actualité : rapprochement avec les organismes payeurs (CAF et conseils généraux), les acteurs de la scolarisation et de l'emploi et les établissements médico-sociaux. En 2013, un nouvel axe de travail semble émerger, la structuration des relations avec les services d'aide à domicile.

**MDPH des Pyrénées-Orientales**

[...] la MDPH a développé un outil de communication sur le détail des plans d'aide humaine. Cet outil a pour vocation d'informer l'usager et les services d'aide à domicile sur le détail des heures attribuées, leur affectation et les intervenants par acte. Cet outil a permis une meilleure compréhension du plan d'aide pour les usagers. Il a également permis d'instaurer un meilleur dialogue entre les associations prestataires et les usagers sur la base de ce plan détaillé.

MDPH d'Indre-et-Loire

La MDPH a intégré depuis 2009 une coordination départementale des personnes handicapées qui réunit les associations de services à domicile, les SSIAD et les SAMSAH. Ces partenaires se réunissent une fois par trimestre afin d'échanger sur les situations de personnes handicapées à domicile particulièrement complexes. En milieu rural, des situations de personnes handicapées sont étudiées, notamment sur la notion de besoin, dans le cadre des coordinations autonomie.

MDPH de la Lozère

L'année 2013 a été particulièrement marquée par le développement de l'accompagnement [et notamment] un travail autour de la PCH aide humaine a été mené, et un outil permettant un accompagnement mieux adapté aux besoins de la personne [a été] mis en place et le travail de partenariat avec les associations d'aide à domicile a été initié.

MDPH de Lot-et-Garonne

Le réseau UNA 47 a réalisé avec les services du département et de la MDPH des documents qualitatifs visant à optimiser l'évaluation des besoins dans le cadre de la PCH et le suivi de la mise en œuvre des plans d'aide. Les procédures d'instruction de la PCH ont été rappelées au milieu associatif et des outils (fiche de liaison et de suivi des plans d'aide) ont été élaborés afin de favoriser le rapprochement et les échanges entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire et les salariés des services d'aide à domicile.

Enfin, les MDPH reviennent sur les dispositifs qu'elles ont mis en place pour faciliter le traitement des situations les plus complexes et anticipent leur transformation dans le cadre du déploiement de la circulaire relative aux cas critiques.



MDPH de l'Indre

Afin d'assurer une évaluation de qualité, des réunions de synthèse et de concertation sont également organisées sur 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 permettent de définir un plan d'intervention coordonné et ses modalités de mise en œuvre. Elles portent également 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.

MDPH des Bouches-du-Rhône

Dans cette même perspective, la MDPH et les associations de Parcours Handicap 13 Étang de Berre, de Salon et du Pays d'Arles ont mis en place fin 2013 un dispositif expérimental intitulé « Parcours de vie et solidarités territoriales » sur les territoires d'Arles, de Salon et de Berre l'Étang. Il vise à répondre sur ces territoires, à des situations individuelles pour lesquelles les solutions n'existent pas ou ne sont pas adaptées.

MDPH de Seine-et-Marne

Le GOC (groupe opérationnel de concertation) a été mis en place en décembre 2012 par la signature d'une convention entre la direction territoriale ARS, le département, la direction des services de l'Éducation nationale, la MDPH. Ce dispositif de régulation des situations complexes a pour mission d'examiner les situations où l'intérêt de l'utilisateur fait l'objet d'une articulation difficile à mettre en œuvre et de proposer un plan de coopération. Ce dispositif a préfiguré la circulaire DGCS/CNSA du 22 novembre 2013, relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques des personnes handicapées enfants et adultes (voir perspective 2014). Le GOC s'est réuni quatre fois en 2013 et a étudié quatorze situations. Le service évaluation et orientation a représenté la MDPH à chaque rencontre et a été très réactif pour la modification des décisions qui pouvaient être nécessaires à la mise en œuvre rapide du plan de concertation proposé par le GOC.

MDPH d'Ille-et-Vilaine

Citons en particulier le groupe de travail ARS intitulé « Fluidité des parcours des personnes » lequel est à relier avec la mise en œuvre consécutive à la circulaire du 22 novembre 2013 dite de « cas critiques ». La MDPH s'est résolument inscrite dans cette « commande nationale » portée par la voix de l'ARS Bretagne, ceci d'autant plus que dans les faits, cette mise en commun et analyse partagée des différents acteurs était initiée chaque fois qu'une situation individuelle portée à sa connaissance l'exigeait.

Focus sur le suivi des orientations en ESMS et la gestion des listes d'attente

Au croisement des problématiques de prévention des ruptures de parcours et d'observation des besoins, le déploiement des dispositifs de suivi des orientations et de gestion des listes d'attente en établissements et services médico-sociaux se poursuit.

Si au moment de l'audit du SI des MDPH, seules six MDPH étaient équipées d'un outil dédié aux échanges avec les ESMS, il s'agit de l'axe de travail le plus fréquemment cité parmi les projets en cours identifiés dans l'audit. Les rapports d'activité témoignent également de cette tendance.



MDPH de la Moselle

Le logiciel des listes d'attente ATTENTUM a été déployé en 2013. Premier semestre 2013 : généralisation à l'ensemble des établissements du département et deuxième semestre 2013 : diffusion de la charte des bonnes pratiques d'utilisation du logiciel et mise à disposition d'un dossier de candidature remanié sur les sites du Conseil général et de la MDPH. Au 31 décembre 2013, 1 121 démarches actives ont été enregistrées au cours de l'année 2013.

MDPH de la Charente-Maritime

La mise en œuvre de la gestion des personnes présentes et des listes d'attente des établissements et services par la MDPH, en lien avec l'ARS et le Conseil général dans le cadre des actions du schéma départemental et du SROSMS 16, a été lancée en décembre 2013 et est planifiée pour 2014. Ce projet se déroulera en plusieurs phases :

- *un recensement exhaustif des personnes présentes et des listes d'attente des ESMS adultes et enfants ;*
- *l'intégration de ces données dans le système d'information de la MDPH ;*
- *la mise en place de procédures de transmission systématique des informations sur les entrées/sorties/inscriptions des ESMS vers la MDPH ;*
- *l'organisation de synthèses régulières sur les capacités d'accueil par type d'ESMS.*

À noter que ce type d'initiatives ne s'appuie pas toujours sur le système d'information. En effet, les MDPH s'investissent dans le suivi des orientations même en l'absence d'outils informatiques adaptés.



MDPH de l'Ariège

À la demande de la CDAPH, le suivi des orientations en établissement ou service est réalisé par la MDPH. Cette dernière informe régulièrement les membres de la CDAPH de l'effectivité des orientations et dans le cas contraire des motifs pour lesquels elles ne le sont pas. [...] Après recueil des listes des effectifs auprès des différents ESMS, en accord avec la convention actée en 2010, et recoupement avec les décisions prises par la CDAPH, un travail d'analyse sur l'effectivité et les raisons de la non-effectivité des orientations est réalisé. À partir de ces tableaux de suivi élaborés par la MDPH, des études permettent d'extraire les besoins en matière de places en établissements de façon globale sur le département et de façon plus affinée sur les divers territoires. Ces travaux ont été présentés trimestriellement sur l'année 2013 à la CDAPH en séance plénière. De plus, ce rôle d'expertise et d'observatoire permet d'évaluer et d'alerter sur d'éventuelles situations individuelles complexes voire critiques. Ces données sont ensuite transmises à l'ARS.

MDPH de la Meuse

En lien avec l'agence régionale de santé et le Conseil général, la MDPH avait rencontré, fin 2011, l'ensemble des services et établissements médico-sociaux du département afin de mettre en œuvre une stratégie de suivi des décisions d'orientation. À cette occasion, il avait été retenu l'idée d'utiliser trois tableaux (sous forme de fichier Excel). [...] L'année 2013 a permis à la MDPH de collecter et de traiter les fichiers envoyés par l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux présents sur le territoire meusien. Certains établissements et services ont particulièrement bien joué le jeu en envoyant les fichiers dans les délais. [...] Parallèlement, des démarches ont été entreprises auprès des établissements et services hors Meuse (départements frontaliers et Belgique) accueillant un nombre significatif d'enfants ou adultes meusiens. Ces établissements ont été identifiés par le biais d'une requête statistique et se sont vus adresser un courrier signé du référent MDPH expliquant la démarche entreprise par la MDPH et leur demandant de tenir informée cette dernière sur l'évolution de l'accueil de leurs résidents meusiens.

c. Mission d'observation

Les MDPH sont de plus en plus sollicitées par les partenaires institutionnels pour apporter des éléments de qualification du public handicapé sur le territoire départemental. Si cet objectif de connaissance des besoins est limité par les outils informatiques à disposition des MDPH, elles poursuivent néanmoins leurs efforts en ce sens.

Notons qu'elles sont au moins une vingtaine à pouvoir fournir des informations sur leur file active. Les données de cette nature n'ont pas fait l'objet d'un travail d'harmonisation au niveau national et ne sont pas comparables aujourd'hui, mais on peut toutefois noter que sur certains territoires la file active de la MDPH atteint 13 % de la population départementale. Certaines MDPH donnent la priorité à certains publics dans la mise en place de cette mission d'observation (bénéficiaires de PCH, jeunes relevant de l'amendement Creton, personnes accueillies en ESMS hors département...). D'autres consolident également dans leurs rapports d'activité les données des partenaires locaux portant sur le nombre d'utilisateurs concernés par leurs dispositifs, notamment en matière de scolarisation et d'emploi.

Ainsi les données disponibles sont très hétérogènes, mais témoignent de l'engagement des MDPH pour répondre à l'attente croissante des acteurs de disposer d'éléments d'aide à la décision pour les politiques du handicap.

Cette mission d'observation ne peut pas être dissociée de celle du codage des pathologies et déficiences qui se déploie, mais se heurte souvent à la disponibilité des professionnels médicaux au sein des MDPH. Cela conduit souvent à cibler certains dossiers, mais également à une réflexion quant à la mobilisation possible des infirmiers pour la réalisation du codage.



MDPH de la Moselle

L'observatoire du handicap nécessite une connaissance particulière des pathologies liées au handicap ainsi que des déficiences que cette situation entraîne. Cela permet de décrire les caractéristiques personnelles des publics s'adressant à la MDPH et d'améliorer de manière qualitative et quantitative les données transmises à nos partenaires. Dans cette perspective, et ce depuis octobre 2013, nous avons débuté la codification des dossiers médicaux de la MDPH accompagnés dans notre démarche par la CNSA. Dans le cadre d'une étude transversale Maison départementale des personnes handicapées de Moselle et service de l'aide sociale à l'enfance du Conseil général de la Moselle, nous nous sommes intéressés à la situation des enfants confiés à l'ASE et pour lesquels un dossier MDPH a été constitué. Les dossiers médicaux de ces enfants ont pu être codés (pathologie, origine de la pathologie, déficiences et déficience principale).

MDPH de la Haute-Vienne

Face aux difficultés du secteur médical, la MDPH a recruté un médecin en renfort, depuis avril 2013, à hauteur de 0,60 ETP. [...] Sa présence a aussi permis de reprendre le travail de codage des pathologies, origine et déficiences. Ce travail, initié début 2013 par l'ensemble du pôle médical sur les demandes en cours d'étude, avait déjà été interrompu après deux mois de pratique devant la nécessité de prioriser les actions. [...] la présence de ce nouveau médecin a permis la codification de nombreux dossiers de personnes en structures ou en attente de place. Bien qu'encore incomplet, ce travail permet de mieux cerner les populations accueillies dans les différents ESMS du département, et de préciser les caractéristiques des usagers en attente de place. Une pérennisation de cette mission n'est pourtant pas envisageable dans le contexte actuel.

MDPH de la Meuse

Les agences régionales de santé, les conseils généraux et l'ensemble des partenaires des MDPH sont en attente de données qui leur permettent une meilleure connaissance des personnes en situation de handicap et de leurs besoins. Cette connaissance est essentielle pour planifier des actions adaptées sur le territoire, notamment à travers les schémas d'organisation sociale et médico-sociale. Aussi, la MDPH de la Meuse a-t-elle souhaité s'engager dans le codage des maladies et des déficiences des personnes qui s'adressent à elles. La MDPH de la Meuse a débuté ce recueil de données en novembre 2012, suite à la journée « Codage » organisée par la CNSA et en s'appuyant sur les divers outils fournis à cette occasion. Le choix effectué en Meuse a été de commencer par les dossiers de demande de prestation de compensation du handicap et a été poursuivi, dès janvier 2013, sur les dossiers des enfants (toutes demandes confondues), dans un premier temps sur le flux, puis sur le stock. L'intégralité des dossiers enfants (stock) est actuellement codée et le flux continue à l'être également. Les dossiers adultes PCH continuent à être codés dans le flux ; en 2014, l'objectif est d'ajouter le codage des dossiers adultes d'orientation en établissements et services médico-sociaux (y compris ESAT). Il semble en revanche peu envisageable, au regard de nos moyens, d'aller beaucoup plus loin (sur le stock, mais aussi sur les autres types de dossiers). À noter, en Meuse, le choix réalisé de faire effectuer ce codage par notre infirmière : en effet, au regard du très faible temps médical dont nous disposons, il n'était pas possible que ce codage soit réalisé par notre médecin coordonnateur. C'est donc une IDE, par ailleurs membre de l'équipe d'évaluation, qui réalise ce travail de codage en demandant, si besoin, un appui ponctuel au médecin sur certains dossiers.

d. Participation aux actions innovantes et expérimentations

Les MDPH continuent à innover, tant sur le champ d'accès aux droits et aux prestations dont ils ont la responsabilité que sur de nombreux autres sujets, avec une volonté constante de proposer aux personnes en situation de handicap les réponses les plus adaptées.

On peut notamment citer les expérimentations qui ont été lancées au niveau national et qui mobilisent les MDPH pilotes, à savoir l'expérimentation autour de l'employabilité et celle sur le dispositif ITEP.



MDPH de l'Essonne

En octobre 2013, la commission exécutive a validé la mise en place d'une expérimentation d'un dispositif ITEP (institut thérapeutique et pédagogique) sur l'année 2013-2014 visant à la fluidité du parcours d'un jeune bénéficiant d'une orientation de ce type d'établissement. L'idée est de favoriser les passerelles vers le milieu ouvert (SESSAD, accueils de jours) sans avoir à passer de manière absolue par la voie réglementaire : demande de l'usager, évaluation, décision CDAPH. Cette expérimentation portée par l'ARS Île-de-France concerne cinq départements franciliens et est amenée à poser ses axes d'observations en septembre 2014. Conformément à notre volonté d'amélioration des réponses à l'usager, la MDPH de l'Essonne est partie prenante à cette expérimentation.

MDPH de Vaucluse

Courant 2013, la MDPH s'est inscrite dans l'expérimentation dite « parcours de vie en ITEP ». Ce projet d'expérimentation porte un enjeu de structuration de l'offre au niveau territorial visant à dépasser la logique établissement pour tendre vers une approche en dispositif axée au plus près des besoins de l'enfant. Ainsi, le projet ITEP s'articule autour de trois objectifs stratégiques :

- *progresser sur l'évaluation et la connaissance des besoins des jeunes engagés dans un processus handicapant en raison des troubles psychologiques et la connaissance des modes de coopération développés au niveau territorial ;*
- *améliorer la continuité du parcours des enfants et des adolescents en ITEP et la qualité de leur accompagnement ;*
- *accompagner l'adaptation de l'offre actuelle et l'évolution de la réglementation.*

L'intervention en dispositif proposée est une démarche fortement novatrice qui rompt avec la logique de place et la prédominance de l'internat.

Certaines MDPH sont également motrices par rapport aux initiatives territoriales d'adaptation de l'offre médico-sociale.



MDPH de la Haute-Marne

Un travail de réflexion et d'harmonisation avec les SAVS a démarré en 2012 et se poursuit en 2013 avec la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire SAVS spécifique. Cette nouvelle équipe se réunit chaque premier mardi des mois pairs. La MDPH demande depuis 2012 des bilans et synthèses sur le suivi et l'accompagnement SAVS mis en place. Ces bilans et synthèses sont demandés pour chaque renouvellement SAVS.

MDPH du Val-d'Oise

La Clé pour l'autisme (projet en réflexion, développement au cours de l'année 2013-2014). Impulsion et participation à l'élaboration d'un projet d'unité d'enseignement du SESSAD au sein d'une école maternelle, à partir de l'accueil en petite section de trois enfants diagnostiqués autistes. Le SESSAD assurerait le soutien de l'équipe scolaire, une référence éducative au sein de l'école par une éducatrice de jeunes enfants, l'accompagnement des familles, la formation et le suivi des AVS individuelles, des ATSEM, des infirmières municipales et des enseignants.

MDPH de la Haute-Savoie

Structure d'accueil transitoire pour des enfants et adolescents handicapés psychiques ou présentant des troubles de la conduite et du comportement, il s'agit d'un dispositif innovant destiné à des enfants suivis par l'aide sociale à l'enfance âgés de dix à dix-huit ans. L'équipe mobile du DEAT s'est mise en place en mai 2012 et a suivi quinze jeunes depuis sa création. Fin 2013, huit jeunes étaient suivis par ce service. Les sorties sont essentiellement liées à la limite d'âge fixée à dix-huit ans. Début 2014, le dispositif sera complété par l'ouverture d'une structure d'accueil de vingt et une places. Les premières orientations ont été prononcées fin 2013. La MDPH est particulièrement investie dans ce projet expérimental :

- *une équipe pluridisciplinaire (EP) spécifique a été constituée pour étudier les orientations, en vue du passage en CDAPH. Cette EP composée de six membres fait appel en complément des professionnels de la MDPH, à des représentants de la DTARS [direction territoriale de l'ARS], de la DPE, d'établissements de l'enfance et d'établissements spécialisés. Elle s'est réunie sept fois ;*
- *la MDPH est membre du comité de suivi du DEAT 74, piloté par le Conseil général (DPE), l'ARS et la MDPH. Ce comité s'est réuni à deux reprises en 2013.*

Quoique ce sujet soit peu investi par les MDPH, on peut également souligner des initiatives en direction des aidants, qui touchent un nombre limité d'usagers.



MDPH de l'Allier

Pour l'année 2013, la MDPH a mis en place des groupes de parole en faveur des aidants sur les trois antennes de la MDPH. Le bilan de ces groupes de parole est assez partagé, alors qu'il était ouvert aux aidants, on peut s'apercevoir que nombre d'aidés se sont introduits dans ces groupes. De plus, le nombre de personnes participant à ces groupes tourne autour d'une quarantaine sur l'ensemble du département [...].

MDPH de la Guyane

Une action collective novatrice destinée aux aidants familiaux a été menée par la MDPH à l'initiative d'une stagiaire assistante sociale avec l'appui des membres de l'équipe pluridisciplinaire. Cette initiative est partie du constat que, dans le cadre de l'évaluation PCH, seuls sont pris en compte les éléments matériels et fonctionnels. Le ressenti et la souffrance des aidants ne sont, en effet, pas abordés alors que cet état peut avoir un impact sur la prise en charge des personnes handicapées. Les familles éprouvent souvent le besoin d'exprimer leurs difficultés face à la lourdeur de certaines situations. Cet espace de parole a permis à huit parents d'adultes en situation de lourd handicap de partager leur vécu et d'exprimer ce qu'ils ressentaient au quotidien. Les échanges ont été vivants, très constructifs et chargés d'émotion. Ils ont notamment permis à l'équipe pluridisciplinaire de recueillir l'expertise de ces aidants, personnes-ressources de cette problématique, qui vivent le handicap au quotidien.

Si les projets en lien avec les problématiques médico-sociales sont naturellement plus nombreux, certaines MDPH investissent la problématique d'accès au droit commun en engageant des actions en matière d'accessibilité des logements (plusieurs MDPH font état de partenariat avec la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment), de l'accueil de jeune enfant, d'accès aux sports et à la culture, ou encore d'accès aux vacances.



MDPH du Territoire de Belfort

En 2013, un travail important a été mené avec les artisans du département qui œuvrent notamment sur les chantiers liés à l'aménagement de logement pour les personnes en situation de handicap. La Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB 70/90) a mis en place une procédure de formation et de labellisation d'artisans volontaires qui valident les compétences des professionnels du bâtiment engagés dans une démarche qualité. Cette démarche s'appelle « HANDIBAT ».

[...]

La référente culture contribue, auprès des personnes âgées et handicapées, au développement de la culture publique par la constitution, la mise à disposition et la promotion des fonds documentaires (imprimés, phonogrammes, vidéogrammes, multimédias) ainsi que par la réalisation de formations et d'animations en lien avec les bibliothécaires du réseau, les maisons de retraite et les associations de personnes handicapées. [...] Les missions du référent sport telles qu'elles ont été définies dans la convention liant le comité départemental handisport et la MDPH sont les suivantes :

- *informer les personnes en situation de handicap ou leurs parents et les accompagner dans leurs réflexions, leurs choix ;*
- *contribuer à l'évaluation des besoins spécifiques de la personne, en lien avec les autres professionnels de la MDPH ;*
- *réaliser l'interface avec les opérateurs (associations, clubs sportifs, milieu éducatif...) pour mettre en place les conditions d'une intégration réussie ;*
- *accompagner si besoin la personne elle-même ou les opérateurs pour la réalisation de certaines activités, au moins dans un premier temps ;*
- *former des intervenants à la prise en compte des personnes handicapées ;*
- *contribuer à l'organisation ou organiser des activités en lien avec les partenaires potentiels ;*
- *relayer l'information auprès du grand public et des opérateurs.*

MDPH des Alpes-Maritimes

[...] le dispositif « accès au logement des personnes handicapées » fait également l'objet d'un partenariat spécifique entre la MDPH et l'APF. Les modalités de cette collaboration se déclinent de la façon suivante :

- *recenser et identifier au sein de la MDPH les besoins des personnes handicapées en recherche d'un logement, adapté ou non, et quel que soit leur type de handicap ;*
- *faire remonter ces besoins à l'APF, qui sera chargée d'apporter une réponse concrète aux usagers, du fait de son réseau de partenaires, en contribuant à l'adéquation de l'offre et de la demande ;*
- *mieux identifier les besoins en matière de planification et de création de logements adaptés, notamment dans le logement social ;*
- *participer à l'organisation et à la lisibilité d'une action coordonnée sur le territoire départemental en faveur des personnes handicapées.*

Elle repose sur la désignation de deux référents respectifs au sein de la MDPH et de l'APF. Ce dispositif « handicap logement » a fait l'objet de l'adoption par la COMEX du 25 mars 2013 d'un projet de protocole d'accord à proposer à la signature des organismes réservataires, bailleurs sociaux et EPCI visant à améliorer la connaissance des besoins de logement adapté des personnes handicapées et celle de l'offre de logement.

MDPH de l'Yonne

En 2011, quatre institutions de l'Yonne (CAF/PMI/MDPH/MSA) décident de travailler ensemble autour de l'accueil d'un jeune enfant en situation de handicap en milieu ordinaire. Un appel à projet CNAF permet de mettre en place cette réflexion dans le cadre d'une expérimentation, bénéficiant de fonds CNAF et de fonds propres aux quatre institutions. En 2013, l'expérimentation est renouvelée pour une année. En 2014, la CNAF inscrit pour quatre ans le soutien à cet axe de travail dans sa convention d'objectifs et de gestion et pérennise sur cette durée les fonds nécessaires pour poursuivre les actions mises en place.

MDPH de la Dordogne

Dans le cadre des actions du schéma, la MDPH participe également à la labellisation des clubs sportifs accueillant des personnes en situation de handicap, aux côtés des services de la direction départementale de la cohésion sociale et du Conseil général.

MDPH du Haut-Rhin

[Parmi les axes du] renforcement du réseau partenarial de la MDPH du Haut-Rhin autour d'actions menées en 2013 [on compte] la communication et la sensibilisation du public de la MDPH aux offres et accessibilités culturelles existantes [et le] renouvellement de la convention partenariale avec la médiathèque départementale du Haut-Rhin : présentation et mise à disposition de collections d'ouvrages en faveur du public.

MDPH de l'Indre

Elle est également membre de la commission de labellisation « tourisme-handicap » [...]. En 2013, la MDPH a été contactée par le cinéma Cinémovida, de Châteauroux. Cette structure souhaite mettre en place des séances de films sous-titrés afin de faciliter l'accès du public sourd ou malentendant (personnes âgées ou handicapées). Cette initiative se concrétisera sur mars 2014. D'autre part, l'accueil de nourrissons et jeunes enfants handicapés amenant des questionnements pratiques de la part des assistantes maternelles, la MDPH a été contactée par le réseau des assistantes maternelles de Châteauroux (RAM) pour un accompagnement et une information.

MDPH de Lot-et-Garonne

La MDPH s'est associée en 2013 à l'opération Sac Ados, mise en place par le Conseil régional d'Aquitaine. L'objectif est de permettre à des jeunes âgés de seize à vingt-deux ans de pouvoir partir pour la première fois en vacances en autonomie. Cette action permet de répondre aux exigences de la loi du 11 février 2005 qui demande aux équipes des MDPH d'élargir la notion de projet de vie et de favoriser l'accès aux loisirs. La responsable du pôle accueil a donc accompagné une jeune dans la préparation de son projet vacances. Cette jeune fille âgée de dix-neuf ans souhaitait partir pour la première fois en vacances seule avec son fils de deux ans. Elle a pu exposer son projet devant le jury du Conseil régional qui lui a accordé une aide financière de 130 euros.

Conclusion

Cette synthèse des rapports d'activité 2013 des MDPH s'inscrit dans la continuité des exercices précédents.

Certains la trouveront trop descriptive, insuffisamment analytique, pas assez critique. D'autres apprécieront ce reflet d'une réalité de terrain et la capitalisation des expériences, qui peut être source d'inspiration.

Ce rapport intervient alors que les MDPH sont déjà engagées dans les enjeux de 2014, voire de 2015.

La lecture de cette synthèse permet de constater que les MDPH, qui fêteront leurs dix ans d'existence l'an prochain, restent des dispositifs « agiles », mais fragiles, souvent terrains d'expérimentation et d'innovation.

Par essence, leur construction et leur gestion partenariales, dans un contexte de forte contrainte pour la sphère publique et de mutation territoriale liée à la réforme en cours, apparaissent comme une véritable opportunité de poursuivre dans la voie de la qualité et de l'efficacité. Les MDPH représentent une nouvelle offre de service public, plus proche des usagers, ancrée sur un territoire et contribuant au parcours des personnes handicapées.

Les préoccupations et les démarches évoquées dans cette synthèse annoncent les grands chantiers déjà engagés ou à venir :

- référentiel de missions et de qualité de service pour harmoniser les pratiques et garantir un même niveau de service : ces travaux conduits avec une vingtaine de MDPH et les associations représentatives des personnes en situation de handicap devraient aboutir à la fin du premier trimestre 2015 ;
- recherche de simplifications administratives permettant d'alléger tant les formalités pour les usagers que les tâches administratives pour les équipes des MDPH, leur permettant de se concentrer sur leur cœur de métier ;
- appui aux organisations et aux expérimentations de processus et d'outils comme dans le projet IMPACT - Innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires. Mis en œuvre depuis le 4 février 2014, il vise à expérimenter dans deux MDPH (Nord et Calvados) de nouveaux processus de traitement des demandes en vue d'améliorer le service rendu aux usagers, avec des résultats attendus au deuxième trimestre 2015 ;
- suites de l'audit relatif aux systèmes d'information des MDPH visant à construire un système d'information performant et harmonisé, soutien du fonctionnement quotidien des MDPH et de l'harmonisation des pratiques, vecteur d'informations au service de l'observation ;
- mise en œuvre du rapport *Zéro sans solution*, exigence partagée au service d'un engagement collectif visant à offrir une réponse de qualité à toutes les personnes handicapées, quelle que soit la complexité de la situation.

La mobilisation toujours intense des directeurs et de leurs équipes, soutenue par les conseils généraux et l'ensemble des partenaires, est garante de ces évolutions et de la réussite de ces chantiers.



CNSA
66, avenue du Maine
75682 Paris cedex 14
Tél. : 01 53 91 28 00
contact@cnsa.fr