

Dossier  
technique

Décembre 2015

# Les MDPH face à de nouveaux enjeux

Synthèse des rapports d'activité 2014  
des maisons départementales des  
personnes handicapées

Ce rapport annuel sur l'activité des MDPH en 2014 a été réalisé par le pôle Partenariat institutionnel de la Direction de la compensation de la CNSA sous la coordination de Julienne Souchard, 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 Clémence Aberki). Les données statistiques relatives à l'activité des MDPH ont été consolidées par la mission Statistiques de la Direction de la compensation (Thibault Chapsal et Estelle Pelletier). Le rapport a été présenté au Conseil de la CNSA le 17 novembre 2015.

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>1. Pour la neuvième année consécutive, les MDPH font face à une activité croissante</b>	<b>5</b>
1. Cette augmentation de l'activité concerne une grande majorité des MDPH	5
2. La répartition des demandes est très proche de celle de l'année 2013	8
3. Part des premières demandes : la baisse se confirme en 2014	11
4. Le nombre moyen des demandes déposées par personne varie d'une MDPH à l'autre, mais plusieurs MDPH font état d'une hausse	12
5. La part des dossiers concernant des personnes âgées de soixante ans et plus dans l'activité globale des MDPH est significative	13
6. La hausse du nombre de décisions prises par les MDPH entre 2013 et 2014 témoigne de leur mobilisation pour faire face à la croissance des demandes	14
7. Les taux d'accord sont très variables selon les types de demandes	15
8. Les délais moyens de traitement restent contenus malgré la hausse de l'activité	16
<b>2. Les MDPH adaptent leurs processus et cherchent des marges de manœuvre</b>	<b>21</b>
1. L'accueil est largement investi et reconnu comme une mission stratégique pour faire face à l'activité croissante	21
2. Le processus d'évaluation, cœur de métier des MDPH, se structure afin de concilier efficacité et qualité de service	31
3. Le processus de décision	40
4. Les recours, la conciliation et la médiation	44
5. De nombreux chantiers organisationnels et projets innovants visent à apporter des progrès en matière d'efficacité et de qualité de service	51
6. Les MDPH doivent pouvoir compter sur leurs systèmes d'information, largement perfectibles, pour gagner en efficacité et en efficacité	57
<b>3. Quels moyens pour les MDPH ? Analyse de leurs maquettes financières et d'effectifs</b>	<b>61</b>
1. Analyse des dépenses	61
2. La structure des apports des différents financeurs : analyse des recettes	65
3. Focus sur le personnel	69
4. Les externalisations	76
5. La participation des partenaires aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation	78
6. Mise en évidence des liens entre les MDPH et les enseignants-référents	80
Conclusion	81

<b>4. Focus sur les grandes thématiques des MDPH</b> .....	<b>83</b>
1. La scolarisation.....	83
2. L'emploi.....	87
3. L'allocation aux adultes handicapés - AAH.....	93
4. La prestation de compensation du handicap - PCH.....	95
5. Les orientations en établissements médico-sociaux.....	104
6. Certains départements s'engagent dans des démarches de convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées : les maisons départementales de l'autonomie.....	120
<b>Conclusion</b> .....	<b>123</b>

# Introduction

Pour la neuvième année consécutive, la synthèse des rapports d'activité des MDPH permet de prendre la mesure du chemin parcouru depuis leur création et de leur rôle central dans l'accès aux droits des personnes handicapées.

En 2014, le nombre de rapports parvenus dans les délais à la CNSA est identique à celui de l'année précédente. Ce résultat est satisfaisant, malgré la persistance de quelques transmissions tardives.

Il convient de souligner, au-delà des données quantitatives, la grande richesse informative de nombreux rapports, particulièrement denses et bien documentés.

À ces documents annuels de référence s'ajoutent les maquettes financières et d'effectifs, recueillies cette année pour l'ensemble des MDPH.

La présente synthèse s'appuie également sur différentes enquêtes statistiques conduites par la CNSA : enquête dite « des échanges annuels » relative à l'activité et au fonctionnement des MDPH, suivi de la montée en charge de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

L'analyse de l'ensemble de ces éléments doit être mise en perspective avec les grands chantiers nationaux en cours et à venir.

Les résultats de l'étude relative aux modalités d'évaluation dans les MDPH, portée par le Haut Conseil de la santé publique, ont été communiqués fin 2014. Le dispositif « situations critiques », mis en œuvre par la circulaire du 22 novembre 2013, s'est déployé en 2014.

L'année 2014 a également été marquée par le lancement de travaux au niveau national, porteurs d'objectifs structurants pour les MDPH : expérimentation IMPACT et référentiel de missions et de qualité de service.

L'engagement des MDPH dans ces démarches doit être salué. Leurs équipes répondent aux sollicitations de la CNSA en apportant leurs contributions avec le souci constant de concilier pragmatisme et convictions. Elles entendent ainsi répondre à l'enjeu d'efficacité, plus que jamais nécessaire, dans le respect des enjeux et des valeurs de la loi du 11 février 2005.

Les rapports d'activité font également ressortir des disparités dont la CNSA doit éclairer la compréhension. Une étude sur l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la PCH permet d'apporter des facteurs explicatifs et de tracer des pistes d'action pour progresser vers plus d'harmonisation et d'équité de traitement.

La présente synthèse, sans éluder les difficultés et les marges de progrès, porte l'ambition de faire connaître l'ampleur et la qualité du travail que les MDPH accomplissent au quotidien au service des personnes en situation de handicap.



## 1

## Pour la neuvième année consécutive, les MDPH font face à une activité croissante

Chaque année, depuis 2007, la CNSA adresse aux MDPH un questionnaire relatif à leur activité et à leur fonctionnement. Celui-ci détaille, entre autres par prestation, droit, orientation et avis, l'activité de la MDPH en ce qui concerne les demandes, les premières demandes, les décisions et les accords. Il les décline également par tranche d'âge des personnes qui les demandent. Ce questionnaire permet de reconstituer l'activité annuelle totale de la MDPH.

En 2014, 1,6 million de personnes ont déposé au moins une demande, ce qui correspond à une hausse annuelle de 6,8 % (l'augmentation était plus forte en 2013 : +7,3 %, soit 1,5 million de personnes qui se sont présentées et ont déposé un formulaire dans les MDPH).

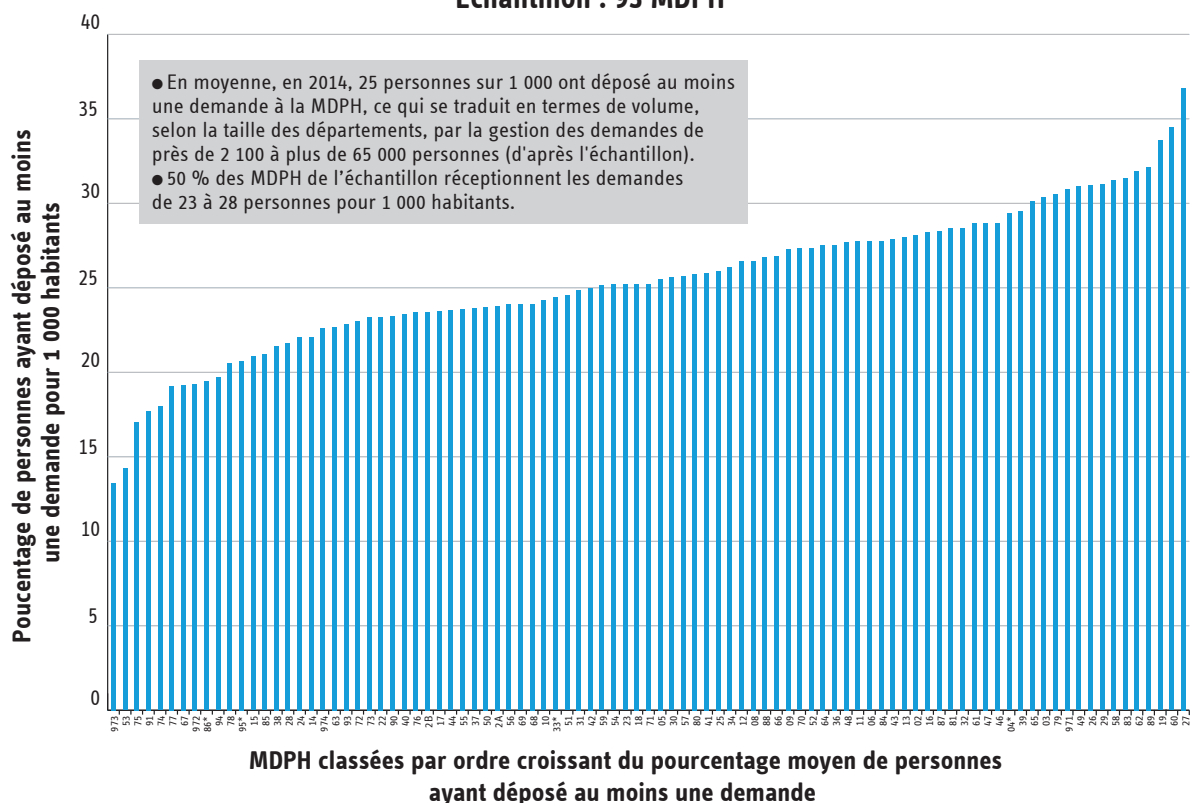
**Près de 4 millions de demandes ont été adressées aux MDPH**, ce qui représente une augmentation de 7,0 % entre 2013 et 2014 (+8,3 % entre 2012 et 2013, +6,0 % entre 2011 et 2012).

### 1. Cette augmentation de l'activité concerne une grande majorité des MDPH

L'augmentation globale des demandes déposées auprès des MDPH se traduit notamment par une hausse du nombre de personnes ayant déposé au moins une demande. En moyenne en 2014, 25 personnes sur 1 000 ont déposé au moins une demande à la MDPH, contre 24 personnes sur 1 000 en 2013.

Selon la taille des départements, les MDPH traitent les demandes de près de 2 100 à plus de 65 000 personnes.

#### Entre 13 et 37 personnes pour 1 000 habitants ont déposé au moins une demande à la MDPH en 2014 Échantillon : 93 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2015.



## MDPH de l'Oise (60)

Il apparaît, depuis plusieurs années déjà, que le nombre de demandes déposées auprès des services de la MDPH de l'Oise est parmi les plus élevés de France au regard de la population totale du département. La pression de la demande varie en effet très fortement d'une MDPH à l'autre.

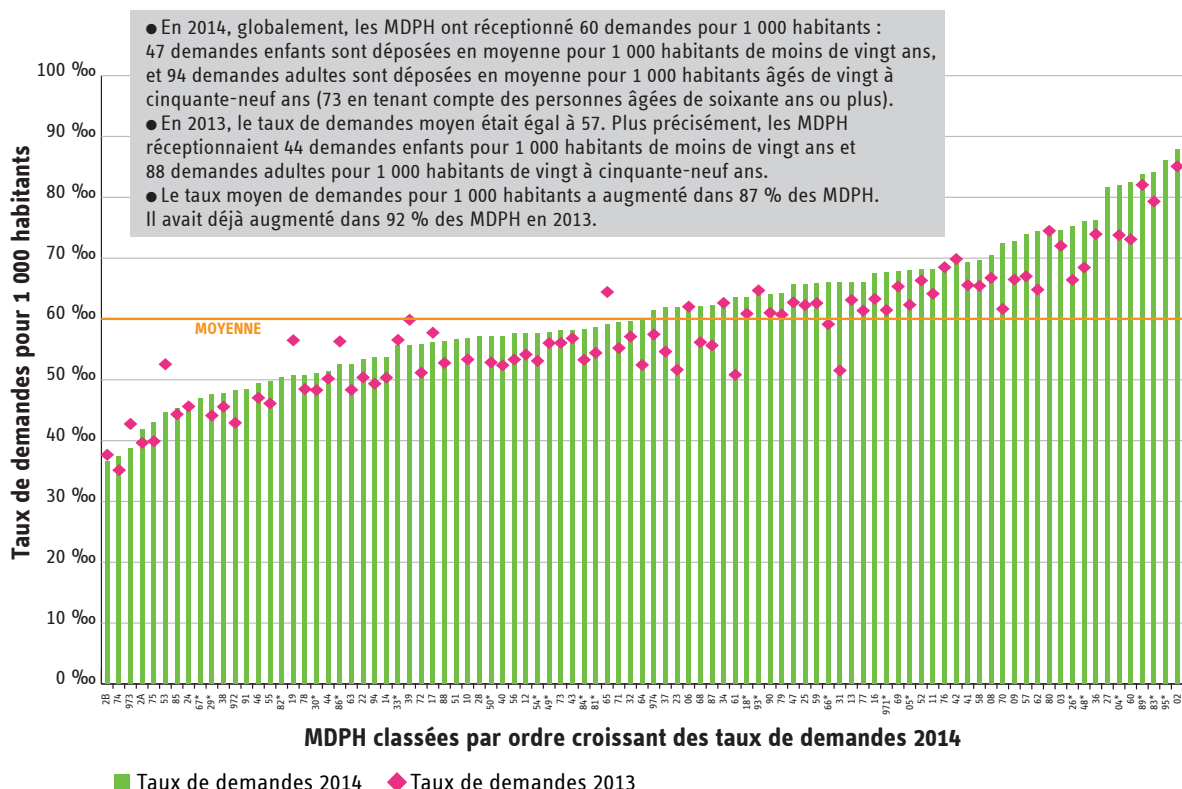
La pression de la demande exprimée par le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants varie de 37 à 88 pour 1 000 habitants selon les MDPH. La moitié des départements présente un taux inférieur à 60 demandes pour 1 000 habitants (en 2014, la médiane est équivalente à la moyenne).

Ce taux moyen de demandes pour 1 000 habitants a augmenté dans 87 % des MDPH en 2014. Il avait déjà augmenté dans 92 % de MDPH en 2013, témoignant de cette pression soutenue dans le temps.

47 demandes enfants sont déposées en moyenne pour 1 000 habitants de moins de vingt ans du département.

94 demandes adultes sont déposées en moyenne pour 1 000 habitants âgés de vingt à cinquante-neuf ans du département, contre 88 pour 1 000 en 2013.

### Le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants varie de 37 à 88 selon les MDPH en 2014 Échantillon : 93 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 2015.





### **MDPH de la Haute-Saône (70)**

*Au 31 décembre 2014, 23 574 dossiers actifs sont enregistrés dans la base. Ils correspondent à des personnes avec ou sans droits en cours de validité (droits en cours de renouvellement, pas de droits accordés). Il y aurait environ 6 019 dossiers sans droits ouverts à la date du 31 décembre 2014 (baisse de 15,55 % après des hausses successives de 20,46 % en 2013 et 10,8 % en 2012). 1 887 nouveaux dossiers ont été créés en 2014. Ce chiffre est en augmentation (+10,74 % par rapport à 2013) après une relative stabilité les années passées (1 719 en 2011, 1 727 en 2012, 1 704 en 2013).*

### **MDPH de la Réunion (974)**

*Depuis 2006, l'activité de la MDPH s'est intensifiée avec l'accroissement du nombre de demandes reçues annuellement passant de 16 700 demandes en 2006 à 45 700 en 2014, soit une progression moyenne de 13,5 % par an. Depuis deux ans, le niveau d'activité proposé par la MDPH, qui est resté plutôt stable avec des moyens optimisés, s'essouffle face à la situation nouvelle par l'augmentation brutale de la demande depuis 2013 (+30 %).*

### **MDPH de Paris (75)**

*En termes de demandes, le nombre enregistré en 2014, hors recours gracieux, s'élève à 96 907, en quasi stabilité par rapport à 2013 (96 445). Cette donnée est cependant encore susceptible d'évoluer au fur et à mesure de l'évaluation des dossiers reçus en 2014 et à l'occasion desquels d'autres droits peuvent être proposés (et donc donner lieu à un enregistrement de demande). À date de rédaction du rapport, on constate ainsi une légère décruce du nombre des demandes d'AAH, la stabilisation des demandes de RQTH [reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé], la poursuite de la baisse des demandes de PCH, mais aussi la forte progression des demandes liées à la scolarisation. [...] S'ajoutent des recours gracieux sur environ 2 000 prestations ou orientations (y compris cartes de stationnement).*

### **MDPH de la Guadeloupe (971)**

*Comme l'année précédente, en 2014, l'augmentation des personnes déposant un dossier se poursuit. Il convient de souligner que le nombre de demandes par dossier représente une moyenne de 2,1 contre 2,8 en 2013. L'activité soutenue de la Maison départementale des personnes handicapées de la Guadeloupe demeure une réalité avec un nombre de dossiers importants à traiter comportant des demandes multiples.*

*En 2014, la MDPH a reçu 12 460 dossiers contre 11 178 en 2013, soit une augmentation de 11,47 % par rapport à 2013 où elle était de 11,71 % par rapport à 2012.*

*La moyenne mensuelle de dossiers reçus est de 1 038 contre 931 en 2013. Ces dossiers correspondent à 27 290 demandes contre 31 179 en 2013.*

### **Quelques rares MDPH font état d'une stabilité des demandes.**

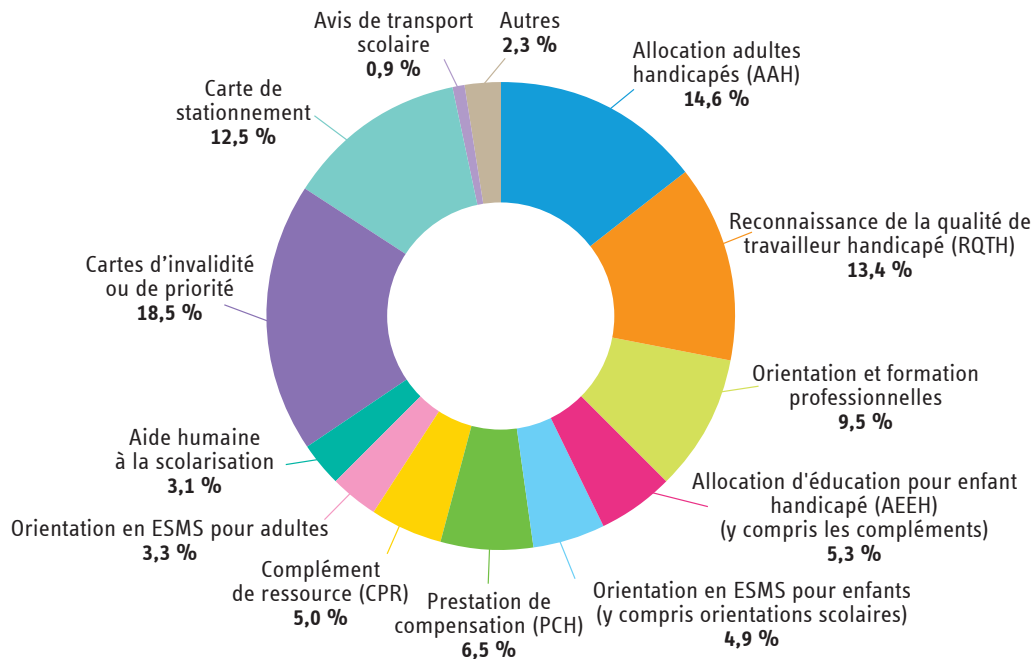


### **MDPH de la Corrèze (19)**

*On observe depuis maintenant trois ans une certaine stabilité de l'activité de la MDPH, qui avait atteint un pic en 2012. En 2014, le nombre de demandes a globalement diminué de 10 % par rapport à 2013.*

## 2. La répartition des demandes est très proche de celle de l'année 2013

Répartition de l'ensemble des demandes déposées en 2014  
Échantillon : 63 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

**En 2014, en moyenne, un peu moins d'une demande déposée sur cinq (19 %) relève des prestations, droits, orientations ou avis concernant des enfants.**

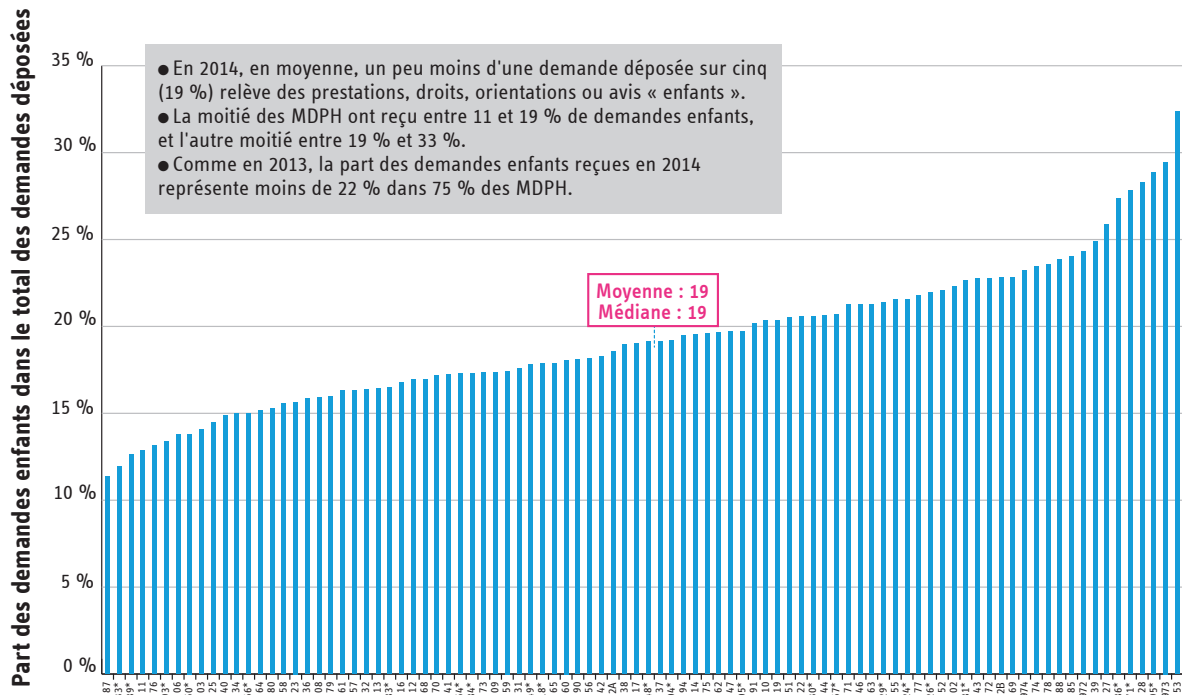
50 % des MDPH ont reçu entre 11 % et 19 % de demandes enfants et l'autre moitié, entre 19 % et 33 %. Comme en 2013, la part des demandes enfants reçues en 2014 représente moins de 22 % dans les trois quarts des MDPH.

Si les demandes d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) représentent 5,3 % du total des demandes (comme en 2013), elles comptent pour 29 % du total des demandes concernant les enfants. De même, les demandes d'orientations en établissement et service (y compris les orientations scolaires) représentent 4,9 % du total des demandes adressées aux MDPH alors qu'elles correspondent à 27 % des demandes enfants.

Ainsi, comme les années précédentes, les orientations en établissements et services médico-sociaux (ESMS), les orientations scolaires et l'AEEH représentent près de 60 % du total des demandes relatives aux enfants.

Les demandes d'aide humaine à la scolarisation, qui représentent près d'une demande sur cinq (17,7 %) en 2014, restent stables.

## La part des demandes relevant du champ « enfants » dans le total des demandes déposées en 2014 varie de 11 % à 33 % selon les départements Échantillon : 92 MDPH

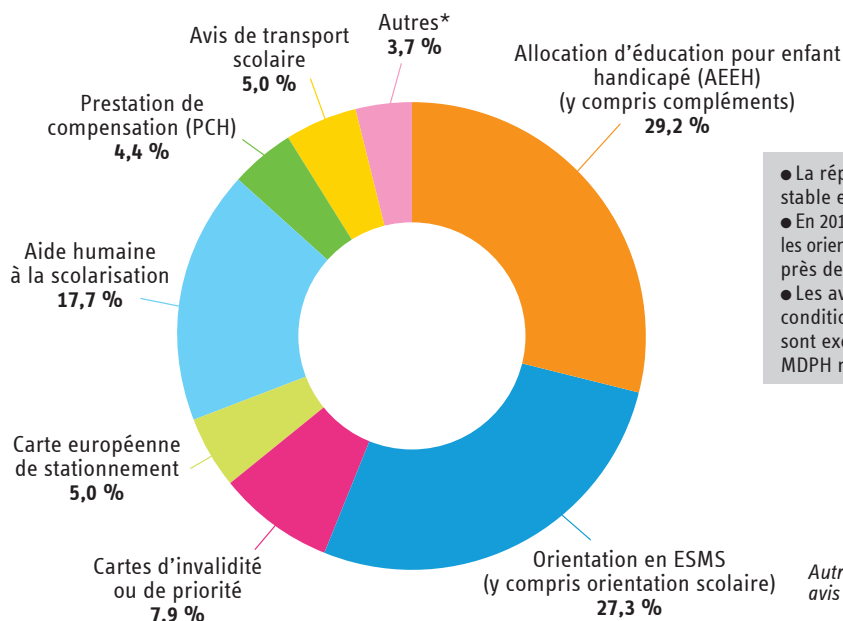


MDPH classées par ordre croissant de la part des demandes dites « enfants »

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 2015.

## Répartition des demandes enfants déposées en 2014 Échantillon : 68 MDPH



● La répartition des demandes reste stable en 2014.

● 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.

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

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

**La répartition des demandes concernant les adultes enregistre également une certaine stabilité. En 2014, elle est presque identique à celle de l'année précédente.**

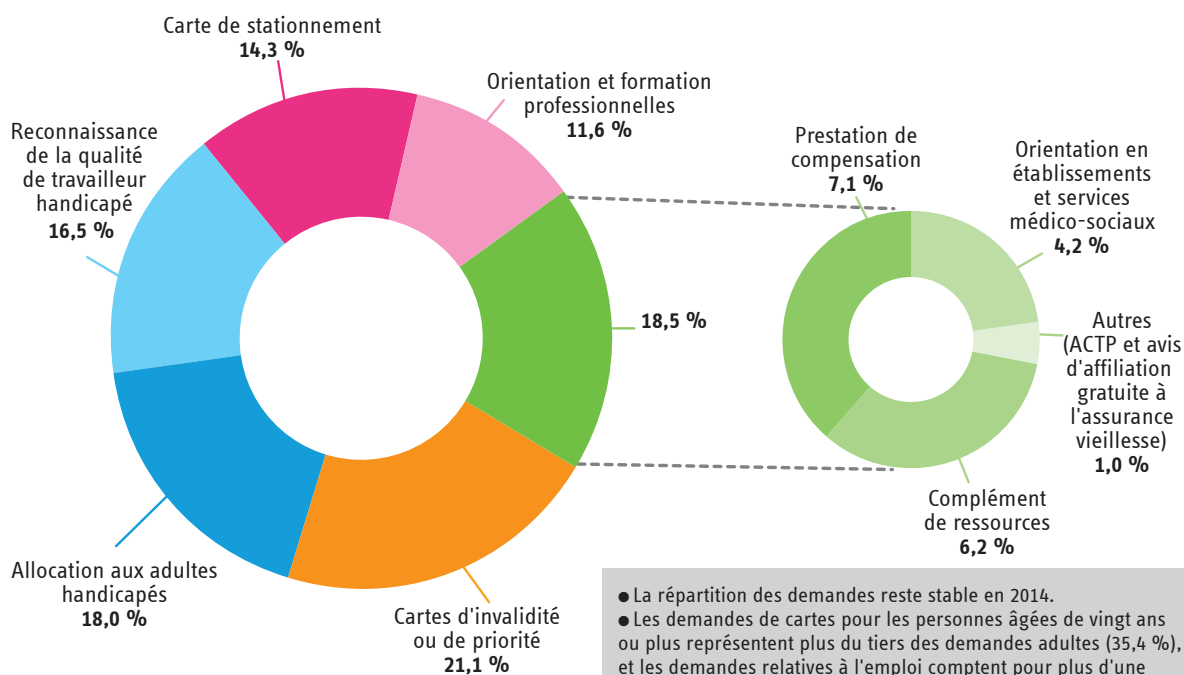
Les demandes d'AAH et de complément de ressources concernent respectivement 14,6 % et 5 % des demandes adultes déposées dans les MDPH.

Les demandes en lien direct avec l'emploi représentent près de 25 % des demandes adultes, soit 13,4 % pour la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et 9,5 % pour les demandes d'orientation et de formation professionnelles.

Les demandes de cartes (cartes d'invalidité, cartes de priorité et cartes européennes de stationnement) représentent 36 % des demandes déposées en 2014 : 21,1 % pour les cartes d'invalidité et de priorité et 14,4 % pour les cartes européennes de stationnement.

La PCH représente 7,1 % des demandes adultes. Comme chaque année, on rappelle la part importante de la charge de travail que représentent les dossiers de PCH malgré leur place relativement faible dans le nombre global de demandes. C'est également le cas des demandes d'orientations en ESMS adultes, qui justifient un investissement important des équipes des MDPH : 4,2 % des demandes en 2014 (4,3 % en 2013).

### Répartition des demandes adultes déposées en 2014 Échantillon : 69 MDPH



- La répartition des demandes reste stable en 2014.
- Les demandes de cartes pour les personnes âgées de vingt ans ou plus représentent plus du tiers des demandes adultes (35,4 %), et les demandes relatives à l'emploi comptent pour plus d'une demande sur deux (52,3 %).
- Moins d'une demande sur dix formulée par une personne de vingt ans ou plus concerne la PCH.

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

### MDPH de la Charente-Maritime (17)

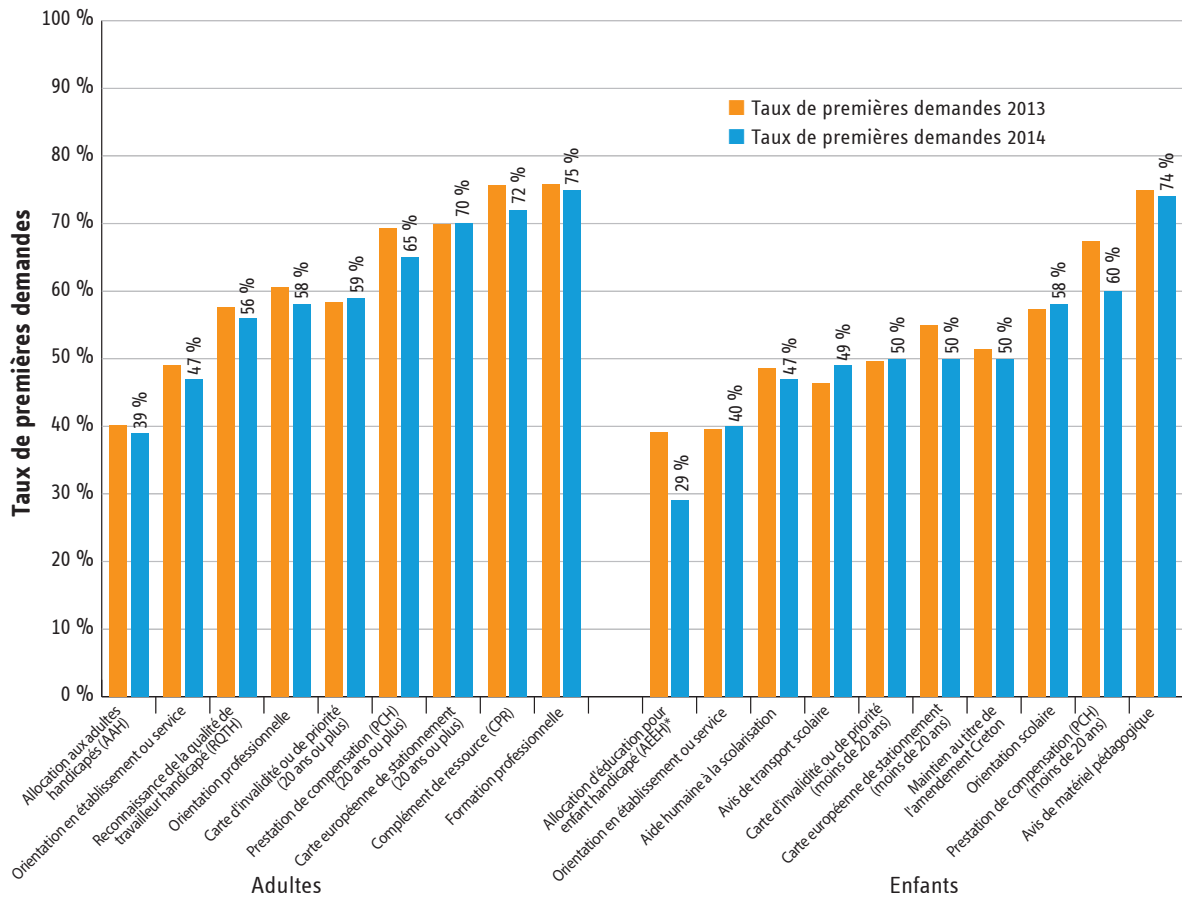
La croissance globale de l'activité de la MDPH porte essentiellement sur les adultes, pour lesquels l'augmentation du nombre de dossiers déposés représente 8,4 % entre 2013 et 2014, contre 6,25 % pour les enfants. Chez les adultes, les demandes de cartes restent les plus importantes, même si leur part régresse de 4 points au profit des demandes d'AAH et CPR (complément de ressources), de RQTH et d'orientations professionnelles. Chez les enfants, la part des demandes d'aide humaine à la scolarisation et des autres prestations liées à la scolarité a progressé le plus. Les demandes d'AAEH [allocation d'éducation de l'enfant handicapé] et de ses compléments restent toutefois les plus importantes.

### 3. Part des premières demandes : la baisse se confirme en 2014

La baisse de la part des premières demandes est notable pour :

- l’AEEH qui enregistre une baisse de 10 points, avec un taux de premières demandes de 39 % en 2013 contre 29 % en 2014 ;
- la PCH pour les adultes pour laquelle on note une baisse de 4 points – 69 % en 2013 contre 65 % en 2014 ;
- la PCH pour les enfants, qui baisse de 7 points (67 % en 2013 contre 60 % en 2014) ;
- les orientations en établissement ou service, ainsi que la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, les orientations professionnelles et le complément de ressources avec une diminution de 2 points.

Taux de premières demandes comparés 2013 et 2014 par prestations et orientations adultes et enfants



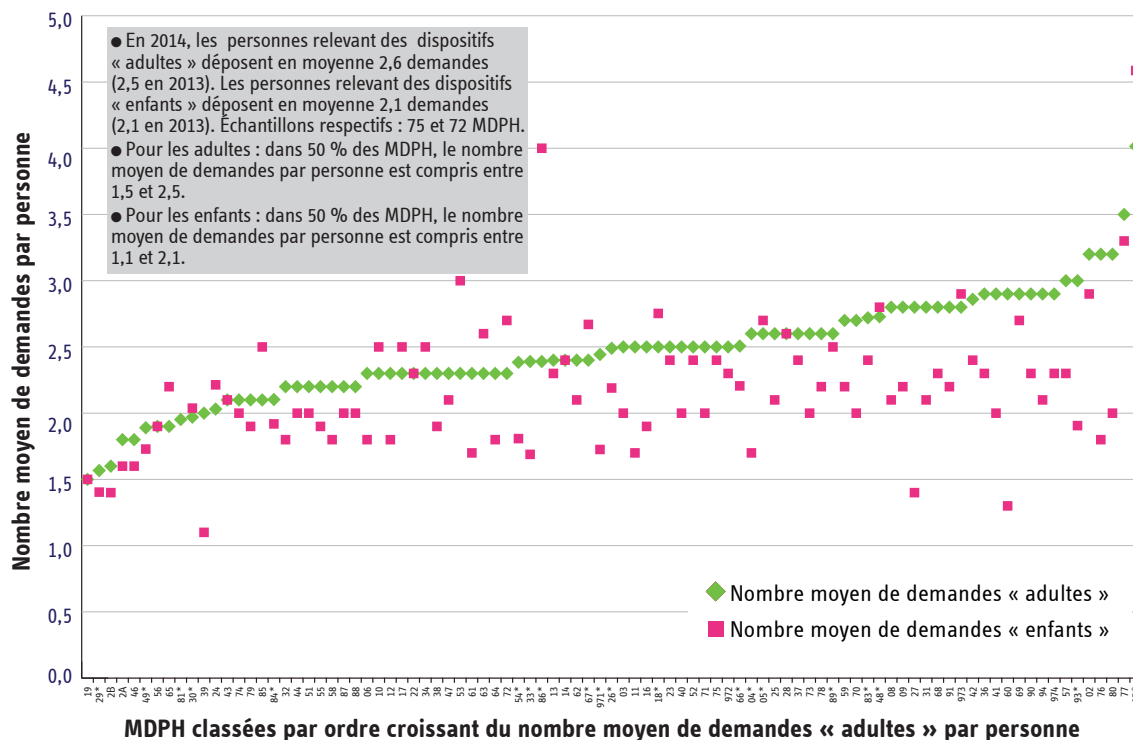
\*y compris compléments d'AEEH

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

## 4. Le nombre moyen des demandes déposées par personne varie d'une MDPH à l'autre, mais plusieurs MDPH font état d'une hausse

En 2014, dans la moitié des MDPH, le nombre moyen de demandes pour les adultes est compris entre 1,5 et 2,5 demandes par personne qui dépose un dossier. Pour les enfants, il est compris entre 1,1 et 2,1 demandes par dossier dans 50 % des MDPH.

**Le nombre moyen de demandes déposées par personne en 2014 varie de 1,5 à 4,2 demandes selon les départements**  
Échantillons : 91 (pour les adultes) et 90 (pour les enfants) 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 2015.



### MDPH de la Loire (42)

Au global, en 2014, 18 961 personnes se sont adressées à la MDPH (+2 %) pour déposer 2,4 demandes en moyenne chacune (idem à 2013).

### MDPH de la Seine-Saint-Denis (93)

Le nombre de dossiers déposés est stable sur plusieurs années et fluctue autour de 35 000 [par] an, mais le nombre de demandes par dossier est en constante augmentation et est passé de 2,5 demandes [par] dossier en moyenne en 2011 à 2,9 demandes [par] dossier en 2014. L'augmentation du nombre de demandes est liée aux seuls dossiers adultes : la demande pour les enfants est stable depuis plusieurs années et représente moins de 14 % de l'ensemble des demandes.

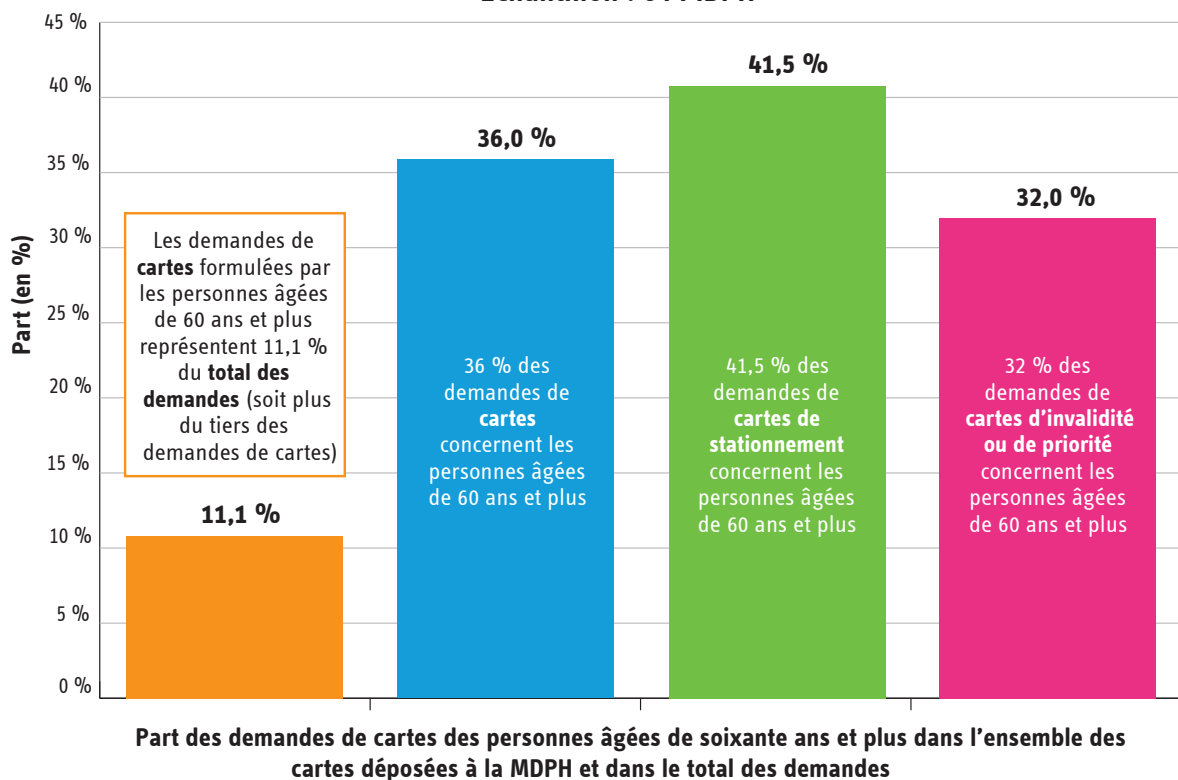
## 5. La part des dossiers concernant des personnes âgées de soixante ans et plus dans l'activité globale des MDPH est significative

En 2014, 14 % des demandes déposées auprès des MDPH concernent un public âgé de soixante ans et plus<sup>1</sup>. Les demandes de cartes des personnes âgées d'au moins soixante ans (cartes d'invalidité ou de priorité, carte européenne de stationnement) représentent à elles seules 11,1 % du total des demandes. L'AAH et la PCH demandées par les personnes de soixante ans et plus représentent chacune 1,3 % de l'ensemble des demandes déposées.

Les demandes de personnes d'au moins soixante ans représentent près du tiers des demandes de cartes d'invalidité ou de priorité (32,0 %) déposées dans les MDPH, plus de 40 % des demandes relatives à la carte de stationnement (41,5 %), près de 10 % du total des demandes d'AAH (8,6 %) et un cinquième des demandes de PCH (19,4 %).

Au total, plus du tiers des demandes de cartes (36 %) concernent un public âgé de soixante ans ou plus.

**Part des demandes de cartes des personnes âgées de soixante ans et plus dans l'activité des MDPH en 2014**  
Échantillon : 64 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

Les rapports d'activité témoignent de cette part importante de l'activité des MDPH.

Dans le cadre des mesures de simplification, identifiées par le ministère et envisagées lors de la Conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014 pour alléger la charge de travail des MDPH, figure la possibilité pour les équipes médico-sociales chargées de l'attribution de l'APA d'évaluer dans le même temps une demande de carte européenne de stationnement (CES), de carte d'invalidité et/ou de priorité. Ces évaluations, transmises aux MDPH pour prise de décision (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées - CDAPH ou accord du préfet pour la CES), auraient le mérite d'alléger la charge de travail des équipes d'instruction et d'évaluation des MDPH. Cette disposition est intégrée au projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement et devrait être opérationnelle pour 2016.

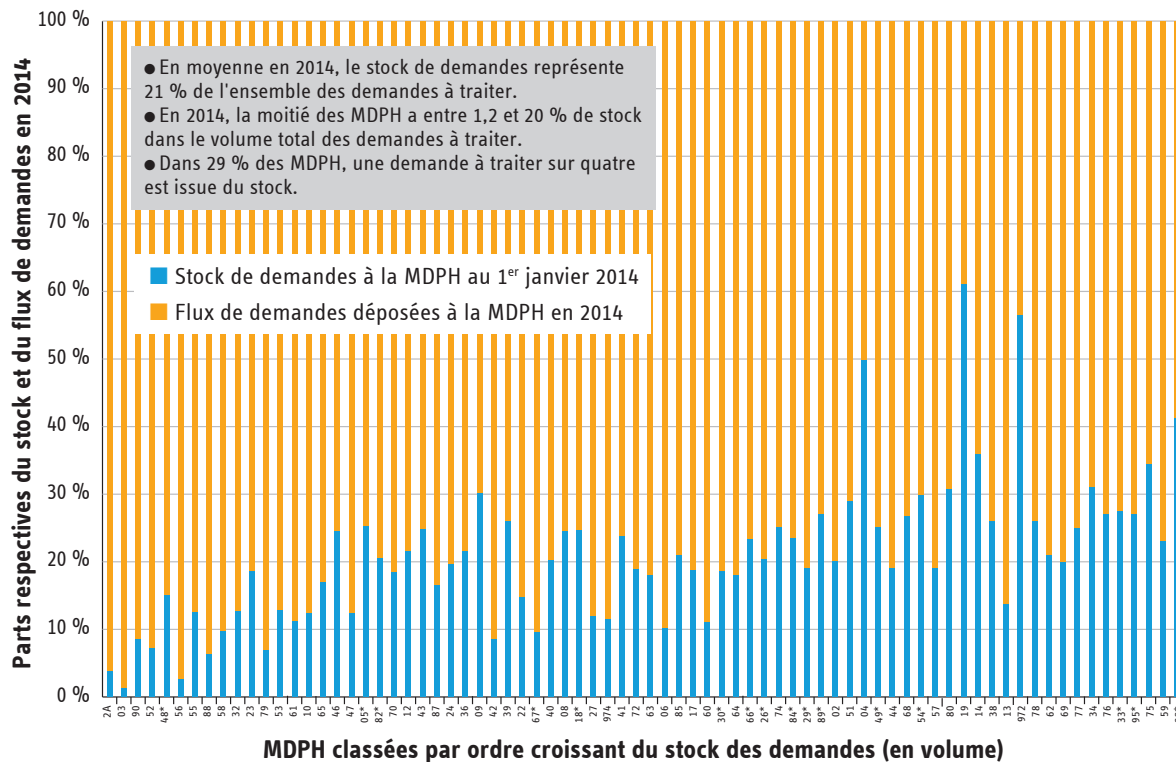
<sup>1</sup> Source : Les usagers de soixante ans et plus et les MDPH, Repères statistiques n° 4, CNSA, 2015.

## 6. La hausse du nombre de décisions prises par les MDPH entre 2013 et 2014 témoigne de leur mobilisation pour faire face à la croissance des demandes

4 millions de décisions et avis ont été rendus par les CDAPH et, le cas échéant, les MDPH en 2014, soit une hausse de 9,3 % par rapport à 2013. Cette hausse est plus importante que celle observée entre 2012 et 2013 : +6,2 %.

La part du stock de demandes à traiter – dossiers déposés les années précédentes – sur l'ensemble des demandes traitées dans l'année écoulée reste constante (21 % en 2014 contre 22 % en 2013), ce qui confirme la mobilisation des MDPH pour répondre au mieux aux sollicitations.

**La part du stock de demandes au 1er janvier 2014 dans le total des demandes à examiner (stock et flux) au cours de l'année 2014 est variable d'un département à l'autre**  
Échantillon : 76 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 2015.



### MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)

La forte croissance de la demande de PCH en 2014 (+12 %) n'a pas permis de faire diminuer les délais d'instruction (7,3 mois). Mais la croissance dans les mêmes proportions du nombre de décisions atteste des efforts d'organisation pour s'adapter à la dynamique de la demande. Cet effort s'est traduit notamment dans les outils développés pour faciliter la rédaction d'un PPC [plan personnalisé de compensation] et le simplifier.

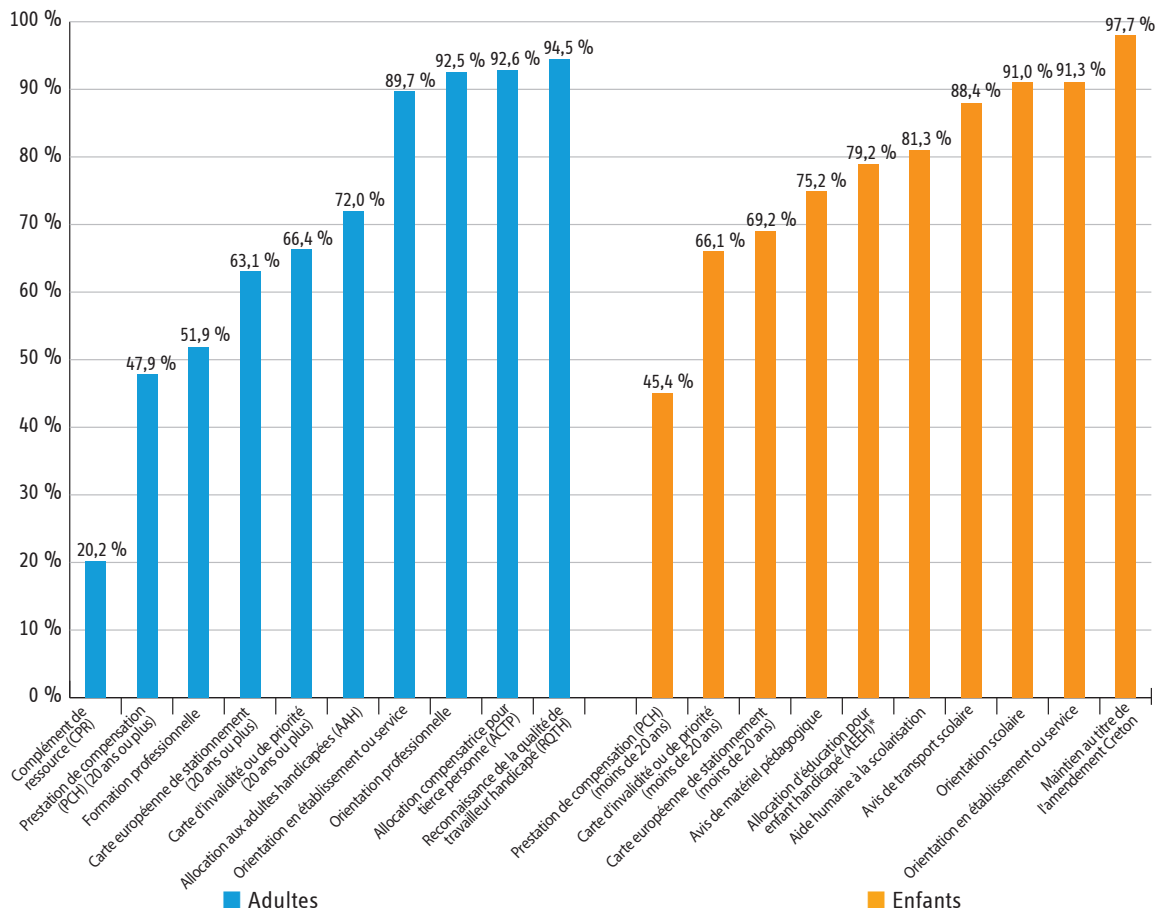


## 7. Les taux d'accord sont très variables selon les types de demandes

Si les taux d'accord restent stables pour l'AAH (71 % en 2013 contre 72 % en 2014), ils tendent à baisser pour les cartes de priorité ou d'invalidité des dossiers adultes (67,5 % en 2013 et 66,4 % en 2014) ainsi que pour la PCH adulte (49,2 % en 2013 contre 47,0 % en 2014). La PCH enfant, elle, enregistre une baisse d'un peu plus de 4 points : 49,9 % en 2013 contre 45,4 % en 2014.

Les taux d'accord diminuent pour toutes les demandes de prestations et de droits concernant des enfants à l'exception des avis de transport scolaire, qui enregistrent une hausse de 4,2 points, et du maintien au titre de l'amendement Creton (+2 points).

Taux d'accord 2014 par prestations et orientations adultes et enfants



\*y compris compléments d'AAEH

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

## 8. Les délais moyens de traitement restent contenus malgré la hausse de l'activité

En effet, **le délai moyen de traitement des demandes relevant des prestations, droits, orientations et avis pour les adultes est de quatre mois et demi**. Ce délai est stable par rapport à ce qu'il était en 2013 et en 2012.

Néanmoins, cette donnée moyenne plutôt rassurante quant à la capacité des MDPH à faire face masque des réalités très différentes d'un territoire à l'autre puisque :

- 46 % des MDPH ont vu leur délai moyen de traitement des dossiers adultes augmenter entre 2013 et 2014 ;
- 39 % ont vu ce délai diminuer ;
- 15 % ont un délai stable sur les deux années.

Dans le même registre, le délai moyen national de traitement des demandes concernant les enfants, qui est de trois mois et une semaine, est stable par rapport à 2013.

Pour autant :

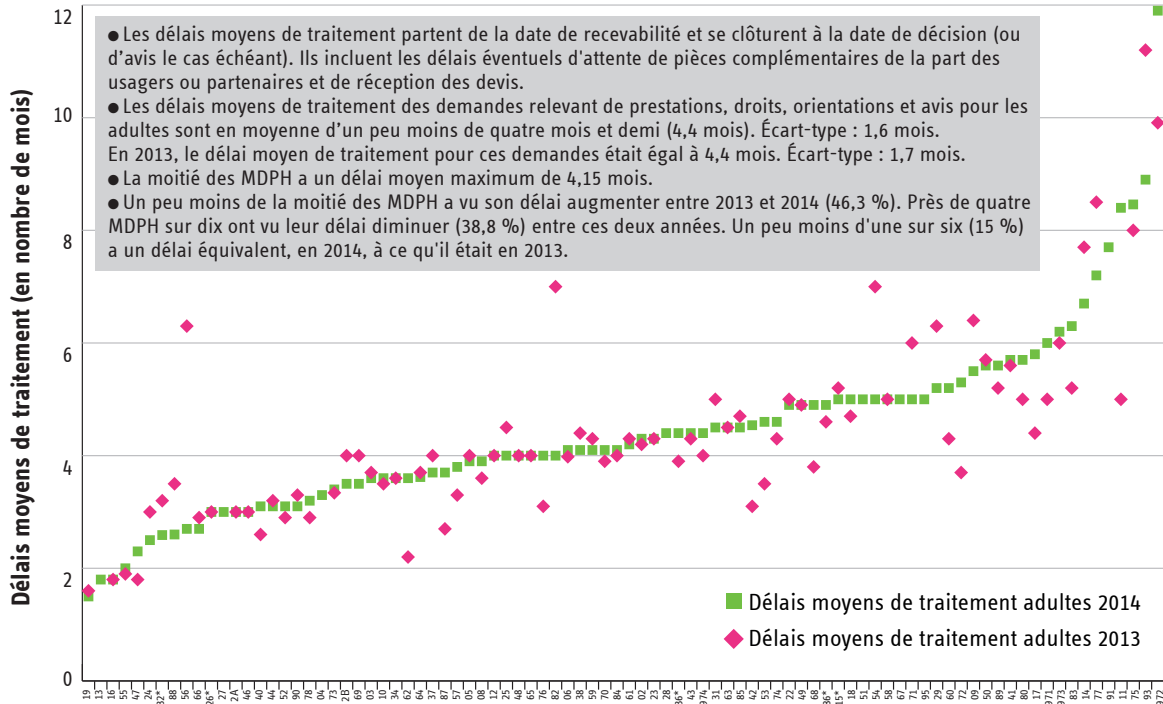
- 41 % des MDPH ont vu leurs délais augmenter entre 2013 et 2014 ;
- 37 % des MDPH ont vu leurs délais s'améliorer ;
- 22 % gardent des délais stables.

Les MDPH avancent plusieurs raisons à l'allongement des délais de traitement :

- des dossiers de plus en plus complexes, nécessitant un temps d'analyse et d'évaluation important ;
- les absences de professionnels non remplacés, les difficultés de recrutement, des difficultés réelles et en volume important que met en évidence l'analyse des maquettes et des effectifs des MDPH (*voir la page 75*) ;
- la mise en place de la dématérialisation des dossiers et de la gestion électronique des documents (*voir la page 58*).

Les MDPH mettent en avant les actions de restructuration de l'accueil ou des étapes d'instruction et d'évaluation ou de décision comme facteurs d'une augmentation des décisions et d'une baisse du délai moyen de traitement (*voir le chapitre 2*).

## Le délai moyen de traitement des demandes « adultes » en 2014 Échantillon : 88 MDPH

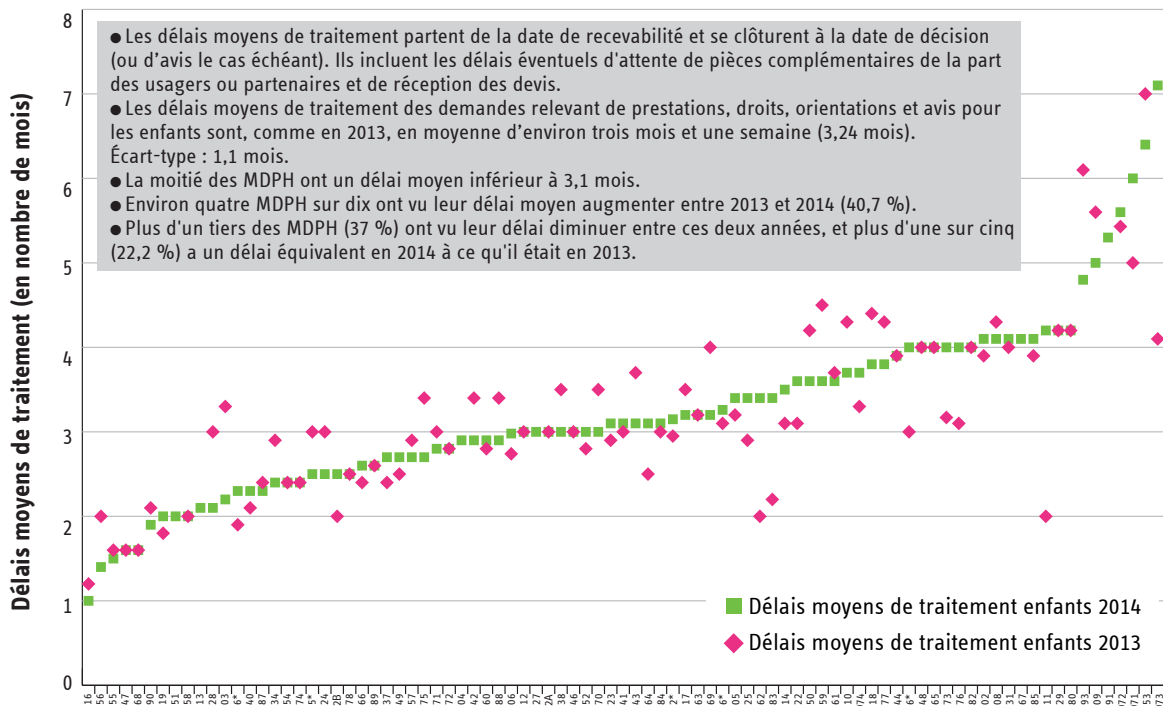


MDPH classées par ordre croissant du délai moyen de traitement des demandes

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 2015.

## Le délai moyen de traitement des demandes « enfants » en 2014 Échantillon : 87 MDPH



MDPH classées par ordre croissant du délai moyen de traitement des demandes

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 2015.

Les délais moyens de traitement masquent ainsi des différences notables.

En moyenne, les MDPH traitent dans des délais proches du délai réglementaire les cartes européennes de stationnement, l'AEEH, les cartes d'invalidité et de priorité ainsi que l'AAH (entre 3,4 mois et 4,6 mois). Les délais de traitement de la PCH dans sa globalité (donc pour tous les volets de la PCH) sont plus longs (5,7 mois), même si le délai d'attribution du volet aide humaine est un peu inférieur (5,4 mois).

Prestations	Délai moyen de traitement national 2014 en nombre de mois	Échantillon : Nombre de MDPH
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	4,6	82
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	3,4	78
Prestation de compensation (PCH)	5,7	82
- dont PCH aide humaine*	5,4	64
Carte européenne de stationnement	3,9	72
Carte d'invalidité ou de priorité	4,3	77

\*moyenne des délais déclarés uniquement sur la base des accords.



### MDPH de l'Ain (01)

Les délais d'instruction et de décision se réduisent encore au cours de l'année 2014, passant pour la première fois en dessous du seuil juridique et psychologique de quatre mois. Ceci, grâce notamment à la mise en place en cours d'année d'un renfort administratif pour faire face à l'augmentation des demandes (supprimé en novembre 2014) et à une augmentation des heures de vacations médicales et de psychologue. Les délais pour les prestations concernant exclusivement des enfants (AEEH et PPS [plan personnalisé de scolarisation]) n'évoluent qu'à la marge depuis trois ans, ce qui laisse à penser qu'en la matière, l'optimum, au moins au regard des moyens mobilisés en interne de la MDPH, est atteint et qu'une diminution ne peut désormais être obtenue que par des facteurs externes (diminution de la demande et/ou amélioration du ciblage et de la complétude des demandes, temps de réponse des établissements scolaires pour les demandes de bilans...).

### MDPH des Ardennes (08)

Le délai moyen de traitement des demandes est passé de 3,6 mois en 2013 à 4 mois en 2014. Si le délai moyen de traitement des demandes d'aide humaine reste supérieur à l'obligation réglementaire de quatre mois, il intègre une évaluation systématique des besoins (première demande) au domicile du demandeur et la définition d'un plan d'aide discuté avec l'usager et, le cas échéant, avec les aidants familiaux et/ou professionnels. Les demandes de PCH « non définies » renvoient le plus souvent à un besoin multiple mobilisant plusieurs volets de la prestation et des compétences pluridisciplinaires, d'où un délai de traitement moyen plus long. Afin de garantir l'enregistrement des demandes dans les quarante-huit heures suivant leur dépôt, la responsable du service est amenée à faire assurer une suppléance à l'accueil des usagers de la MDS [maison départementale des solidarités] (seize demi-journées en 2014) afin de mobiliser prioritairement ses agents sur l'enregistrement et respecter ainsi les délais de traitement.

**MDPH des Alpes-de-Haute-Provence (04)**

*Délai de traitement d'une demande : 3,09 mois.*

**MDPH de l'Eure (27)**

*Le délai moyen de traitement reste maîtrisé aux alentours de trois mois, mais cache des disparités importantes selon les prestations. Ainsi le délai moyen pour la PCH est de 5,5 mois du fait notamment de la vacance d'un poste d'ergothérapeute.*

**MDPH de la Vienne (87)**

*La moyenne des délais de traitement a sensiblement augmenté durant l'année 2014. Compte tenu du stock de demandes enregistrées fin 2013 (4 654 demandes adultes et enfants), de l'augmentation incessante du nombre de demandes ainsi que des spécificités liées à l'instruction des demandes de renouvellements, cet allongement des délais moyens de traitement était prévisible.*

---



## 2

## Les MDPH adaptent leurs processus et cherchent des marges de manœuvre

### 1. L'accueil est largement investi et reconnu comme une mission stratégique pour faire face à l'activité croissante

#### Qualité et efficacité de l'accueil

Dans ce contexte d'activité croissante, **la qualité et l'efficacité de l'accueil sont essentielles pour accompagner les demandes des usagers et ainsi réguler les flux**, tout en améliorant le remplissage des dossiers et la collecte des informations utiles et nécessaires à un traitement rapide. Il s'agit également du premier contact entre les personnes et la MDPH.

Les MDPH se sont adaptées et ont investi dans cette mission, qu'il s'agisse de l'accueil physique, téléphonique, mais aussi du traitement du courrier papier ou électronique.

L'évolution de l'accueil est disparate d'un département à l'autre. Certaines MDPH voient leur fréquentation sur site baisser au profit des appels téléphoniques.

Bon nombre de MDPH ont engagé des démarches pour améliorer l'organisation de l'accueil, renforcer la formation des agents, aménager des espaces dédiés à l'accueil spécialisé et approfondi des personnes, tout en développant l'accessibilité des différents locaux afin d'améliorer la qualité de service rendu dans la fonction accueil.



#### MDA du Territoire de Belfort (90)

*Accueil physique. On note une augmentation des accueils physiques de près de 9 % sur l'ensemble de l'année, avec une hausse de presque 34 % pour le seul pôle enfant. Pour mémoire, la MDPH avait accueilli en 2009 – première année pleine sur un site unique – 3 237 usagers, ce qui correspond à une augmentation de 81,7 % de la fréquentation en cinq ans.*

*Accueil téléphonique. L'accueil téléphonique continue de se faire au standard de la MDPH, ainsi que sur les lignes directes des instructeurs dont les numéros sont communiqués sur chaque courrier accusant réception d'une demande.*

#### MDPH du Pas-de-Calais (62)

*Dans une volonté d'accessibilité et de proximité, l'accueil, qu'il soit physique ou téléphonique, est réalisé tout à la fois au siège de la MDPH et sur les neuf territoires. Sur les territoires, la fonction « accueil » se structure à partir des maisons du département solidarité et des centres communaux d'action sociale qui ont passé convention avec la MDPH. Progressivement, cette fonction relève du « guichet intégré » des maisons de l'autonomie. Cette année, ce sont près de 87 261 contacts que le pôle relations a eu avec les usagers, soit une augmentation de 3 % par rapport à 2013. En réalité, l'augmentation est supérieure, car l'accueil réalisé par les partenaires n'a pas été comptabilisé cette année en raison des difficultés à obtenir ces chiffres. Ces contacts s'élevaient à 5 417 l'année dernière. Si nous les neutralisons, l'augmentation réelle des contacts est de 10 %.*

#### MDPH du Gers (32)

*Deux agents assurent l'accueil physique et téléphonique des usagers. Cet accueil général est renforcé par un accueil spécialisé effectué par deux agents en charge à la fois des questions de recours et de médiation et de l'information plus détaillée et individualisée des usagers.*

*En 2014, ces deux agents de l'accueil général ont réalisé 12 800 actes d'accueil (22 % en accueils physiques).*

La fonction d'accueil s'organise en pôle dans plusieurs MDPH. **Elle rassemble les activités d'accueil physique et d'orientation des personnes.** L'accueil s'organise majoritairement en accueil de premier et de second niveau, plus spécialisé.



### **MDPH du Finistère (29)**

*Le service Accueil est composé d'un chef de service et d'une équipe composée d'un agent technique et de huit agents d'accueil (dont un agent en CAE [contrat d'accompagnement dans l'emploi] et un emploi d'avenir) :*

- *maintien d'une dynamique de professionnalisation du service : formation des agents en externe et en interne, dont dix formations renfort et une double-écoute régulière ;*
- *une moyenne de 200 personnes est reçue par semaine (40 personnes par jour) dans les bureaux d'accueil confidentiel avec boucle magnétique ;*
- *une moyenne de 1 400 appels est reçue par semaine (280 par jour) avec un taux d'appels répondus compris entre 80 et 90 % (maximum cinq lignes téléphoniques) ;*
- *une moyenne de 150 mails par semaine sur la boîte générique « contact » (30 mails par jour) sont traités, et une moyenne de 1 750 courriers par semaine (350 courriers par jour) ;*
- *82 permanences (41 à Brest, 41 à Morlaix) ont été assurées en 2014, ce qui fait environ 1 230 personnes reçues.*

### **MDPH de la Dordogne (24)**

*Une assistante sociale est en charge de l'accueil dit de deuxième niveau, lorsque les demandes nécessitent un entretien approfondi. En 2014, elle a reçu 606 personnes. Les entretiens portent majoritairement sur des questions liées aux ressources et à l'insertion professionnelle ; les questions concernant l'AAH augmentent en particulier de 7,7 % par rapport à 2013. Cependant, les demandes de renseignement sur les structures médico-sociales sont en augmentation (près de 15 % des entretiens). En complément de cet accueil, l'assistante sociale a également un rôle d'interface entre la MDPH et ses partenaires extérieurs (organismes de sécurité sociale, établissements médico-sociaux, tuteurs, travailleurs sociaux d'autres organismes...). À ce titre, elle effectue diverses démarches pour le suivi des dossiers et peut être sollicitée pour des conseils techniques.*



## Améliorer l'accueil téléphonique

De nombreuses initiatives témoignent de la mobilisation des MDPH **pour améliorer l'accueil téléphonique souvent en tension.**

Cette activité qui, pour certaines MDPH, n'a cessé d'augmenter d'année en année, est très souvent révélatrice des difficultés des MDPH à faire face à la pression de la demande, les personnes en situation de handicap et leurs familles sollicitant régulièrement la MDPH pour connaître l'avancement de leurs dossiers.



### MDPH de la Martinique (972)

Sur l'exercice 2014, la MDPH a reçu 20 037 usagers et professionnels. Le temps de traitement nécessaire à la réception d'un usager varie de huit minutes à seize minutes, et celui d'un professionnel est de deux minutes à vingt minutes. Il est comptabilisé 47 582 appels, dont 38 375 d'usagers, soit 81 % des appels. La MDPH, avec une seule standardiste (reconnue travailleur handicapé), a traité 26 191 appels d'usagers, soit 68 % (plus d'un appel sur deux). Ce nombre correspond uniquement aux appels qui transitent au standard. Pour être le plus exhaustif possible, il aurait fallu comptabiliser les appels d'usagers reçus sur les postes directs des membres du personnel.

### MDPH du Cher (18)

Le service accueil, information, animation a répondu à 13 088 appels dans l'année 2014, ce qui correspond à 1 090 appels en moyenne par mois et 54 en moyenne par jour. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2013, ce qui peut s'expliquer en partie par une amélioration du système du standard.

Le numéro vert n'est pas très utilisé : il représente seulement 9,5 % du total des appels reçus. Le nombre d'appels a cependant un peu augmenté en 2014 : alors qu'il se situait autour de 86 appels par mois en moyenne, il se situe en 2015 autour de 105 appels par mois.

### MDPH de l'Aisne (02)

Afin d'améliorer la réponse apportée à l'usager, une solution de centre d'appels téléphoniques sera expérimentée à la MDPH en 2015. Cette solution permettra notamment d'orienter les appels vers un interlocuteur privilégié selon le type de demande de l'usager, d'inscrire les appels dans le cadre d'une « file d'attente » et d'apporter une indication sur le temps d'attente estimé. Cette expérimentation permettra notamment d'identifier les questions récurrentes des usagers, qui permettront ensuite à la MDPH d'améliorer sa communication sur les sujets ciblés, dans un contexte de moyens contraints, d'adapter au mieux les moyens humains selon le type de demande (identification des personnes les mieux à même de répondre, mise en place de formations...) et éventuellement selon des plages horaires identifiées comme étant sensibles.

## Développer l'accueil électronique

**Le développement de l'accueil électronique** sous la forme de « boîtes mail contact » et, pour certaines MDPH, l'ouverture d'un « portail usager et/ou professionnel » constituent des pistes réelles de réduction de la pression de l'accueil téléphonique et de l'amélioration des conditions d'accueil en général.

Les « portails usagers » permettent, à l'aide d'identifiants de connexion, un suivi en ligne des droits et des demandes en cours par la personne de manière autonome.



### MDPH de la Drôme (26)

*En 2014 a été mis en place un système extranet d'accès des usagers à des éléments de leur dossier : situation administrative, demandes en cours, droits et notifications. Les buts à atteindre ont été les suivants :*

- (1) Donner à l'usager l'accès au suivi de son dossier.*
- (2) Avoir une action de communication et d'information vis-à-vis de l'usager.*
- (3) Améliorer la proximité de service rendu aux usagers.*

*Ce système a été mis en place progressivement : une première mise en place de février à novembre 2014 a concerné, mois par mois, tous les usagers qui avaient une notification prise par la CDAPH sur cette période ou un premier dossier déposé ; en novembre 2014, ce système a été généralisé à tous les usagers : en 2014, 12 813 usagers se sont connectés sur l'extranet MDPH.*

*Les usagers ont leurs identifiants (numéro usager et code personnel) uniquement par courrier.*

## La dématérialisation des dossiers et la gestion électronique des documents au service de l'accueil

**Le développement de la dématérialisation des dossiers et de la gestion électronique des documents** (voir la sous-partie 6) permettent également aux agents d'accueil d'accéder plus facilement aux informations utiles et nécessaires et de renseigner ainsi plus efficacement les usagers.

Les usagers se saisissent de ces nouveaux modes de communication pour solliciter l'envoi de formulaires ou des informations générales sur les droits... Certaines MDPH s'engagent et s'astreignent à y répondre dans un délai relativement court.



### MDPH de la Somme (80)

*Au départ de la mise en place de la GED, les agents d'accueil étaient peu impactés puisqu'ils n'utilisaient que la fonction « consultation » très réductrice. Mais la possibilité d'accéder à toutes les informations des documents dématérialisés (sauf les données médicales) du dossier MDPH dès le début de l'année 2014 a permis d'optimiser les réponses apportées au public (réponses plus complètes, plus réactives, impression de documents et/ou notifications...) et de diminuer les interpellations des assistants de gestion sur l'accueil de second niveau.*

**MDPH du Loiret (45)**

*Après une période de transition d'environ six mois entre dossier papier et numérique, le traitement des demandes est désormais entièrement réalisé sur support numérique. Après six mois d'exploitation en « tout numérique », il est constaté une augmentation du temps nécessaire à l'évaluation, et ce plus particulièrement au niveau médical (temps supplémentaire estimé entre 20 à 30 %). Des ajustements de procédures et/ou de pratiques devront être envisagés.*

**La formation des agents**

**La formation des agents** est également largement investie par les MDPH, qu'il s'agisse de formations génériques de type « approche polyvalente de l'accueil », « prise en charge des appels », « connaissance du handicap » et « gestion des conflits », ou de formations plus spécifiques permettant aux agents d'accueil de mieux maîtriser la complexité des droits et prestations mobilisables.

**MDPH des Hautes-Alpes (05)**

*En 2014, les agents d'accueil et les agents instructeurs ont bénéficié d'une formation commune avec les agents de la MDPH 04. En 2015, en lien avec le département des Hautes-Alpes, une formation commune à l'ensemble du personnel d'accueil [des] maisons départementales des solidarités (MDS) et [de la] MDPH sera dispensée par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT). Cette formation a pour objectif d'assurer une culture commune de l'accueil et de « former » ce personnel à l'accueil des situations complexes.*

**MDPH de la Haute-Vienne (87)**

*Pour la deuxième année consécutive, l'ensemble des agents d'accueil a suivi une formation portant sur l'accueil physique et téléphonique.*

*Une formation collective relative à l'accueil physique et téléphonique a été réalisée pour l'ensemble des agents d'accueil. Deux groupes ont ainsi été formés pour suivre quatre jours de formation avec mises en situation.*

**MDPH de la Haute-Marne (52)**

*Formation du pôle accueil à la gestion des conflits en janvier 2014 organisée par le CNFPT. Formation de deux personnes sur le logiciel SOLIS et sa version 4 spécifique PCH pendant cinq jours à Paris. Organisation par le prestataire Info.DB à Paris début décembre 2014. Présence au salon Automic à Metz le 16 octobre de l'équipe PCH et [de] l'équipe sociale chargée de l'évaluation. Réunion des coordonnateurs à la CNSA en janvier 2014. Formation et information du personnel MDPH sur le secret professionnel et le secret médical.*

**MDPH de la Moselle (57)**

*L'équipe a bénéficié d'une formation d'accueil sur la gestion des situations compliquées. Un agent a notamment suivi une formation sur la gestion du stress.*

**MDA du Territoire de Belfort (90)**

*Depuis bientôt trois ans, un agent de gestion poursuit un cycle de formation. Cette formation très complète vise l'acquisition d'une double compétence :*

- *communication (compréhension et expression) : maîtrise du discours en langue des signes avec pour objectifs de pouvoir présenter, informer, convaincre, argumenter, raconter, exprimer un accord ou un désaccord... ;*
- *culturelle : connaissance du monde des sourds, de leur culture propre, de leur histoire, de leur difficulté de reconnaissance en tant que citoyen...*

*Aujourd'hui, son niveau de maîtrise de la LSF [langue des signes française] permet à la MDPH d'assurer pleinement son rôle de guichet unique et d'informer le public sourd du département.*

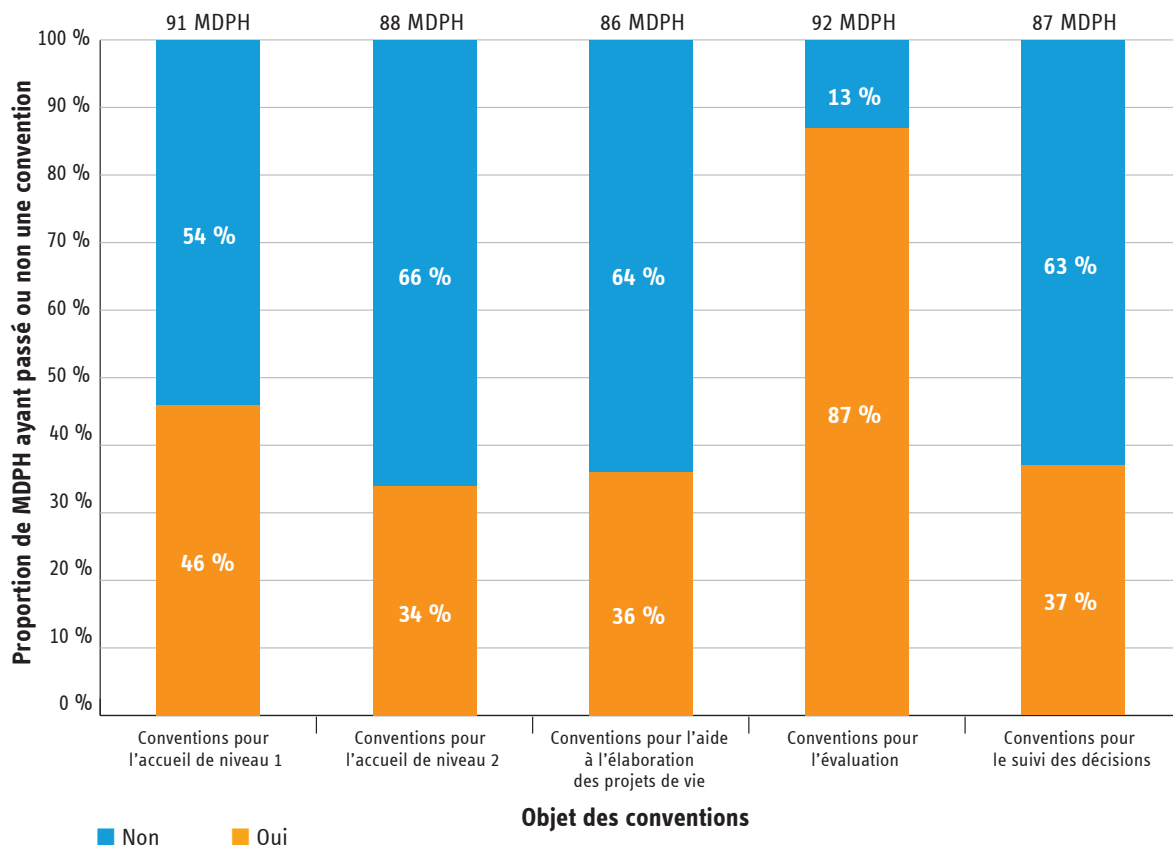
## La territorialisation de l'accueil se poursuit dans une logique de rapprochement de la MDPH de l'utilisateur

Le mouvement de territorialisation gagne du terrain. Cette territorialisation de l'accueil répond au besoin de proximité et d'accessibilité afin d'assurer aux usagers une réponse rapide et de qualité.

La mission d'accueil de la MDPH est donc souvent confiée à différents points d'accueil territoriaux conventionnés avec la MDPH. Ce sont principalement les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et les centres communaux d'action sociale (CCAS), mais également les centres hospitaliers et les centres pénitentiaires, comme en Seine-et-Marne (77). Ainsi, 46 % des MDPH ont passé au moins une convention pour l'accueil de premier niveau.

Les MDPH n'hésitent pas à organiser régulièrement des actions d'information et de formation entre les équipes de la MDPH et ces acteurs de proximité. Ces actions permettent d'échanger sur la mission d'accueil (technique, réglementation...) afin de coordonner les pratiques et d'assurer le maillage en matière d'accueil, de conseil et d'orientation.

**Conventions passées avec des partenaires, en vigueur en 2014  
par mission de la MDPH**



- 46 % des MDPH ont passé au moins une convention pour l'accueil de niveau 1, et la grande majorité des MDPH (87 %) a passé une ou plusieurs conventions pour l'évaluation.
- 68 % 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 au moins une convention en vigueur avec un partenaire extérieur, quel que soit son objet (échantillon : 87 MDPH).

Source : CNSA, échanges annuels 2015.



### **MDPH de l'Yonne (89)**

*L'accueil physique se déroule également sur cinq autres sites par 1,15 ETP [équivalent temps plein]. C'est par le biais d'une convention entre le conseil départemental, la MDPH et une association gestionnaire que cet accueil est organisé. Ces permanences sont assurées par des conseillères en économie sociale et familiale (CESF) et des éducatrices spécialisées.*

### **MDPH de la Guyane (973)**

*Des conventions ont été établies entre la MDPH et les centres communaux d'action sociale de Cayenne, Matoury et Rémire-Montjoly pour être des « relais contacts » sur le territoire, afin de favoriser la synergie des acteurs intervenant pour les personnes âgées et les personnes handicapées.*

### **MDPH de la Dordogne (24)**

*La MDPH s'appuie sur un réseau de cinq CLIC [centre local d'information et de coordination], couvrant la totalité du territoire départemental. Ils sont relais d'information auprès des usagers de la MDPH, en charge de délivrer les informations sur les droits et prestations, d'orienter les personnes handicapées et leurs familles vers les dispositifs adaptés à leurs besoins et d'aider à remplir les dossiers. Une actualisation des connaissances des CLIC sur les prestations relevant de la MDPH est organisée chaque année. Leur activité auprès des personnes handicapées reste cependant limitée, les CLIC restant plus sollicités et mieux identifiés par les personnes âgées. Les CLIC s'efforcent toutefois de renforcer leur communication et leurs actions dans le champ du handicap, en organisant des manifestations particulières ou en animant un travail entre les partenaires de leur secteur.*

### **MDPH de Seine-et-Marne (77)**

*Par ailleurs, la mission accueil de la MDPH est également réalisée par cinquante-trois points d'accueil territoriaux conventionnés avec la MDPH. Ce sont principalement les SESSAD et les CCAS, mais également les centres hospitaliers et les centres pénitentiaires.*

### **MDPH de la Sarthe (72)**

*La MDPH ne disposant pas d'antennes dédiées sur le territoire sarthois, l'accueil des usagers handicapés est, dans un souci accru de proximité, également réalisé par les centres locaux d'information et de conseil (CLIC) dans le cadre de leur intégration au conseil départemental, et ce depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Répartis sur l'ensemble du département, les treize CLIC interviennent en relais de la MDPH pour assurer l'accueil et l'information des usagers en situation de handicap et de leur famille.*

### **MDPH du Puy-de-Dôme (63)**

*Diverses initiatives ont été engagées ces dernières années afin d'améliorer encore davantage la réponse pouvant être apportée par ces relais territoriaux et de formaliser des axes de collaboration avec les CLIC (centres locaux d'information et de coordination), les CCAS (centres communaux d'action sociale), les circonscriptions d'action médico-sociale.*

### **MDPH d'Ille-et-Vilaine (35)**

*L'accueil dans les treize CLIC est une véritable plus-value puisqu'il permet de recevoir 48 % de personnes handicapées en plus et au plus proche de leur domicile. 9 418 personnes ont été accueillies par les CLIC en leur qualité d'antenne de la MDPH.*

### **MDPH du Gard (30)**

*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 départemental pour un accueil décentralisé au sein de deux centres médico-sociaux au nord du département du Gard. Réalisé sur 2014, le bilan de cette expérimentation révèle une forte implication des agents d'accueil et des travailleurs sociaux du territoire concerné. Cette expérimentation répond à un besoin d'accessibilité, de rapprochement des lieux d'accueil au plus près des lieux de vie du public. Elle vise également à permettre un accès équitable à l'information sur l'ensemble du territoire [...].*

### MDPH des Alpes-de-Haute-Provence (04)

*Les centres médico-sociaux du conseil départemental sont des points relais importants de premier accueil.*

### MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)

*Les six antennes de la MDPH (quinze animateurs et six responsables consacrent 50 % de leur temps aux missions de la MDPH) accompagnent les personnes qui le souhaitent dans l'expression de leur demande et de leur projet de vie : cela concerne environ 30 % des demandes. Les associations dont les coordonnées figurent dans les dossiers sont également associées à cette démarche et peuvent être contactées directement par les personnes qui souhaitent être accompagnées.*

---

## L'utilisation des nouvelles technologies au service de l'accueil

Le rapprochement de la MDPH de ses publics passe également par des essais de nouvelles technologies comme les points visio-public. Ceux-ci permettent en effet à une personne de dialoguer à distance avec un professionnel de la MDPH.



---

### MDPH de la Haute-Loire (43)

*Pour les personnes qui ne peuvent se déplacer à la MDPH, le bureau de l'agent responsable de l'accueil téléphonique abrite le point visio-public (PVP) qui est un système de liaison par webcam interposée. Un PVP est à disposition dans les communautés de communes ainsi que dans les administrations. Un arrêt de son utilisation est prévu en 2015 et une réflexion est en cours au sein des services du conseil régional afin de proposer un dispositif plus simple d'accès aux usagers.*

---

## Des permanences ou des modalités d'accueil dédié

Les MDPH s'appuient sur des expertises extérieures et notamment celles portées par les associations afin de proposer **des permanences ou des modalités d'accueil dédié à certains types de handicap ou à certains types de public**. Elles peuvent accompagner les personnes handicapées ainsi que leurs familles dans leurs démarches et le remplissage de leur dossier. Elles soutiennent la personne dans l'expression de son projet de vie et l'informent sur ses droits.



---

### MDPH de la Gironde (33)

*La mise en œuvre des permanences assurées par un médiateur et un interprète en langue des signes de l'institution régionale des sourds et des aveugles (IRSA) a été négociée courant 2014 pour l'accueil physique et pour les réunions relatives aux audioprothèses.*

### MDPH de la Mayenne (53)

*Le collectif des aidants regroupant des associations gestionnaires de structures, des associations représentant les usagers et/ou leurs familles, qui tient des permanences depuis le mois de janvier 2014 dans les locaux de la MDA [maison de l'autonomie].*

## MDPH de la Vienne (86)

*Les équipes sociales de la MDPH et de DIAPASOM ont des permanences communes mensuelles où elles reçoivent des personnes atteintes d'une déficience auditive qui sollicitent un accompagnement social, sont dans une situation complexe et ont besoin que des axes d'accompagnement soient définis ou bien sollicitent à partir de vingt ans la PCH (forfait surdité). Les personnes sont accueillies dans ces permanences communes à l'initiative soit de la MDPH (accueil, équipe sociale, équipe pluridisciplinaire) soit des services de DIAPASOM. Toutefois, leur nombre a beaucoup diminué, car elles ne sont pas sollicitées par des usagers de la MDPH. Il s'agit de :*

- Association des paralysés de France : uniquement sur rendez-vous ;
- Autisme Vienne : uniquement sur rendez-vous ;
- FNATH : quatrième vendredi de chaque mois de 14 heures à 16 heures sur rendez-vous ;
- Comité départemental handisport : uniquement sur rendez-vous ;
- GHP : le troisième jeudi de chaque mois de 10 heures à 12 heures sur rendez-vous ;
- Dominer son handicap : uniquement sur rendez-vous.

---

## Une information de qualité

**L'accueil du public passe également par la mise à disposition des usagers d'une information de qualité et régulièrement mise à jour ainsi que par la participation de la MDPH à différentes manifestations.**

Certaines font état de leur avancée dans la mise en place d'un site internet afin de permettre aux usagers d'accéder aux informations générales. Ils peuvent ainsi télécharger les documents correspondant à leurs démarches.

Les plaquettes, les fiches pratiques, les guides d'information... sont largement cités comme supports de communication pour les MDPH.

Les événements de sensibilisation permettent aussi aux MDPH de poursuivre leur mission d'information. En effet, elles organisent des événements avec leurs partenaires à destination des professionnels ou du grand public. Elles interviennent notamment dans des colloques, journées portes ouvertes..., mais également dans des établissements médico-sociaux ainsi que dans des journaux et radios locaux.



### **MDPH de la Nièvre (58)**

*L'information concernant les missions de la MDPH passe aussi par le support « papier ». Au niveau de l'accueil et de la salle d'attente, les usagers ont la possibilité de consulter non seulement la plaquette de présentation de la MDPH de la Nièvre, mais aussi les plaquettes de nombreux dispositifs ou associations œuvrant dans le champ du handicap, mais aussi dans le champ professionnel.*

*Courant 2014, il a été constaté 27 124 connexions (pour 12 160 connexions en 2013) au site de la MDPH. Pour 2014, 10 637 connexions ont eu lieu pour la rubrique « Téléchargez les formulaires de demandes ». Les équipes de la MDPH se sont rendues auprès de différents partenaires pour mener des actions de sensibilisation. Le partenariat avec la radio Bac FM a permis, dans le cadre d'une émission intitulée *Emploi des personnes handicapées*, de présenter le dispositif d'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap lors de la semaine nationale de l'emploi. La MDPH est intervenue sur les ondes de Radio Morvan afin de présenter le concept de handicap et la question de l'employabilité des travailleurs handicapés.*

*Une émission de présentation du dispositif de la MDPH s'est tenue sur les ondes de RCF 58.*

### **MDPH de Lot-et-Garonne (47)**

*La MDPH participe à ces manifestations par la présence de certains de ses professionnels (agent d'accueil, assistantes sociales...).*

### **MDPH de la Sarthe (72)**

*Dans l'objectif de compléter l'accès aux informations proposées par le site internet, la MDPH souhaite mettre à disposition des usagers des « fiches communication » relatives aux principales prestations [...]. Ces fiches sont destinées aux usagers et seront disponibles au cours du premier semestre 2015 au sein de la MDPH, des CLIC et des circonscriptions.*

*La MDPH intervient régulièrement dans ses locaux ou au sein des structures dans le cadre d'une « présentation-échange ». Aussi, au cours de l'année 2014, elle a officié trente-cinq fois auprès des écoles d'infirmières (IFSI Croix-Rouge, CHS CHM) ; centres de formation pour adultes (CEFRAS, Via Formation, maison familiale rurale), des établissements médico-sociaux, des structures administratives privées ou publiques, des associations ou de futurs professionnels.*

*La MDPH est de plus en plus sollicitée par les établissements scolaires (collèges et lycées, généraux et professionnels) afin de présenter, dans un langage simple et adapté au jeune public, le « handicap dans la vie quotidienne ». Aussi, pour répondre aux attentes de cet auditoire en quête d'exemples concrets, la MDPH s'associe régulièrement avec une personne en situation de handicap qui, par son témoignage, complète totalement les notions théoriques. Ce binôme est très apprécié des chefs d'établissements.*



## 2. Le processus d'évaluation, cœur de métier des MDPH, se structure afin de concilier efficacité et qualité de service

### Optimiser l'organisation de l'évaluation

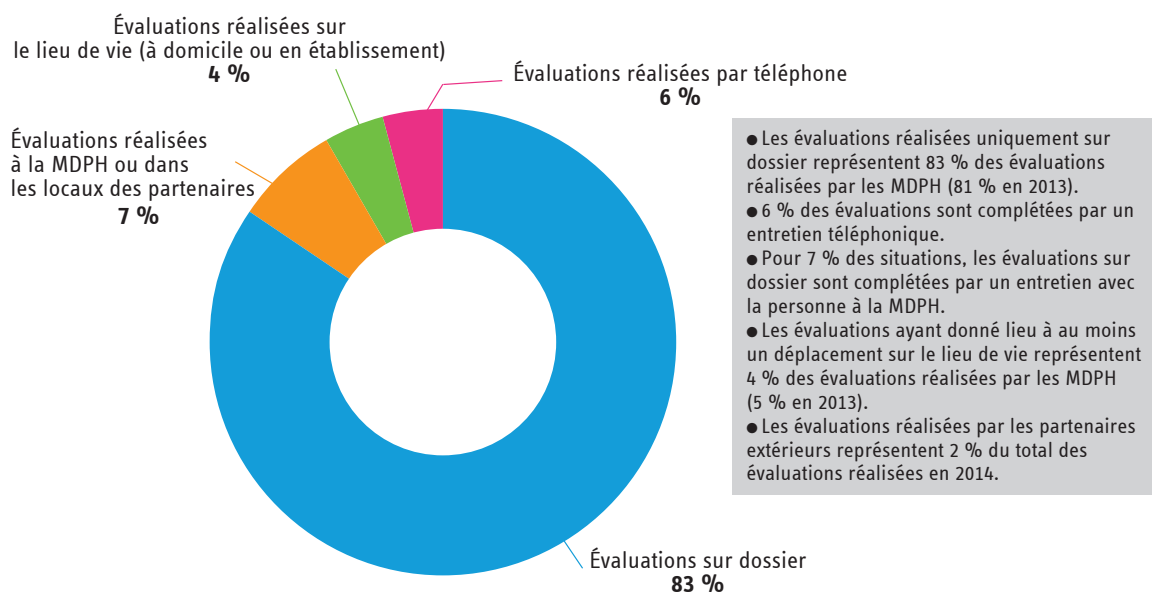
Les rapports font en effet état de la recherche d'une optimisation des organisations en matière d'évaluation afin de garantir la juste mobilisation des expertises internes et externes et de permettre aux équipes d'approfondir une évaluation, en tant que de besoins.

En 2014, 83 % des évaluations se font sur dossier contre 81 % en 2013. Cette augmentation peut être en partie l'expression de la charge de travail croissante, mais également le résultat d'une mobilisation du partenariat et d'un accueil renforcé permettant le dépôt de dossiers complets et largement documentés.

**Les évaluations ayant donné lieu à au moins un déplacement sur le lieu de vie représentent 4 % des évaluations réalisées par les MDPH (5 % en 2013).**

Les MDPH s'organisent pour définir le juste circuit d'évaluation en fonction de la qualité du dossier.

### Répartition des modes d'évaluation en 2014 Échantillon : 47 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2015.



### **MDPH de la Loire (42)**

*Une distinction est opérée entre une évaluation simple sur dossier et une évaluation approfondie qui peut nécessiter une rencontre de la personne (visite médicale, expertise, entretien avec un psychologue ou tout autre professionnel).*

### **MDPH des Hautes-Pyrénées (65)**

*Au cœur de l'évolution de nos organisations, le processus d'évaluation dispose d'un outil majeur, la mission coordination de l'évaluation. Cette mission évaluation se réunit tous les quinze jours, animée par le médecin coordonnateur et en présence des chefs de[s] services Enfants et Adultes ainsi que des référents employabilité, PCH, scolarisation et autres prestations.*

### **MDPH de l'Orne (61)**

*L'évaluation est réalisée à partir de la demande et du projet de vie de la personne. L'analyse des besoins est faite, dans un premier temps, en équipe pluridisciplinaire de tri (un médecin, une assistante sociale ou une ergothérapeute, psychologue enfant, le référent). Les bilans, comptes rendus, rapports réalisés par les professionnels qui accompagnent la personne sont étudiés par cette équipe de tri. Lors d'une première demande, d'une demande de réorientation ou si le projet de vie n'est pas « en accord » avec les bilans, une évaluation sera mandatée. Quatre équipes de tri se réunissent chaque semaine sur une demi-journée chacune : EP tri insertion professionnelle, EP tri PCH/AEEH/établissements enfants, EP tri PCH/établissements adultes, EP tri scolarité. 91 % des évaluations sont réalisées en interne dont 68 % sont réalisées sur dossier.*

### **MDA de la Côte-d'Or (21)**

*Afin de concilier la maîtrise des délais et le nécessaire approfondissement de l'évaluation, la MDPH a mis en place une procédure de tri. Une équipe composée d'un médecin, d'une infirmière et de cinq agents traite les dossiers dès leur arrivée. Les demandes les plus simples bénéficient d'un circuit rapide et simplifié.*

### **MDPH de Seine-et-Marne (77)**

*Mi-2014, compte tenu d'un allongement des délais sur ce circuit dit « court », une réorganisation a été effectuée. Les médecins traitent désormais ces dossiers en direct avec un gestionnaire au sein du service analyse et préparation. Cela permet de les inscrire immédiatement en CDAPH et de traiter ces dossiers très en amont du circuit classique et au sein d'un seul et même service. Les dossiers sont ainsi traités dans le flux de leur arrivée, et le stock qui s'était constitué jusqu'à la fin du premier semestre 2014 a été intégralement résorbé à la fin 2014. Cette résorption du stock se traduit par un pourcentage plus élevé de dossiers décidés en 2014 qui relevaient du TM [traitement médical] (50 %, pour 41 % des dossiers reçus). L'enjeu est désormais de maintenir un rythme de traitement de ces dossiers dits « simples ».*

### **MDPH de la Somme (80)**

*Au niveau de l'évaluation de la PCH aide humaine, nous notons peu ou pas de changements [...]. L'évaluation à domicile réalisée par le binôme « infirmier et assistant de service social » permet une approche globale de la personne handicapée. La complémentarité des professionnels apporte un réel bénéfice pour l'usager. L'observation de l'environnement et du mode de vie peut ainsi être relevée en parallèle de la réalisation de l'entretien. À domicile, les équipes évaluent en appui au référentiel d'évaluation multidimensionnel GEVA l'éligibilité à la PCH.*

### **MDPH du Cantal (15)**

*L'équipe pluridisciplinaire instruit la majorité des dossiers sur pièces ; cependant, pour les premières demandes d'allocation ou d'orientation, un entretien avec le travailleur social est organisé. Pour les premières demandes de PCH, une visite est effectuée au domicile par l'infirmière et/ou l'ergothérapeute. Elles déterminent ainsi les critères d'éligibilité de la prestation et affinent les besoins de compensation.*

**MDPH de la Haute-Loire (43)**

*Pour les demandes de prestation de compensation du handicap (PCH), une évaluation à domicile est réalisée par les assistantes sociales PA-PH du département. En 2014, 215 entretiens sociaux ont été effectués. Pour cette même prestation, lorsqu'une demande d'aménagement de logement ou d'aide technique est déposée, une ergothérapeute de la MDPH réalise en lien avec l'assistante sociale compétente territorialement une évaluation à domicile. En 2014, 162 évaluations ergothérapeutiques ont été réalisées.*

**MDPH du Cher (18)**

*Pour des situations complexes, l'évaluation peut être complétée par la mise en œuvre d'un point d'orientation sociale (POS). Organisé à un rythme mensuel, il permet dès le dépôt de demandes complexes ou en cours de traitement, par une vision partagée du médecin et du responsable du service compensation adulte, de déterminer le besoin éventuel d'éléments complémentaires pour mieux comprendre le contexte de la demande. Il amène en opportunité à déclencher des liaisons avec les professionnels intervenants déjà dans la situation : intervenant du dispositif RSA, service social spécialisé... Ils déterminent les modalités d'évaluation à mettre en œuvre pour la situation : visite à domicile d'un travailleur social, entretien médical, entretien médico-psychologique, entretien médico-social... La MDPH peut également activer une commission bimensuelle d'appui. Elle offre un espace de réflexion, d'appui technique aux professionnels du service compensation adulte pour évoquer des situations complexes cumulant des difficultés de définition de plan de compensation.*

**MDPH de l'Oise (60)**

*La rencontre avec les usagers est privilégiée en parallèle du traitement sur dossier ; soit 11,29 % des personnes ayant reçu une notification de décision ou un avis ont été rencontrées cette année majoritairement dans le cadre de l'évaluation des besoins de compensation. Deux modes de rencontres leur ont été proposés : les rencontres à la MDPH et les visites à domicile.*

**MDPH de Paris (75)**

*L'essentiel des évaluations est réalisé sur pièces, complétées le cas échéant par des contacts téléphoniques qu'il n'est pas possible de quantifier. Des questionnaires permettent également d'enrichir les informations transmises dans le formulaire CERFA :*

- *un questionnaire professionnel (que l'utilisateur doit retourner, accompagné de son CV [curriculum vitae]), notamment dans le cadre des demandes d'AAH ;*
- *un questionnaire psychiatrique permettant d'éclairer le contexte justifiant la demande, l'histoire de la maladie, l'évaluation de l'autonomie du patient, son intégration socioprofessionnelle ;*
- *un questionnaire à deux volets : aidant/aidé.*

**MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)**

*Pour les demandes adultes, une équipe primoévaluation composée d'un médecin, un professionnel médico-social ou d'un cadre. Les demandes d'enfants sont directement inscrites en équipes spécialisées en fonction de leurs caractéristiques selon la demande dominante.*

## Utilisation du GEVA et des outils proposés par la CNSA

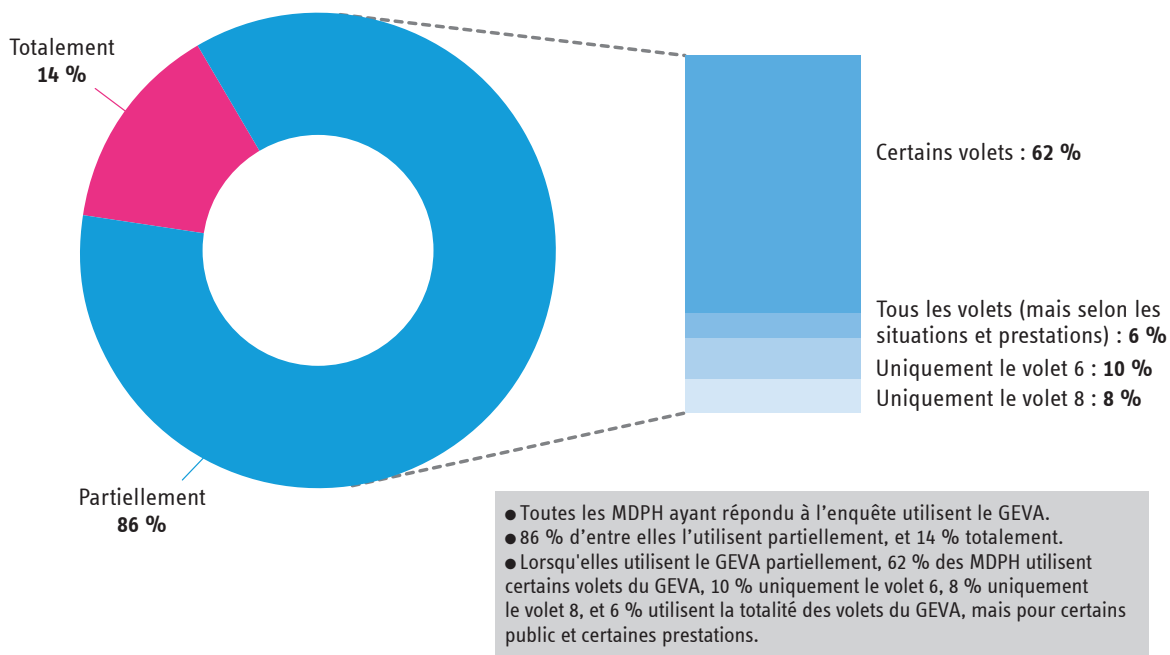
Les rapports témoignent d'une **utilisation du GEVA large, mais partielle, et plus largement des différents outils proposés par la CNSA.**

Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées est la référence réglementaire depuis le décret du 6 février 2008 et l'arrêté publié le 6 mai 2008. Le GEVA constitue ainsi la référence nationale pour l'évaluation des besoins de compensation pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH.

Ni mesure quantifiée du handicap ni outil d'éligibilité, le GEVA constitue le support à cette démarche. Il permet d'explorer, avec la personne handicapée, les dimensions nécessaires à l'évaluation des besoins, dont les domaines suivants : professionnel, scolaire, médical, environnemental...

Les résultats de l'enquête annuelle sur un échantillon de soixante-dix-neuf MDPH confirment qu'elles l'utilisent partiellement pour 86 % d'entre elles et totalement pour 14 %.

### Utilisation du guide d'évaluation des besoins (GEVA) Échantillon : 79 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

**À savoir :** volet 1 du GEVA : volet familial, social et budgétaire ; volet 2 : volet habitat et cadre de vie ; volet 3a : volet parcours de formation ; volet 3b : volet parcours professionnel ; volet 4 : volet médical ; volet 5 : volet psychologique ; volet 6 : volet activités, capacités fonctionnelles ; volet 7 : aides mises en œuvre ; volet 8 : synthèse.



### MDPH de la Réunion (974)

*Les évaluateurs s'appuient sur le guide-barème et le guide GEVA (volets 6 et 8) pour formaliser l'avis de l'équipe pluridisciplinaire. Les professionnels sont autonomes dans la saisie électronique des données sur le logiciel métiers IODAS. Sur chaque demande traitée, ils établissent un rapport pluridisciplinaire d'évaluation servant de support à la préparation détaillé de l'avis pluridisciplinaire devant la CDAPH.*

### MDPH de l'Aisne (02)

*Par ailleurs, afin de mieux prendre en compte la particularité de l'évaluation des besoins des enfants, lors des demandes de PCH Aide humaine, l'équipe pluridisciplinaire s'est approprié l'outil d'aide à la décision pour la prestation de compensation du handicap enfant, présenté par l'association AIRe avec le soutien de la CNSA.*

### MDPH de Paris (75)

*L'équipe pluridisciplinaire fonde son évaluation sur les outils d'éligibilité spécifiques à chaque prestation tels que le guide-barème, le GEVA ou le GEVA-Sco. Elle s'appuie également sur son guide de jurisprudence enrichi au fil du temps des décisions de la CDAPH.*

## L'enjeu de l'informatisation du processus d'évaluation

**L'informatisation du processus d'évaluation et le codage des déficiences constituent des enjeux majeurs pour une meilleure connaissance des publics** accueillis au sein des MDPH et bénéficiaires de prestations et de dispositifs.

Certaines MDPH ont intégré quelques données dans leur logiciel métier.

La CNSA s'est engagée au côté des MDPH, et notamment des équipes pluridisciplinaires, pour améliorer le codage des déficiences à travers une nomenclature simplifiée. **33 % des MDPH assurent aujourd'hui le codage des déficiences<sup>2</sup>**. Pour certaines, celui-ci est partiel, pour d'autres, il est assuré en totalité sur le flux des personnes qui déposent une demande à la MDPH. Dans le premier cas, les MDPH ont choisi de cibler un public selon un critère précis : par exemple, le public orienté en ESMS, les enfants, la tranche des 16-25 ans... Dans le second cas, il est intégré dans le flux de traitement.

Le codage des déficiences et, le cas échéant, des pathologies permet à la MDPH d'asseoir son rôle d'observatoire et d'améliorer la connaissance du public, ce qui se répercute sur l'adéquation de l'offre aux besoins. Lorsque les MDPH abordent la question du codage des déficiences, elles la rattachent souvent au sujet du suivi des décisions. Il est à noter que le codage des déficiences implique une organisation interne serrée dans un contexte où les équipes pluridisciplinaires ont déjà une charge de travail importante.

Les rapports d'activité proposent des analyses du public en combinant les déficiences par tranche d'âge et par sexe, mais ils utilisent également les déficiences pour décrire les publics orientés dans les établissements et services médico-sociaux ou éligibles aux différentes prestations.

<sup>2</sup> Source : Enquête des échanges annuels, CNSA, 2015.



### **MDPH des Ardennes (08)**

*La MDPH s'est engagée à recueillir et traiter des données relatives aux pathologies et déficiences permettant de qualifier la situation des personnes handicapées orientées en ESMS et leurs besoins : codage de l'origine des pathologies, de la pathologie principale et des déficiences. À noter que le lancement de cette démarche a été accompagné par l'attribution d'une subvention exceptionnelle de l'ARS, non reconduite en 2015. Cette démarche de codage s'articule avec celle portant sur le suivi des décisions d'orientation vers les ESMS et vise à accroître la connaissance des populations et de leurs besoins satisfaits et non satisfaits. Au 31 décembre 2014, les médecins de la MDPH ont ainsi codé 6 197 situations, soit 87 % des enfants et adultes bénéficiaires d'une orientation vers un établissement ou service médico-social. Ces données sont saisies dans le logiciel métier par les agents du service Gestion des droits des usagers. Intégré définitivement dans le processus d'évaluation des demandes, le codage des pathologies et des déficiences s'est poursuivi cette année.*

### **MDPH de l'Aube (10)**

*Malgré un effectif de médecins limité, la nature et la qualité des informations issues des évaluations médicales ont continué à être enrichies par la codification des pathologies et des déficiences. Ces données permettent de disposer d'une base d'information utile sur les problématiques de santé, les typologies de déficiences et le niveau de perte d'autonomie de la population du département. Elles contribueront à enrichir la nature des informations permettant d'illustrer les besoins et donc de guider les choix et les décisions des autorités administratives en charge de l'organisation des établissements et services médico-sociaux.*

### **MDPH de la Marne (51)**

*L'organisation [...] a toutefois été contrariée par la systématisation du codage CIM 10 qui augmente le temps moyen d'évaluation d'un dossier, notamment lors de sa première évaluation.*

### **MDPH de la Haute-Marne (52)**

*Nous approchons, en 2014, des 1 000 heures d'évaluation médicale par an, qui comprennent les seules équipes et les visites médicales.*

*Il faut compter aussi les heures nécessaires aux premières lectures médicales, aux demandes de compléments médicaux et surtout les saisies et codage des déficiences ou pathologies dans le logiciel SOLIS pour les 5 437 dossiers étudiés en 2014. À raison de dix minutes minimum par dossier, c'est encore 906 heures supplémentaires de travail nécessaires. Soit le double.*

### **MDA du Morbihan (56)**

*Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012, toutes les situations individuelles (qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes) faisant l'objet d'une demande transmise à la MDA sont typées dans une famille de déficience. Seule la déficience principale est prise en compte. [...] Le service du conseil et de l'évaluation médicale et médico-sociale de la DGISS [direction générale des interventions sanitaires et sociales] du département du Morbihan et l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDA se sont accordés sur le fait que la liste des familles de déficiences à retenir devait être conforme à la classification internationale des handicaps sans être trop longue. Les médecins de l'équipe pluridisciplinaire de la MDA identifient la déficience principale. Cette information ne relevant pas du champ de la pathologie n'est pas couverte par le secret médical, mais par le secret professionnel classique. Elle est donc saisie dans l'application SOLIS (sous forme de codification) par la MDA.*

### MDPH de la Haute-Saône (70)

*Suite à la vacance de poste de médecin qui perdurait depuis plus de trois ans, ce pôle a été doté d'une secrétaire médicale dans le cadre de l'optimisation des temps de médecin et du développement des procédures écrites de recherche de compléments d'information médicale. Ce secrétariat médical a permis, en continuant à décharger les médecins des tâches administratives et en participant à la saisie, avec l'arrivée du nouveau médecin à temps plein (fin octobre 2013) de mettre en place la codification des déficiences. Ainsi, à chaque évaluation, le médecin précise le code CIM 10 de la pathologie à l'origine du handicap, les diverses déficiences présentées par la personne (le plus souvent dénommée enfant dans ce document même si l'âge maximum est de vingt ans) et la déficience principale générant les limitations d'activité et les restrictions à la vie sociale, et particulièrement à la scolarité dans cette tranche d'âge. La codification des déficiences va se poursuivre, notamment au niveau des dossiers adultes. L'arrivée du nouveau médecin a permis le lancement du codage des déficiences, et le module IODAS permettant l'informatisation de la grille d'évaluation GEVA a donc été commandé au prestataire. À terme, la MDPH sera mieux à même de préciser la connaissance nécessaire pour éclairer les débats et stratégies des politiques publiques. À terme, la MDPH sera à même d'assurer la mission d'observatoire du handicap. Continuer le développement de l'outil informatique est indispensable pour ce faire, et exploiter la masse d'information qui y est enregistrée. Il conviendra, à ce titre, de suivre avec attention les travaux mis en œuvre au niveau national sur les systèmes d'information des MDPH.*

## Des équipes dédiées pour les jeunes de seize à vingt-cinq ans

On ne peut que constater le **développement d'organisations et/ou d'équipes pluridisciplinaires dédiées à l'analyse des situations de jeunes âgés de seize à vingt-cinq ans.**

Ces équipes regroupent différents professionnels du secteur enfant et adulte, en interne comme en externe, afin de garantir une expertise complète au service de l'anticipation du passage à l'âge adulte.



### MDPH du Vaucluse (84)

*La commission technique travail 16-25 (CTT 16-25) : cette commission réunit les partenaires du secteur adultes et enfants et a pour but d'examiner toute demande d'ORP [orientation professionnelle] pour un public de seize à vingt-cinq ans. Cette commission est composée de partenaires du SPE [service public de l'emploi] (Pôle emploi, Cap emploi et mission locale), de représentants d'ESAT [établissement et service d'aide par le travail] et de SAVS [service d'accompagnement à la vie sociale], mais aussi de certains partenaires du secteur enfants comme les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).*

### MDPH des Hautes-Alpes (05)

*Une EPE [équipe pluridisciplinaire d'évaluation] 16-25 ans se réunit, une fois par mois. Elle est composée d'un médecin MDPH, de représentants de Cap emploi 05, missions jeunes, le CIO [centre d'information et d'orientation], un CFA [centre de formation d'apprentis], IDEM 05, l'inspection académique. Elle est animée et coordonnée par le référent insertion professionnelle (RIP).*

### MDPH des Yvelines (78)

*Concernant les demandes « jeunes » 16-25 ans, la MDPH 78 a institué depuis 2013 des EPS [équipe pluridisciplinaire spécialisée] jeunes ; il s'agit d'évaluer dans ces équipes les demandes liées à la primo-insertion professionnelle des jeunes de seize à vingt-cinq ans, période faite de rupture. L'organisation de ces équipes est légèrement différente des deux autres équipes. Les séances regroupent trois CHL [coordinations handicap locales] et sont composées de professionnels des CHL, du référent insertion professionnelle, de la coordonnatrice enfance et de membres extérieurs (Cap emploi, mission locale, coordonnateur d'ULIS [unité localisée pour l'inclusion scolaire] Lycée).*

### **MDPH du Gard (30)**

*Équipe 16-25 ans : elle traite essentiellement de l'insertion professionnelle. Créée en 2011, l'équipe dite 16-25 ans se réunit une fois par mois. Elle est composée de membres de l'évaluation MDPH (assistante sociale, médecin, chef d'équipe « enfants », enseignant spécialisé, administratif, chef d'équipe adulte/référent insertion professionnelle), d'un représentant de la mission locale jeunes de la métropole de Nîmes, de Pôle emploi, d'un représentant d'IME [institut médico-éducatif] et d'ITEP [institut thérapeutique, éducatif et pédagogique], d'un représentant du centre de formation des apprentis spécialisés et d'un conseiller d'orientation professionnelle (Éducation nationale). Au cours de l'année 2014, elle s'est réunie onze fois pour l'examen de 208 dossiers (en 2013 : 12 EP/233 dossiers).*

### **MDPH de la Savoie (73)**

*En 2014, 1 163 dossiers de jeunes de 16-25 ans ont été présentés pour décision à la CDAPH qui s'est réunie lors de six séances. Quarante-trois accords de reconnaissance de travailleur handicapé, quarante et une orientations en milieu ordinaire, trente et une orientations en ESAT, quarante-quatre AAH, dix-sept CPO/CRP [centre de préorientation et de rééducation professionnelle], huit accords carte d'invalidité, vingt et un refus AAH, cinq refus RTH. La participation élargie aux missions locales jeunes, au sein des équipes pluridisciplinaires d'évaluation, permet de mieux connaître les situations des jeunes pour améliorer leur accompagnement.*

### **MDPH du Haut-Rhin (68)**

*La précommission 16-25 ans : l'équipe pluridisciplinaire a été créée sur la base de plusieurs constats, dont l'observation en interne de ruptures dans le parcours de certains jeunes sortis des dispositifs (IMPro [institut médico-professionnel], ULIS Pro...), déscolarisés du milieu ordinaire. Les jeunes reviennent vers la MDPH après un temps pour solliciter des aides et des orientations vers des dispositifs (formations, prestations, accompagnements). Leur projet de vie n'a pas évolué pendant la période de perte de contact. D'autre part, les partenaires expriment le besoin d'une réflexion commune afin de rechercher des solutions adaptées à une frange du public 16-25 ans pour lesquels un travail en réseau paraît nécessaire. Les jeunes sont rencontrés en amont de la commission par la coordonnatrice du dispositif et éventuellement par un médecin de la MDPH sur le site de Colmar ou de Mulhouse selon le lieu de résidence du jeune. Les trajectoires de ces jeunes nécessitent une réflexion commune, mais certaines situations restent néanmoins complexes. En 2014, 210 dossiers ont été analysés par la précommission 16-25. La majorité du public concerné se situe entre vingt et vingt-deux ans. La déficience principalement rencontrée est la déficience psychique. 25 % des troubles psychiques correspondent à des jeunes présentant des troubles autistiques. 68 % des dossiers examinés sont des premiers dossiers MDPH. Dans le cadre du travail initié par la CNSA sur le public 16-25 ans, le dispositif 16-25 ans de la MDPH du Haut-Rhin a été présenté lors de la journée CNSA dédiée « 16-25 ans », le 3 avril 2014.*



## Le partenariat dans le champ de l'évaluation reste une constante



### MDPH de Saône-et-Loire (71)

*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. Un autre marché est à l'étude pour une expertise sur les aides techniques visuelles très spécifiques et nécessitant des compétences particulières.*

## Un enjeu stratégique : la formation des évaluateurs

**La formation des évaluateurs est un enjeu stratégique** pour garantir l'application de la réglementation et l'équité de traitement.

La CNSA et le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) se sont associés dans le cadre d'une convention afin de garantir aux professionnels des MDPH des modules de formations de qualité.



### MDPH de la Seine-Saint-Denis (93)

*Une formation de trois jours à la prestation de compensation du handicap a été dispensée à l'ensemble des évaluateurs. L'objectif de cette formation « intra », Comprendre la notion de compensation, n'a été que partiellement atteint, le formateur ayant insuffisamment pris en compte la commande et le bon niveau de connaissances du public. L'organisme de formation a de ce fait « offert » une autre journée de formation à la MDPH. Les évaluateurs recrutés jusqu'à janvier 2014 ont tous suivi une formation au guide-barème. Ce stage devra être reconduit pour permettre son application par les médecins évaluateurs arrivés depuis. Il est désormais possible de l'organiser dans le cadre de la convention passée entre la CNSA et le CNFPT. Ces deux organismes ont constitué un vivier national de formateurs, dont un tiers travaille à la MDPH de la Seine-Saint-Denis. Neuf agents ont bénéficié d'une formation de formateurs, à charge de la MDPH pour le congé formation et du CNFPT pour les défraiements.*

### 3. Le processus de décision

Les membres de la CDAPH se réunissent plusieurs fois par mois en séance plénière, simplifiée, locale (restreinte) ou spécialisée. Plusieurs rapports mentionnent le renouvellement de la CDAPH dans les départements avec l'élection de nouveaux présidents et vice-présidents parmi les représentants des associations, les élus du conseil départemental, les représentants de l'État et de l'ARS.



#### **MDPH d'Indre-et-Loire (37)**

*Afin de privilégier l'approche des besoins des personnes handicapées dans leur globalité, les commissions sont organisées par tranche d'âge : une commission enfance, une commission 16-25 ans (la mise en place d'une CDA 16-25 ans répond bien aux objectifs qui ont prévalu à sa création, à savoir faciliter le passage à l'âge adulte et mieux identifier les problématiques spécifiques à cette tranche d'âge), une commission généraliste adulte (permet d'appréhender les besoins des personnes dans leur globalité). La commission des droits et de l'autonomie pour les personnes handicapées se réunit en moyenne une fois par semaine (une CDA enfance, une CDA 16-25 et deux CDA adulte par mois). En 2014, les membres de la commission ont été renouvelés, permettant à de nouvelles personnes de s'investir dans le processus de décision. Concernant plus particulièrement l'activité de la commission des droits et de l'autonomie, on constate que le nombre de décisions prises en 2014 a augmenté (+17,6 %) pour atteindre 37 113 décisions.*

#### **MDPH de l'Allier (03)**

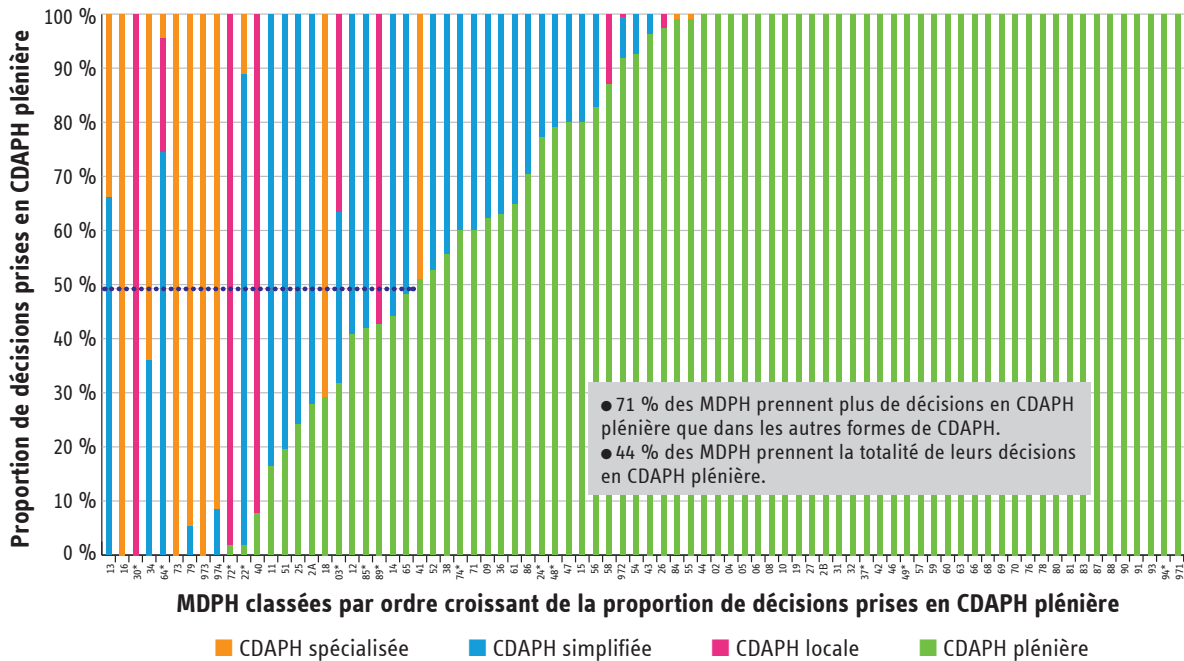
*La CDAPH reste organisée en : une commission plénière, composée de vingt-trois membres. Elle se réunit un mardi par mois et examine les recours et les situations complexes. L'implication des membres est toujours importante.*

*Trois commissions locales, soit une par arrondissement. Elles statuent sur toutes les premières demandes et révisions d'allocation, d'orientation et de formation professionnelle.*

*Une commission restreinte composée de trois membres (un représentant du conseil départemental, un représentant de l'État ou des organismes de protection sociale, un représentant des associations de personnes handicapées) se réunit avant chaque commission locale pour traiter les demandes relatives : aux renouvellements d'un droit ou d'une prestation « à l'identique » ; aux reconnaissances des conditions prévues au 2° de l'article L. 381-1 du Code de la sécurité sociale ; aux attributions de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention « priorité pour personnes handicapées » ; aux reconnaissances de la qualité de travailleur handicapé répondant aux conditions définies par l'article L. 323-10 du Code du travail ; aux situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.*

71 % des MDPH prennent plus de décisions en CDAPH plénière que dans les autres formes de CDAPH. 44 % des MDPH prennent la totalité de leurs décisions en CDAPH plénière.

### Part des décisions prises selon la nature de la CDAPH en 2014 Échantillon : 80 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 2015.

## Mise en place d'organisations spécifiques pour recevoir les usagers

Compte tenu du nombre de dossiers présentés en CDAPH, certaines mettent en place des **organisations spécifiques, notamment pour recevoir les usagers.**



### MDPH de la Vienne (86)

Toutes les personnes pour lesquelles il y a eu un envoi de plan personnalisé de compensation (PPC) sont informées de leur possibilité d'assister à la CDAPH. En 2014, 169 personnes ont été reçues par les membres de la CDAPH, soit 30 de plus qu'en 2013.

### MDPH du Rhône (69)

Des commissions préparatoires permettent de recevoir deux fois [par] semaine les usagers qui le souhaitent. Les membres sont donc sollicités trois fois par semaine. La nomination de trois suppléants pour chaque titulaire permet de répondre à cette fréquence. Un entretien téléphonique préalable permet d'identifier les situations pour lesquelles une CDA préparatoire est pertinente et d'expliquer si besoin le PPC au demandeur. Un compte rendu de l'entretien et de l'avis de la CDA préparatoire est joint au dossier de l'utilisateur. Le dossier est ensuite soumis à la CDA pour décision, les membres présents à la CDA préparatoire rapportant les propos de l'utilisateur et leur avis. Les usagers, pour la plupart, sont très satisfaits d'avoir été reçus et entendus même si aucune décision ne leur est donnée à la fin de la séance. Les membres apprécient également ce temps d'échange avec les demandeurs.

## Formation des membres de la CDAPH

Les efforts de formation des membres de la CDAPH, notamment pour les nouveaux membres, mais également de formations conjointes CDAPH et membres de l'équipe pluridisciplinaire se poursuivent.



### MDPH des Alpes-Maritimes (06)

En 2014, trois journées techniques ont été réalisées, avec pour thèmes : le fonctionnement de la CDAPH, les prestations pour enfants et adultes, la scolarisation. Ces journées ont renforcé la culture commune de l'ensemble des membres de la CDAPH en matière de mesures instruites par la MDPH.

### MDPH des Côtes-d'Armor (22)

Une large information a été organisée auprès des partenaires associatifs et institutionnels en mars 2014 afin d'assurer une bonne connaissance des missions de la CDAPH. Suite à l'appel à candidatures, le renouvellement d'un tiers des membres a été constaté. Les participations aux instances sont régulières et actives. Un programme de formation a été mis en place sous forme de présentations de dispositifs et de visites commentées d'établissements et services. Le comité permanent (émanation de la CDAPH) s'est réuni à trois reprises (janvier, avril et juin) pour examiner les points suivants et préparer ainsi la diffusion de l'information à l'ensemble de la commission : présentation du dispositif ITEP, présentation de la commission des situations critiques, élaboration du programme de formation, information sur le dispositif « familles d'accueil » et la PCH, modalités de réception des familles en commission, formalisations de décisions de CDAPH.

**MDPH de la Guyane (973)**

*Lors de l'installation des nouveaux membres, les dispositions réglementaires et légales qui régissent le fonctionnement de la CDAPH ont été présentées. Les membres sont également rendus destinataires des documents de la CNSA par un éclairage sur les différents dispositifs existants.*

**MDPH de la Haute-Vienne (87)**

*Depuis 2011, les trois MDPH du Limousin (Haute-Vienne, Corrèze, Creuse) organisent des rencontres départementales, auxquelles participent les trois présidents des CDAPH, les directeurs et leurs proches collaborateurs afin d'échanger sur les différentes pratiques et sur les éventuelles expérimentations menées dans le cadre du fonctionnement des CDAPH. En 2014, l'ordre du jour s'est inscrit dans la continuité des travaux commencés en 2013 et a porté plus particulièrement sur l'organisation des CDAPH (modalités, mode de présentation des dossiers, personnes reçues...) et leur fonctionnement (renouvellement présidence, règlement intérieur...).*

**MDPH de la Guadeloupe (971)**

*La formation information instaurée en 2010 s'est poursuivie tout au long de l'année. Les thèmes suivants ont été abordés : information Handitour, manifestation prévue pendant la Route du Rhum, complément AAH et circulaire relative à la capacité de travail < 5 %, présentation de l'École de la deuxième chance.*

**MDPH de la Vendée (85)**

*Chaque année, une journée d'information pour les membres de la CDAPH est organisée. Sur 2014, il a été abordé les règles de l'AAH-2, les formes de recours, le règlement à l'amiable des litiges.*

---

## Certains rapports font état d'initiatives en matière de compréhension des décisions

**MDPH de Paris (75)**

*Une première étape a été franchie en 2014 avec la participation d'une quinzaine d'agents de la MDPH à une formation au « Facile à lire et à comprendre » organisée par les Papillons Blancs de Paris. Cette journée complète a été l'occasion de découvrir, en présence d'usagers, les principes du FALC et d'examiner à cette lumière certains documents (brochures d'information et courriers de notification). Ce travail sera poursuivi en 2015. Il sera notamment examiné dans le cadre du groupe de travail MDPH/associations chargé de réfléchir aux améliorations pouvant être portées dans l'action de chaque acteur auprès des usagers. Les questions d'accessibilité et d'intelligibilité figureront évidemment au cœur des débats.*

---

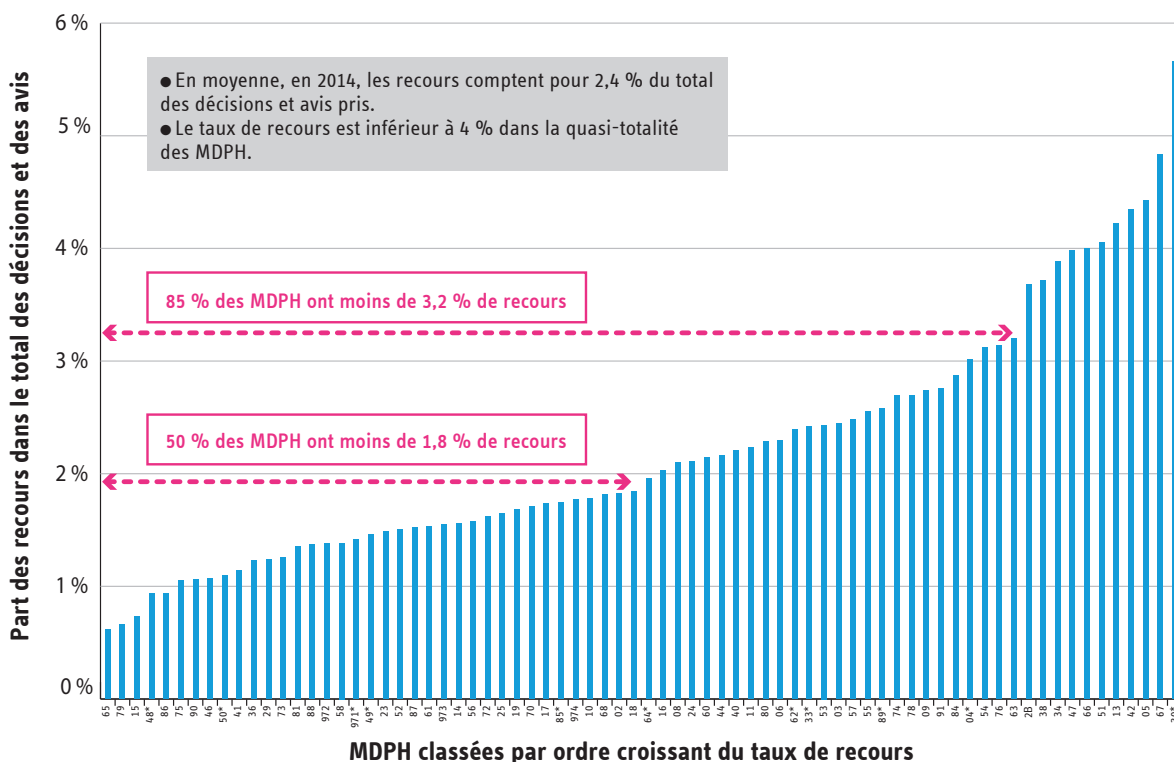
## 4. Les recours, la conciliation et la médiation

Lorsque l'utilisateur ou sa famille souhaite contester la décision émise par la CDAPH, ils peuvent déposer un recours ou demander une conciliation. **Les recours sont de deux natures : les recours gracieux (instruits par la MDPH) et les recours contentieux (instruits par une juridiction extérieure).**

Par ailleurs, la MDPH doit être en capacité de proposer des prestations de médiation afin de soutenir la personne dans les difficultés que celle-ci peut rencontrer dans ses relations avec d'autres partenaires.

En moyenne, en 2014, **2,4 % des décisions font l'objet d'un recours** (2,6 % en 2013).

**Part des recours gracieux et contentieux dans le total des décisions et des avis pris en 2014**  
Échantillon : 74 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.

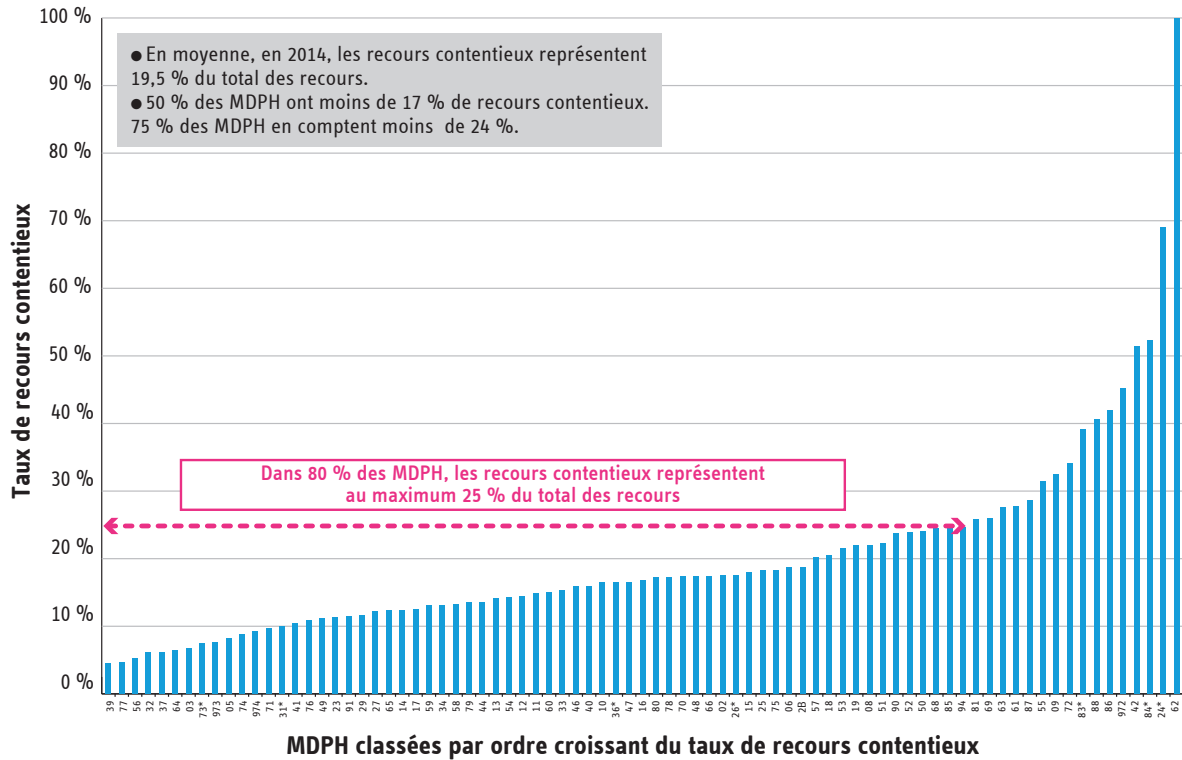
Source : CNSA, échanges annuels 2015.

## Les recours contentieux

En moyenne en 2014, **près d'un recours déposé sur cinq est un recours contentieux.**

50 % des MDPH ont moins de 17 % de recours contentieux. Dans 80 % des MDPH, les recours contentieux représentent moins de 25 % du total des recours.

**Part des recours contentieux dans le total des recours déclarés en 2014**  
Échantillon : 81 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 2015.

## Des recours gracieux mieux connus des personnes

**Le recours gracieux semble désormais mieux connu des personnes en situation de handicap et des familles.** Il porte généralement sur les cartes et les demandes d'AAH.



### **MDPH du Val-de-Marne (94)**

*En 2014, 613 adultes ont déposé un recours gracieux auprès de la CDAPH. Ces recours gracieux touchent toutes les prestations, mais comme les années précédentes, concernent particulièrement l'AAH (370 en 2014), les cartes d'invalidité/priorité (193) et enfin les cartes européennes de stationnement (125). Concernant les enfants, 81 recours gracieux ont été enregistrés (67 sur l'AEEH, 9 sur une carte d'invalidité, 5 sur des cartes européennes de stationnement). La MDPH du Val-de-Marne continue de mettre en œuvre sa politique de communication autour de la possibilité d'effectuer un recours gracieux et une gestion spécifique du traitement de ces recours. Ainsi, une attention particulière est portée à la recevabilité de ces demandes de recours gracieux. En effet, souvent la demande de recours gracieux est liée aux difficultés de compréhension des décisions de la CDAPH.*

### **MDPH des Hauts-de-Seine (92)**

*Concernant les adultes, près de la moitié des recours concernent des décisions relatives aux cartes et près d'un quart les décisions relatives à l'AAH. Enfants : les recours ont porté pour plus de la moitié sur l'AEEH et les compléments et pour plus d'un quart sur les orientations.*

### **MDPH de la Haute-Corse (2B)**

*Pour l'année 2014, 266 demandes de recours gracieux ont été déposées, alors qu'on en comptabilisait 201 en 2013.*

### **MDPH de la Marne (51)**

*Le nombre de recours a encore progressé en 2014, notamment s'agissant des recours gracieux. Enfants : 258 (129 en 2012 et 145 en 2013) ; adultes : 1 292 (679 en 2012 et 592 en 2013). Sur l'aspect qualitatif, le département se caractérise, à la différence de la moyenne nationale, par un taux très faible de confirmation des décisions initiales suite à un recours gracieux. Ce phénomène s'explique pour partie par des taux d'accord inférieurs aux taux nationaux sur les demandes qui impactent le plus, à savoir l'AAH, les cartes.*

### **MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)**

*Les recours gracieux sont stables et représentent 2,3 % des décisions. Par rapport à 2013, on note une légère diminution du nombre de recours gracieux pour l'AAH et les cartes. Les recours PCH, RQTH et travail représentent un volume beaucoup plus faible, mais sont en hausse sensible.*

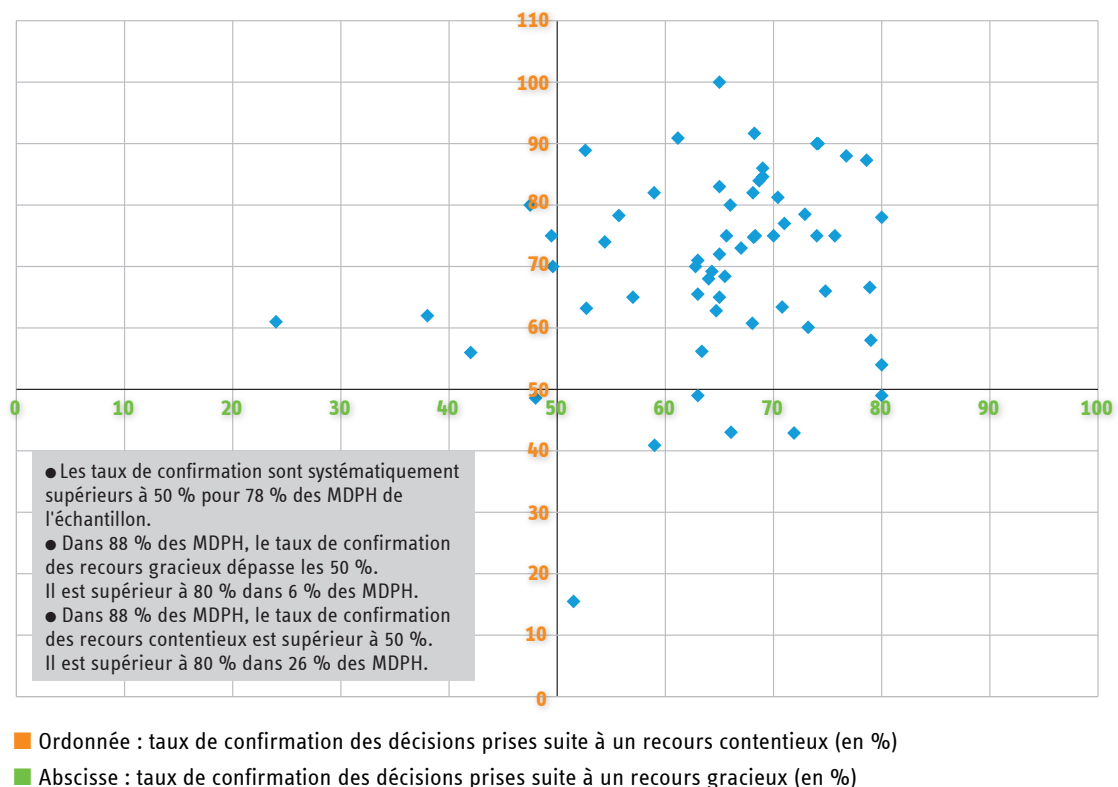


## Le taux de confirmation des recours contentieux

Dans 88 % des MDPH, le taux de confirmation des recours contentieux est supérieur à 50 %, et il est supérieur à 80 % dans 26 % des MDPH.

Dans certaines MDPH, le nombre de recours contentieux est à la baisse, tandis que d'autres MDPH observent une augmentation des recours. Les demandes portent notamment sur l'AAH, les cartes.

**Taux de confirmation des décisions prises suite à un recours  
(gracieux ou contentieux) en 2014**  
Échantillon : 60 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

### MDPH de l'Aude (11)

Le nombre de recours contentieux et le taux de contestation en termes de recours contentieux sont en léger recul (soixante-dix-neuf recours en 2014 contre quatre-vingt-dix en 2013 et 0,9 % en 2014 contre 1,3 % en 2013) ; la baisse du nombre de dossiers présentés devant la CDAPH au plus fort de la réorganisation pourrait en être la cause principale. En termes d'objet de recours, quand bien même le nombre de recours contentieux sur CES [carte européenne de stationnement] est en hausse, les recours à objet financier (AAH, PCH) restent les principaux objets de demande. Le nombre de décisions toutes juridictions confondues reste stable. Quatre-vingt-douze décisions mettant en cause la MDPH de l'Aude ont été prises par les tribunaux en 2014.

Le taux de confirmation des décisions de la CDAPH reste lui aussi stable, avoisinant les 80 % pour s'établir à 78,3 %. On notera que la MDPH se dotera avant l'été 2015 d'une procédure d'appel.

### **MDPH de l'Ariège (9)**

En 2014, 116 demandes de recours ont été déposées auprès du tribunal de l'incapacité. Ces recours portent essentiellement sur un désaccord de la part du demandeur quant au taux d'incapacité évalué par l'équipe pluridisciplinaire et par conséquent sur l'octroi des prestations associées et sur les renouvellements d'AAH RSD [restriction substantielle et durable à l'emploi] non accordés par la CDAPH suite à la révision des critères d'attribution prévue par la loi de juillet 2011. Ces recours concernent la demande des cartes (vingt-huit demandes), l'AAH ou complément de ressources (soixante-neuf demandes), l'AAEH et son complément (deux demandes) et la PCH (sept demandes). Sur les quatre-vingt-huit jugements rendus en 2014 :

- trente-huit dossiers ont fait l'objet d'une confirmation des décisions prises par la CDAPH ;
- pour cinquante demandes, dont trente demandes d'AAH, la décision de la CDAPH a été infirmée par le tribunal du contentieux de l'incapacité. En effet, la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE) est évaluée de manière plus large par le TCI qui, malgré la nouvelle réglementation sur l'AAH RSDAE, tient compte lors de l'évaluation de la situation de la personne de facteurs qui ne relèvent pas du handicap, tels que définis par le décret de 2011.

---

## **La procédure de conciliation**

**La procédure de conciliation est une procédure de traitement amiable des litiges relatifs aux décisions de la CDAPH, interne à la MDPH.**

Plusieurs personnes qualifiées peuvent être désignées pour assurer cette mission qui consiste à recevoir et à prendre en compte les réclamations individuelles des personnes handicapées, à expliciter le sens de la décision litigieuse ou à prendre connaissance d'éventuels éléments nouveaux susceptibles de la modifier.

En 2014, 85 % des MDPH (échantillon de quatre-vingt-deux MDPH) ont désigné une ou plusieurs personnes qualifiées chargées de mettre en œuvre une conciliation, alternative à un dépôt de recours ou, dans certains cas, qui se cumule au dépôt d'un recours. Néanmoins, dans certaines MDPH, le recours au conciliateur reste très marginal, voire absent.



---

### **MDPH des Landes (40)**

Deux conciliateurs ont été désignés, mais, à ce jour, ils n'ont pas été sollicités.

### **MDPH des Pyrénées-Atlantiques (64)**

Trois personnes figurent sur la liste des personnes qualifiées. Le directeur a été saisi de soixante-seize demandes de conciliation concernant essentiellement le secteur « adultes » (AAH et cartes) ; quatre-vingt-huit décisions ont été prises en 2014 (rejets majoritaires).

### **MDPH des Hauts-de-Seine (92)**

Deux personnes ont exercé la mission de personnes qualifiées en 2014. Soixante-quatre demandes, dont dix-neuf conciliations enfants. Quarante-cinq conciliations adultes portent essentiellement sur des prestations avec consultation des pièces médicales. Dix-neuf conciliations enfants ont fait l'objet d'un courrier type pour absence de conciliateur enfant et ont été réorientées vers un recours gracieux.

### MDPH du Doubs (25)

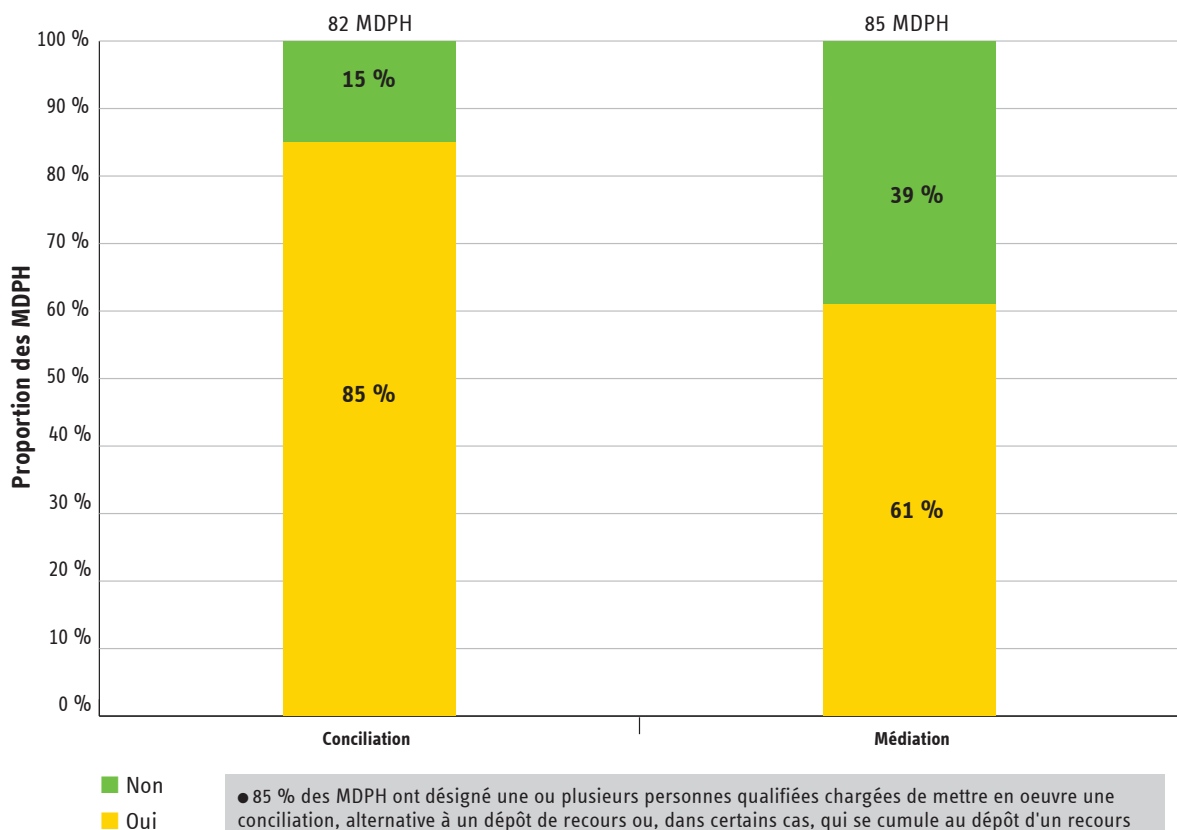
L'année 2014 a surtout été marquée par l'entrée en fonction de deux nouveaux conciliateurs et d'une hausse des entretiens. 143 demandes de conciliations ont, en effet, été enregistrées en 2014 pour 100 personnes (72 personnes avaient été reçues en 2013, soit une hausse de 38 % des entretiens). Comme pour les recours contentieux, la plupart concernent un rejet d'allocation pour adulte handicapé ou de carte. Dans la majorité des cas, la décision de la CDAPH est confirmée et quarante dossiers ont fait l'objet d'un recours gracieux.

### MDPH de l'Aveyron (12)

La procédure de conciliation a été mise en place à la MDPH après désignation de cinq personnes qualifiées en 2011. Au fil du temps, le nombre de conciliateurs s'est réduit, il n'est plus en 2014 que de deux, les intéressés ayant du mal à percevoir l'utilité de leur mission dans la mesure où la majorité des demandes de conciliation n'entraîne pas de révision de décision de la CDAPH. La présidente de la CDDPH a reçu vingt-deux demandes de conciliation en 2014. Vingt concernaient les adultes et portaient sur la contestation de quatre rejets de CPR [complément de ressources], cinq rejets de carte d'invalidité, onze rejets d'AAH, un rejet d'ORP, un rejet de RQTH, un concernait les enfants et portait sur la contestation d'un rejet d'AVS [auxiliaire de vie scolaire].

Quatorze dossiers ont été présentés en CDDPH sur l'année 2014. La commission a maintenu sa décision pour onze situations et a demandé le réexamen de trois situations.

## Modalités de règlement amiable des litiges pour les usagers des MDPH : la médiation et la conciliation (en 2014)



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

## La médiation

### L'activité liée à la médiation varie d'une façon générale d'une MDPH à l'autre.

Une grande partie des MDPH précise que la fonction de médiateur est assurée par un professionnel de la MDPH (notamment par la direction), qui assume par ailleurs d'autres missions.

La mission de médiation de la MDPH consiste à recevoir et à orienter les réclamations individuelles des personnes handicapées vers les services et autorités compétents. Cette activité est difficilement quantifiable, car les usagers peuvent être renseignés directement par téléphone.

Beaucoup insistent sur le fait que le travail de médiation permet d'éviter le recours dans de nombreux cas.



---

### MDPH du Lot (46)

*La médiation est assurée par la directrice. Le défenseur des droits tient une permanence dans le bâtiment dans lequel se trouve la MDPH. Depuis 2010, la MDPH a été amenée à fournir des informations sur deux ou trois situations. En 2014, il n'y a pas eu de contact. Il arrive aussi que les usagers écrivent au préfet ou au ministre. Ces démarches qui nécessitent des réponses de ces institutions amènent la MDPH à faire quelques écrits.*

### MDPH d'Eure-et-Loir (28)

*La MDPH d'Eure-et-Loir n'a pas de médiateur désigné spécifiquement en son sein. Cependant, le recours à la médiation par les différents chefs de service est mise en œuvre en tant que de besoins 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.*

---

## 5. De nombreux chantiers organisationnels et projets innovants visent à apporter des progrès en matière d'efficacité et de qualité de service

### Les MDPH sont en recherche d'efficacité

Dans ce contexte d'activité toujours croissante, les rapports continuent de faire état de projets de service et de réorganisation, qui visent à trouver des marges d'efficacité.



#### MDPH de Paris (75)

L'année 2014 a été marquée pour la MDPH de Paris par la poursuite du redressement de l'activité, qui a atteint son plus haut niveau historique. Ce redressement est le résultat intermédiaire d'un plan global qui doit permettre de franchir en 2015 un nouveau palier quantitatif de façon à réduire de façon significative les délais globaux de traitement, tout en demeurant dans un cadre budgétaire maîtrisé. Le plan de réduction des délais, mis en œuvre à compter du printemps 2014, repose sur les mesures complémentaires suivantes :

- l'amélioration du pilotage de l'activité, en dépit des limites des outils métier : des requêtes ont été construites afin de mieux prioriser les dossiers en attente ; par ailleurs, le suivi et la fiabilité des objectifs individuels ont été renforcés. Le plan en lui-même fait l'objet d'un suivi mensuel avec l'ensemble des cadres de la MDPH ;
- la réorganisation des fonctions administratives, au travers d'une simplification et d'une automatisation de certaines tâches. La répartition des dossiers entre unités du pôle Évaluation est désormais assurée directement par les instructeurs ; la distribution des dossiers entre évaluateurs repose désormais sur des requêtes ; le temps consacré à l'édition des notifications doit pouvoir être réduit par la mise en place d'une notification unifiée des décisions de CDAPH, qui aboutira en 2015 ;
- la réorganisation des fonctions d'évaluation : le temps d'évaluation médicale a été réalloué pour accélérer le traitement des dossiers qui représentent l'essentiel du stock en attente (AAH...) ; la composition des équipes chargées de l'ouverture est désormais plus finement adaptée aux caractéristiques des dossiers ; des temps de secrétariat sont redéployés pour libérer les évaluateurs ;
- enfin, le renfort de l'évaluation, assuré pour partie par conversion de moyens administratifs. S'y adjoint un renfort infirmier sur dix mois, destiné notamment au traitement des demandes isolées de cartes. Quelques recrutements de qualité y contribuent également.

#### MDPH de la Charente-Maritime (17)

Après une profonde réorganisation des services de la MDPH en 2013 et la mise en place de quatre pôles, l'année 2014 a été consacrée à la poursuite de la mise en œuvre du projet de service. En effet, chacun a dû s'approprier les nouveaux processus et, pour certains agents particulièrement, leur nouvelle fiche de poste. En outre, certaines adaptations par rapport au projet initial se sont avérées nécessaires, en fonction des contraintes internes et externes. Les réunions de service, organisées régulièrement dans chacun des pôles, permettent d'ajuster l'organisation dans la mise en œuvre quotidienne. En juin 2014, un séminaire a réuni l'ensemble du personnel pendant une journée, avec notamment pour objectif de permettre à chaque agent d'effectuer un bilan individuel sur son poste dans la nouvelle organisation et de réaliser une évaluation collective, par pôle, des actions menées dans le cadre du projet de service et de celles qui restent à mettre en place.

### **MDPH de la Seine-Maritime (76)**

*Un groupe de travail interne a été mis en place en fin d'année 2014, qui s'est poursuivi en 2015, piloté par le chef de projets de la MDPH avec le soutien d'un ingénieur spécialisé dans les méthodes et processus, responsable de la cellule « SI Social » au département. Ce groupe a formulé différentes propositions qui sont actuellement présentées à l'ensemble des agents de la MDPH pour avis. L'augmentation continue du nombre de dossiers et la raréfaction des professionnels médico-sociaux conduisent également les services de la MDPH à s'interroger sur le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire, afin que celle-ci reste en capacité de maintenir sa qualité de service au niveau de l'évaluation, dans le respect des compétences de chacun, tout en parvenant à instruire les demandes dans les délais impartis. Pilotée par la coordonnatrice de l'équipe pluridisciplinaire, la réflexion vise à organiser, de manière plus systématique, des équipes d'évaluation de première lecture (en capacité de statuer directement sur un certain nombre de demandes) et de limiter les équipes de second niveau pour les situations nécessitant une expertise plus importante. Cette réflexion s'appuie sur le rapport publié en septembre 2014 par Cékoïa Conseil à la demande du Haut Conseil de la santé publique pour lequel la MDPH avait été auditée.*

### **MDPH de l'Hérault (34)**

*Devant l'augmentation des demandes, un travail a été engagé au pôle enfants : sectorisation des instructeurs – procédure instruction/évaluation/renouvellement en établissement allégée – construction d'un guide de procédure et circuit des demandes – harmonisation des pratiques d'évaluation.*

### **MDPH de l'Aisne (02)**

*L'activité du pôle a donc de nouveau augmenté en 2014. Des changements dans l'organisation ont permis dans le passé de la rationaliser et de répartir de façon plus équilibrée les dossiers sur l'ensemble des gestionnaires affectés à l'instruction des dossiers. Néanmoins, le niveau d'activité devient tendu, le rythme d'activité soutenu et le contenu assez répétitif (rationalisation des tâches). Des améliorations en termes de plus de rationalisation des tâches apparaissent à présent extrêmement réduites.*

*La recherche constante d'aménagements informatiques, d'améliorations pour la fluidité des dossiers, de simplification des outils ou supports, d'analyse de l'activité sont, eux, des axes de travail à poursuivre.*

### **MDPH du Var (83)**

*L'augmentation importante des demandes au cours de l'année 2013 a créé des tensions sur les délais, la MDPH n'était plus en mesure d'instruire les demandes dans le délai réglementaire de quatre mois. Pour avoir plus d'efficacité, notamment les mois précédents chaque rentrée scolaire où les demandes de scolarisation augmentent, les instructions des dossiers adultes et enfants ont été fusionnées en fin d'année 2013. Cette modification de l'organisation a nécessité une implication importante des instructeurs sur les dispositifs enfants et adultes et une formation des agents a été organisée en 2014.*

## IMPACT, un projet expérimental au service de la simplification des démarches pour l'utilisateur et de plus d'efficacité pour les MDPH

Le Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP), la CNSA et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ont lancé au cours du premier trimestre 2014 un projet expérimental nommé IMPACT – pour innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires.

Ce projet fait suite aux travaux de diagnostic du SGMAP au sein de quatre MDPH, en 2013, pour mieux appréhender les circuits et processus de traitement d'un dossier et identifier ainsi les points de blocage et les leviers éventuels de simplification, modernisation et amélioration pour l'utilisateur et les équipes des MDPH.

Le projet IMPACT intervient dans une période charnière pour les MDPH, alors que leur activité continue d'augmenter dans un contexte de stagnation, voire de diminution des moyens, avec des attentes toujours importantes des personnes en situation de handicap et de leurs proches.

**Une équipe projet nationale – SGMAP/DGCS/CNSA – accompagne l'expérimentation au sein de la MDPH du Calvados – 37 000 demandes en 2014 – et de la MDPH du Nord – 170 800 demandes –** de modalités optimisées de traitement des dossiers, préalablement travaillées avec les équipes et concertées avec les associations représentatives des personnes en situation de handicap dans le cadre d'un groupe de travail dédié.

Un comité de pilotage national valide les livrables et les étapes de la démarche, qui sont ensuite présentés au niveau local à un comité territorial. Une première étape de capitalisation des travaux antérieurs, d'approfondissement du diagnostic sur les deux MDPH et de revue de dossiers a permis de consolider les constats et les hypothèses de travail.

Les objectifs de l'expérimentation sont de répondre aux difficultés identifiées pour les usagers et pour les équipes des MDPH par des solutions pragmatiques, conçues, prototypées et testées au fur et à mesure dans une logique d'amélioration continue :

- complexité perçue par les usagers : refonte du formulaire en repartant de l'utilisateur, de sa situation et de ses attentes et développement d'un outil de dématérialisation de la demande avec aides en ligne interactives ;
- nécessité d'améliorer la gestion des flux de demandes croissants en améliorant l'exhaustivité et la qualité de l'information entrante : refonte du dossier de demande, du contenu et de la transmission dématérialisée du certificat médical, plate-forme d'échange avec les partenaires, nouveaux modes de travail à l'accueil et à l'instruction ;
- enjeu de conciliation entre l'efficacité et la qualité de l'évaluation : accompagnement du travail de l'EPE, développement d'outils en support aux nouveaux modes opératoires.

L'expérimentation, prévue initialement sur une durée de neuf mois, a démarré en février 2014. Cependant, une réévaluation de son calendrier s'est avérée nécessaire. Le projet devrait se terminer par une évaluation finale programmée en décembre 2015. L'année 2014 a été marquée par six mois de travaux de diagnostic et de préparation d'outils, jusqu'en juillet 2014 ; quatre mois de phase de test, jusqu'en octobre 2014 ; une phase 2 en double circuit – processus IMPACT/processus initial pour les mêmes dossiers, qui vient de se terminer. Les dossiers issus des deux MDPH ont été par ailleurs revus par un groupe expert national mis en place par la CNSA.



## MDPH du Nord (59)

*La MDPH du Nord est pilote, avec la MDPH du Calvados, du projet national IMPACT. Ce projet vise à améliorer la qualité de service rendu aux personnes en situation de handicap. Un formulaire expérimental est actuellement en phase de test. L'objectif final est d'obtenir la « cerfatisation » pour un déploiement au niveau national. Dans le cadre de ce projet, un diagnostic a été réalisé. Il en ressort que le formulaire de demande actuel est à la fois complexe à remplir pour les usagers et ne permet pas aux MDPH de recueillir les données nécessaires à l'évaluation.*

*Par ailleurs, il ne répond pas à l'objectif d'une évaluation globale des besoins de la personne en situation de handicap. En effet, c'est à l'utilisateur de « cocher » les prestations qu'il souhaite obtenir, ce qui suppose qu'il les connaisse. S'il a oublié de cocher une prestation à laquelle il pourrait prétendre, il n'y aura pas d'ouverture de droits, et l'utilisateur devra formuler une nouvelle demande. Suite à des groupes de travail menés avec des professionnels des MDPH, des associations et des usagers, sous l'égide du SGMAP et de la CNSA, un nouveau formulaire a été élaboré. Ce formulaire facilite l'expression du projet de vie de l'utilisateur et la description des conséquences de son handicap sur sa vie quotidienne, dans son environnement scolaire ou professionnel. Par ailleurs, l'utilisateur ne « coche » plus des prestations : il exprime ses besoins, et les équipes d'évaluation peuvent proposer toutes les prestations qui leur semblent adaptées. Phase 1 : la première phase d'expérimentation du nouveau formulaire s'est déroulée en août et en septembre 2014. Elle a mobilisé des partenaires et les chargés de relation usager des sites de Villeneuve-d'Ascq et Valenciennes. Cette phase consistait à tester le remplissage du nouveau formulaire avec des usagers volontaires, pour recueillir leurs réactions ainsi que celles des professionnels qui les accompagnaient, via un questionnaire en ligne. Cette première phase a montré l'intérêt du nouveau formulaire et a permis d'y apporter des améliorations. Phase 2 : la deuxième phase s'est déroulée d'octobre 2014 à janvier 2015. Elle a consisté à tester l'évaluation sur la base du nouveau formulaire. Les usagers volontaires remplissaient le CERFA actuel et le formulaire IMPACT. Puis, en interne, nous avons organisé une évaluation en double aveugle. Concrètement, les décisions continuaient à être prises sur la base du formulaire actuel, suite aux propositions formulées par les EP [équipe pluridisciplinaire] habituelles (les membres de ces EP n'ayant pas accès au formulaire IMPACT). En parallèle, nous avons mobilisé des EP particulières chargées d'évaluer sur la base du formulaire IMPACT. Trois EP ont été constituées, correspondant aux trois « trajectoires » du nouveau formulaire. Au niveau de l'accueil, trois référents du projet à Villeneuve-d'Ascq et deux à Valenciennes ont été mobilisés. Environ cent dossiers ont été évalués en double durant cette phase 2. Parmi eux, cinquante dossiers ont été transmis à la CNSA, pour être revus par un groupe d'experts. Nous transmettons actuellement toutes les données concernant les deux évaluations à la CNSA et au SGMAP, pour leur permettre de faire une analyse comparée. Le Calvados fait de même. Un bilan de la phase 2 sera proposé très prochainement aux partenaires et aux professionnels ayant participé à l'expérimentation. Phase 3 : une troisième phase, l'expérimentation en « conditions réelles » du nouveau formulaire débutera début 2015. À cette occasion, un service de télétransmission des demandes devrait également être testé. Nous continuons à travailler avec l'équipe du SGMAP et la CNSA pour régler tous les aspects pratiques de cette nouvelle étape (organisation interne et formation de nos équipes qui auront à évaluer les demandes IMPACT, mode de transmission des dossiers, mise en œuvre d'un téléservice permettant la saisie en ligne et l'envoi numérique du dossier, lien avec la CAF [caisse d'allocations familiale] du Nord pour sécuriser les demandes de prestations financières...). Certificat médical : en parallèle de l'expérimentation du nouveau formulaire, un nouveau CM a également été élaboré, après un travail avec des médecins de MDPH, libéraux ou travaillant en établissement médico-social. Ce formulaire est également expérimenté : concrètement, des usagers peuvent utiliser ce nouveau CM et nous l'adresser avec le dossier classique.*



### MDPH du Calvados (14)

*Participation au projet IMPACT : groupes de travail et mise en œuvre des deux premières phases, concernant le questionnaire de demandes. La mise en œuvre de ce projet a fortement mobilisé l'ensemble du personnel de la MDPH tout au long de cette année, et notamment les personnels d'accueil et d'instruction. Le temps mobilisé pour accompagner les usagers dans le remplissage du nouveau formulaire de demandes peut varier de trente minutes à une heure. Cette démarche induit une remise en question du dispositif d'accueil, un mode d'accompagnement nouveau et nécessite que les agents s'adaptent aux contraintes de cette expérimentation, tout en assurant leurs missions quotidiennes. Dans le cadre de l'expérimentation IMPACT, il a été procédé à la mise en place d'un téléservice pour recueillir les avis des usagers et d'un flyer à destination des médecins traitants concernant la dématérialisation du certificat médical, en lien avec la réflexion menée avec la CNSA. La démarche est globalement bien perçue par les usagers.*

---

### Un référentiel de missions et de qualité de service

Les travaux engagés avec les directeurs de MDPH et les conseils départementaux en 2012 et 2013 (séminaires d'analyse de la consolidation des maquettes en 2012 et 2013, ateliers avec les directeurs en juin 2013) ont permis d'identifier une demande d'outils de pilotage, de mesure de la qualité de service et d'un référentiel de mission et de qualité de service attendu des MDPH.

La CNSA s'est donc engagée dans ce travail de rédaction d'un référentiel de missions et de qualité de service avec des MDPH volontaires et les associations représentatives des personnes en situation de handicap. Ce travail, finalisé en 2015 :

- s'appuie sur le périmètre de missions et des attentes qualitatives définies au moment de la préfiguration des MDPH, en tant que projection sur un dispositif à créer tenant compte des ambitions de la loi du 11 février 2005 ;
- répond à la nécessité de mettre à jour ce socle commun de référence garant de l'équité de traitement après dix ans de fonctionnement ;
- dans un contexte de progression du volume d'activité et de nouvelles missions alors que les moyens se stabilisent.

Validé par le Conseil de la CNSA en 2015, le référentiel sera annexé aux futures conventions pluriannuelles, renouvelées avec les départements courant 2016.

## La mesure de satisfaction des usagers

Pour mémoire, en 2007, la CNSA avait engagé une réflexion avec les MDPH et les représentants des personnes en situation de handicap afin de proposer aux départements volontaires un dispositif de mesure de la satisfaction des usagers. Dans le cadre d'un marché public, les questionnaires élaborés avec les associations étaient collectés par un organisme extérieur chargé de les analyser et de proposer une restitution locale et une consolidation nationale. La deuxième vague du dispositif, sur la période 2009-2012, a été suivie par un comité partenarial. Ce dispositif a été élaboré dans le cadre d'une démarche participative et partenariale. Le dispositif concernait tout usager ayant effectué des démarches auprès de sa MDPH au cours du dernier trimestre. L'utilisateur pouvait répondre soit en ligne soit par courrier.

Le dispositif a été arrêté fin 2012 au regard du nombre très restreint de questionnaires collectés, et il a été convenu de mener une réflexion au niveau national.

De nombreuses MDPH sont dans l'attente d'un nouveau dispositif. Certains rapports font état de démarches locales de mesure de satisfaction des usagers.



### MDPH de l'Indre (36)

*Le questionnaire de satisfaction réalisé par la CNSA a été mis à disposition du public à l'accueil physique. Il est très peu renseigné malgré les propositions des agents d'accueil, les usagers préférant directement faire part de leurs observations oralement lors de rendez-vous, à l'accueil, par téléphone ou par courrier.*

### MDPH des Pyrénées-Orientales (66)

*La MDPH a mis en place une enquête de satisfaction des usagers centrée sur les fonctions d'accueil. Le contenu et la forme de celle-ci ont été travaillés avec le comité des usagers de la MDPH. L'enquête est en service depuis 2013 à l'accueil de la MDPH ainsi que sur la page web de la MDPH. Pour 2014, une nette amélioration de la satisfaction des usagers. 49 % des répondants disent connaître la MDPH, 19 % sont envoyés par un tiers et 18 % se repèrent grâce à internet. 72 % des répondants sont satisfaits des délais de réponse, et 75 % les estiment compréhensibles.*

### MDPH du Var (83)

*Le document édité par la CNSA, qui indique aux usagers le site sur lequel un questionnaire au format électronique peut être renseigné, est affiché à l'accueil de la MDPH. Par ailleurs, des plaquettes d'information sont à la disposition des usagers. Néanmoins, peu de personnes renseignent ce questionnaire.*

### MDPH de Paris (75)

*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. Début 2015, dans le cadre de QualiPARIS, une enquête spécifique a été conduite auprès d'un panel d'usagers des différents accueils. Réalisée entre janvier et mars, l'avis de 250 usagers a été recueilli : 147 en face à face, et 103 via le site internet. Le taux de satisfaction global s'établit à 85 % et a permis de mettre en exergue les points forts, notamment l'amabilité et la disponibilité des agents, le temps d'attente, les conditions d'accueil physique. Parmi les axes d'amélioration figurent, d'une part, les délais, à la fois de traitement des dossiers et de réponse aux sollicitations à distance (réponse au téléphone et aux courriers), la clarté des informations données et, enfin, l'accessibilité de l'information.*

La CNSA a donc engagé au deuxième semestre 2014 un travail de définition d'un nouveau dispositif de mesure de la satisfaction des usagers en s'appuyant sur le retour d'expérience du dispositif antérieur, sur l'expertise apportée par le SGMAP en matière d'enquêtes usagers et sur un groupe de travail de MDPH volontaires et de représentants des personnes en situation de handicap.



#### **MDPH du Calvados (14)**

*Depuis l'arrêt du dispositif mis en place par la CNSA, la MDPH n'a pas conçu de dispositif particulier pour mesurer la satisfaction des usagers. Toutefois, un des moyens d'approcher la mesure de satisfaction des usagers est l'indicateur « taux de recours ». En effet, la qualité du travail réalisé par la MDPH peut être explorée à travers le taux de confirmation des décisions (et avis), en particulier par les juridictions du contentieux. Par ailleurs, l'entrée de la MDPH dans l'expérimentation IMPACT a permis, lors des deux premières phases, de recueillir un certain nombre d'informations inhérentes aux missions de la MDPH et à son fonctionnement, mais également sur les axes d'améliorations attendues par les usagers en termes de process et d'outils. Ce sont autant d'éléments dont doit s'emparer la MDPH du Calvados pour améliorer la qualité de service rendu.*

## **6. Les MDPH doivent pouvoir compter sur leurs systèmes d'information, largement perfectibles, pour gagner en efficience et en efficacité**

La question des systèmes d'information est une préoccupation locale et nationale.

Pour mémoire, l'année 2010 a constitué pour l'ensemble des MDPH la première année d'utilisation de leur logiciel, développé principalement à partir d'outils existants. Les MDPH ont cherché à les améliorer, elles ont investi beaucoup d'énergie, de temps de professionnels, de formation et de moyens financiers pour des résultats limités en matière d'ergonomie et d'efficacité au regard de la charge de travail.

Les MDPH insistent sur le fait que les évolutions du système d'information ne connaissent pas le même rythme que celles de leurs obligations, notamment en ce qui concerne la liste d'attente et la réalisation des plans personnalisés de scolarisation (PPS).



#### **MDPH de la Haute-Marne (52)**

*Le système d'information utilisé par la MDPH 52 reste le même logiciel depuis 2009 avec une nouvelle appellation SOLIS depuis 2012 (autrefois PERCEVAL). En avril 2013, nous avons 14 968 dossiers actifs dans ce logiciel. Fin décembre 2014, nous avons 16 200 dossiers gérés par le logiciel SOLIS.*

#### **MDA du Morbihan (56)**

*Depuis juin 2008, le progiciel SOLIS (ex-PERCEVAL) a été mis en production afin de remplacer les anciennes applications métier ITAC et OPALES.*

### **MDPH du Bas-Rhin (67)**

*Le système d'information mobilisé par la MDPH du Bas-Rhin est IODAS (par l'éditeur GFI) à l'exception du fonds de compensation qui n'est pas encore intégré au même système d'information.*

### **MDPH de la Creuse (23)**

*Le système d'information utilisé est un outil « maison » créé par la DISC [direction de l'informatique et des systèmes de communication] du conseil départemental. Un chef de projet informatique étant mis à disposition de la MDPH à temps complet, la finalisation de l'outil métier a ainsi pu avancer plus rapidement. L'avantage de cet outil maison est que les évolutions nécessaires peuvent être plus aisément déployées, d'avoir plus de réactivité lorsqu'une évolution réglementaire demande une évolution du logiciel.*

---

La dématérialisation des dossiers et la gestion électronique des documents constituent les chantiers phares principaux en matière de systèmes d'information avec un investissement important des MDPH et de leurs équipes pour des gains de productivité annoncés.

Néanmoins, ces chantiers impliquent le plus souvent une réorganisation du travail et tendent à ralentir la production des équipes au moins en phase de transition. De nombreuses MDPH abordent cette question dans les rapports d'activité.



### **MDPH de Saône-et-Loire (71)**

*Afin d'être en mesure de valider le service fait avant le règlement mensuel de la prestation de numérisation, la MDPH a mis en place un dispositif de contrôle quotidien. Chaque jour, trois agents de la MDPH sur le site de Mâcon contrôlent, à tour de rôle, cinq dossiers chacun. Ainsi, un peu plus de 10 % des dossiers numérisés sont contrôlés (environ 250 par mois sur 2 400 numérisés). Ce dispositif a été précieux pour le prestataire au cours des premières semaines de numérisation pour s'approprier le plan de classement numérique. Il restera opérationnel jusqu'au terme des opérations de numérisation par l'atelier en juillet 2015. Cette validation qualitative s'accompagne d'un échange de fichiers des dossiers numérisés entre le prestataire et la MDPH. Le comptage du fichier permet de contrôler le nombre de dossiers effectivement numérisés.*

*Deux mois après leur numérisation, les dossiers sont détruits par les services de la DAMG [direction des achats et des moyens généraux] après validation d'un bordereau d'élimination par la direction des archives départementales.*

*Parallèlement, depuis début mai 2014, le service accueil/courrier de la MDPH, au siège à Mâcon, est chargé de numériser les dossiers adressés par courrier par les usagers, qu'il s'agisse des premières demandes d'aides ou des demandes de renouvellement d'aides précédemment attribuées.*

*Ainsi au 10 septembre 2014, 13 000 dossiers étaient numérisés et intégrés dans la GED, dont 12 000 en provenance de l'atelier d'Archiv'it (sur 36 000 prévus à la commande) et 1 000 par le service accueil/courrier.*

**MDPH du Gard (30)**

*La MDPH s'est engagée dans une démarche de dématérialisation des dossiers. Ainsi, depuis le 1er juin 2014, tout dossier qui a fait l'objet d'une décision CDAPH est systématiquement numérisé et conservé sous format électronique, accessible depuis le logiciel métier GENESIS. [...] Entre le 1er juin et le 31 décembre 2014, ce sont 14 000 dossiers qui ont ainsi été numérisés, correspondant à 30 575 mesures prises par la CDAPH entre ces deux dates.*

*L'objectif premier est de réduire l'espace de stockage des documents papier, mais d'autres bénéfices en découlent. Concernant le seul gain de place de stockage : il est représenté par 70 000 dossiers en stock, soit 1,5 million de pages A4, plus de 8 000 dossiers supplémentaires par an répartis dans six locaux différents. Une cellule spécifique a été créée, composée de quatre agents en emploi d'avenir positionnés au sein du service de la compensation du handicap (service instructeur) sur des missions d'agent « numérisateur ».*

**MDPH de la Savoie (73)**

*Un outil de gestion électronique des documents, MULTIGEST, édité par ERIC ARCHIVAGE. Couplé à l'application IODAS, cet outil permet la consultation et la mise à jour des dossiers numériques des bénéficiaires.*

**MDPH des Bouches-du-Rhône (13)**

*La numérisation des dossiers est depuis 2008 un enjeu important pour la MDPH en raison des bénéfices attendus dans la sécurité des données et la fonctionnalité. Un atelier de numérisation a été mis en place depuis mai 2009 au sein de la MDPH et a été confié à une équipe de travailleurs handicapés rattachée à un ESAT. L'année 2014 a vu une accélération du nombre de dossiers numérisés (76 264 contre 65 104 en 2013). Cette amélioration résulte de la mobilisation de tous, prestataire et équipes de la MDPH, et également des efforts réalisés pour améliorer la procédure de tri et de purge préalable des pièces inutiles ou des doublons.*

---



## 3

## Quels moyens pour les MDPH ? Analyse de leurs maquettes financières et d'effectifs

### 1. Analyse des dépenses

#### Rappel

Les partenaires du groupement d'intérêt public (GIP) contribuent au fonctionnement de la MDPH de deux manières :

- **par leurs dépenses** : les partenaires contribuent d'une part au fonctionnement de la MDPH, en mettant du personnel à disposition ainsi qu'en prenant parfois directement en charge certaines dépenses. Dans le cas où il n'y a pas de refacturation à la MDPH, le budget de celle-ci ne comporte aucune trace de remboursement de ces dépenses. Seuls ses partenaires sont alors en mesure de chiffrer ces apports en nature ;
- **par le biais de participations financières (en recettes pour les MDPH)** : les partenaires du GIP versent des dotations à la MDPH, qui entrent donc dans les crédits de la MDPH et sont retracées dans son budget.

#### Le niveau global des dépenses

Nous retenons trois niveaux d'appréciation des dépenses du GIP MDPH, qui correspondent chacun à un périmètre différent de données prises en compte :

- niveau 1 : les seules dépenses inscrites au compte administratif de la MDPH (flux financiers correspondant aux dépenses effectuées sur le seul budget de la MDPH) ;
- niveau 2 : les dépenses inscrites au compte administratif de la MDPH + les mises à disposition de personnel, non refacturées par les partenaires ;
- niveau 3 : les dépenses inscrites au compte administratif de la MDPH + les mises à disposition de personnel, non refacturées par les partenaires + la valorisation financière des services externalisés gratuits.

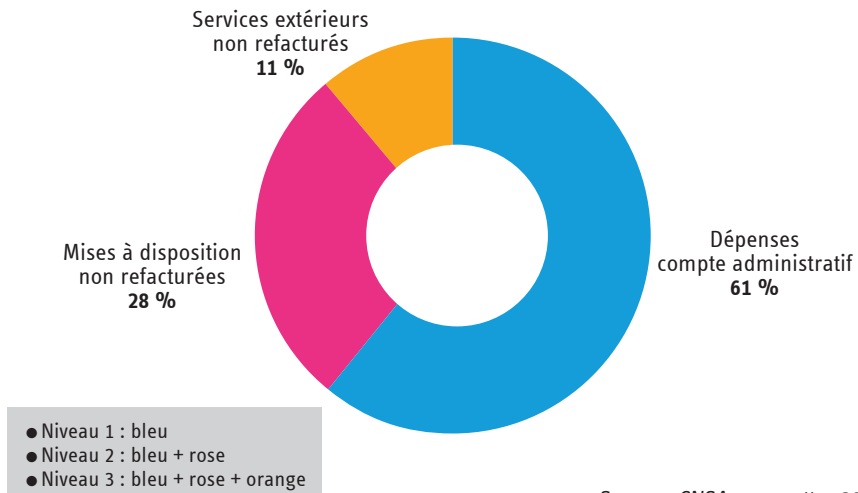
Chaque niveau d'analyse présente un intérêt. Mais le niveau 3 est le plus pertinent, notamment dans le cadre des comparaisons interdépartementales. C'est donc le niveau qui a été privilégié aussi souvent que possible dans ce chapitre et qui justifie les nombreux échanges entre les MDPH et la CNSA chaque année pour fiabiliser au mieux ces données.

Ainsi, pour les 102 MDPH (y compris Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon), le niveau global des dépenses de fonctionnement atteint 339,7 millions d'euros (données déclaratives en niveau 3 : y compris les mises à disposition et les services externalisés « gratuits »).

102 MDPH	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Dépenses de fonctionnement 2014	208,2 M€	302,9 M€	339,7 M€

Cette appréciation des dépenses « réelles » des MDPH peut être illustrée par le graphique suivant. Il permet de visualiser la plus-value de l'outil « maquette » qui prévoit des remontées de données au-delà des seuls flux enregistrés dans le compte administratif : valorisation des apports en nature, services externalisés non facturés (sections rose et orange).

### Décomposition du coût de fonctionnement des 102 MDPH en 2014

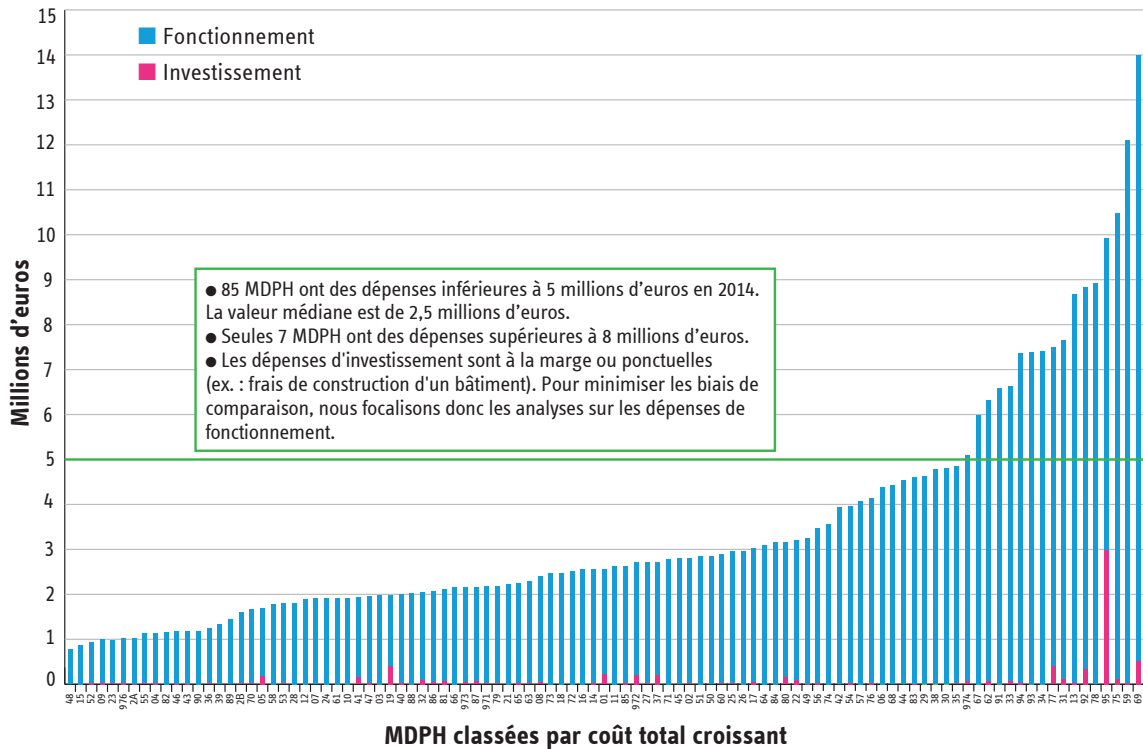


Source : CNSA, maquettes 2014.



Le graphique suivant montre la distribution de ces dépenses (par montants croissants) et le classement des MDPH correspondant.

**Coût total de fonctionnement et d'investissement en 2014 pour les 102 MDPH**  
 (dépenses inscrites au compte administratif + valorisation des salaires du personnel mis à disposition sans refacturation + services externalisés non refacturés = niveau 3)



Source : CNSA, maquettes 2014.

Pour les analyses qui suivent, les dépenses d'investissement ne sont pas prises en compte. En effet, ces dépenses sont hétérogènes entre MDPH et pour chaque MDPH d'une année sur l'autre et peuvent atteindre des montants élevés. Les intégrer viendrait fausser l'appréciation du fonctionnement en routine d'une MDPH et biaiser les comparaisons interdépartementales.

## Rapprochement avec les données d'activité

Il est intéressant, à ce stade, de faire un lien entre les dépenses et les données d'activité. Les données remontées par les MDPH sont en effet plus fiables d'année en année. Il demeure toutefois nécessaire de rester prudent quant à l'interprétation des disparités que l'on peut constater entre départements.

Ainsi, pour approcher la notion d'efficacité, nous avons calculé le coût d'une décision prise – décisions et avis rendus (voir graphique ci-dessous). Ce croisement est en effet plus pertinent que celui qui peut être fait par le biais du coût d'une demande ou d'un dossier, comme en conviennent les MDPH.

Nous avons bien conscience à cet égard que la charge de travail pour les équipes n'est pas strictement proportionnelle au nombre de décisions prises et d'avis rendus, même s'il est évident que plus le nombre de décisions/avis est important, plus la charge de travail augmente. C'est néanmoins un indicateur intéressant, qu'il s'agira de suivre dans le temps et qu'il conviendra d'enrichir en prenant en compte la complexité des organisations et du fonctionnement des MDPH.

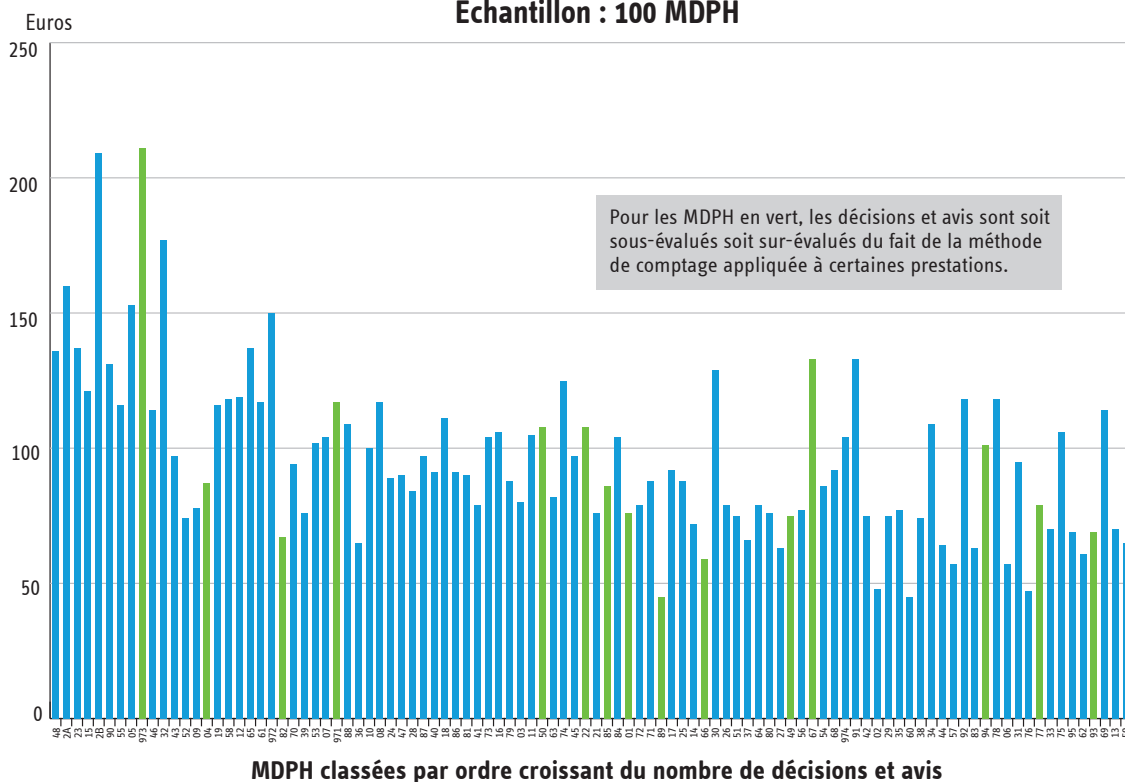
Pour les comparaisons interdépartementales, ces chiffres sont notamment à rapprocher de données d'activité plus qualitatives sur le traitement des dossiers, les délais, les procédures d'évaluation, mais aussi de données relatives aux choix de modes de gestion et de management.

Le graphique ci-dessous présente ainsi la dispersion des MDPH, classées, en abscisse, par ordre croissant du nombre de décisions prises et avis rendus et, en ordonnée, en fonction du coût d'une décision/avis.

Aucun lien direct n'apparaît entre le nombre de décisions/avis et leur coût. Ce coût apparaît logiquement plus important au sein des « petites » MDPH, mais, quel que soit le nombre de décisions prises et d'avis rendus (faible ou élevé), on observe de grandes disparités entre les MDPH.

Un biais possible réside dans le fait que les MDPH n'ont pas toujours été en mesure de valoriser l'ensemble de leurs externalisations non refacturées.

**Coût d'une décision prise/avis rendu à la MDPH en 2014**  
Coût total de fonctionnement d'une MDPH (y compris mises à disposition et externalisations non refacturées = niveau 3)/nombre total de décisions et avis  
**Échantillon : 100 MDPH**



Source: CNSA, maquettes 2014, données déclaratives.

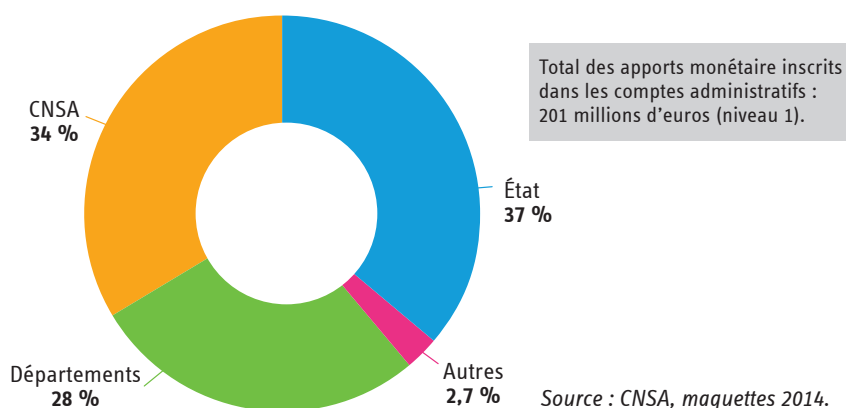
## 2. La structure des apports des différents financeurs : analyse des recettes

Les recettes (y compris les apports en nature) avoisinent 318 millions d'euros répartis entre trois principaux financeurs : les départements pour 43 %, l'État<sup>3</sup> pour 34 % et la CNSA pour 20 %.

Les apports des partenaires comprennent :

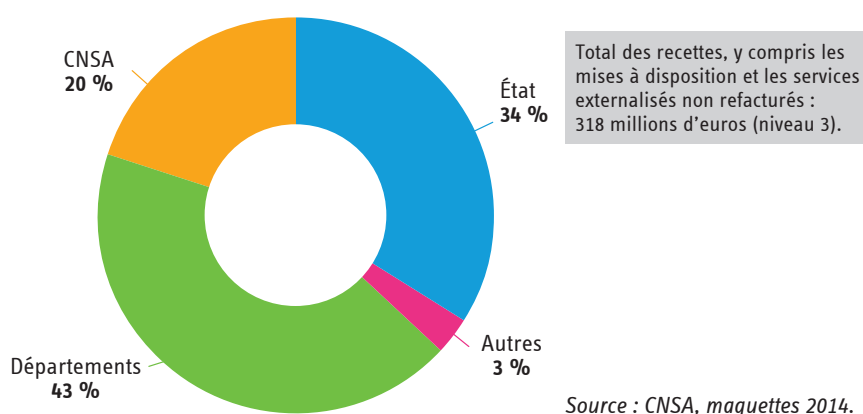
- les dotations financières qu'ils versent à la maison départementale (en recette pour la MDPH) ;
- les dépenses qu'ils effectuent sans refacturation pour la MDPH, en fonctionnement et en investissement (dépenses de téléphone, d'entretien, de mise à disposition de personnel...), valorisées dans la maquette. Ces dépenses représentent ainsi des apports en nature à titre « gratuit » que les MDPH tentent chaque année de valoriser au plus près de la réalité.

**Répartition des participations monétaires en 2014**  
(recettes de fonctionnement inscrites au compte administratif = niveau 1  
hors investissement, hors fond de compensation)  
Échantillon : 102 MDPH



Pour les 23 MDPH pour lesquelles la dotation CNSA a été conservée par les conseils départementaux, le montant correspondant a été déduit des participations des conseils départementaux pour le réaffecter dans les recettes provenant de la CNSA.

**Répartition des apports en 2014**  
(y compris mises à disposition et services externes non refacturés = niveau 3  
hors investissement, hors fond de compensation)  
Échantillon : 102 MDPH

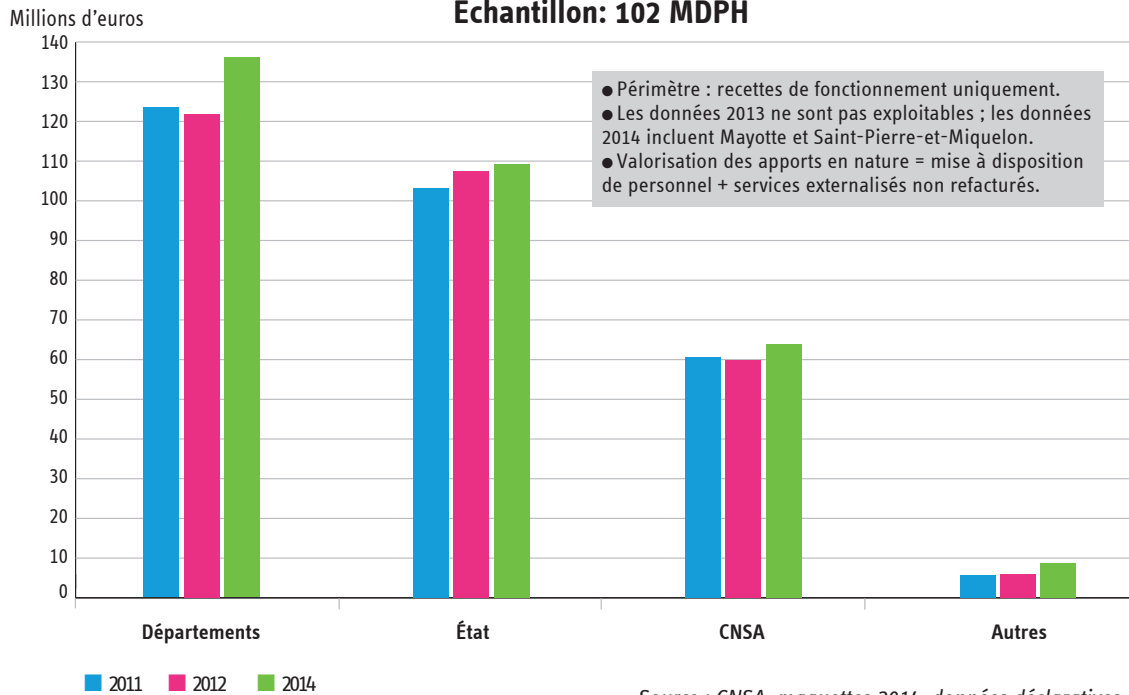


Les deux diagrammes circulaires ci-dessus mettent en évidence l'importance des apports non refacturés des conseils départementaux, qui consistent en des mises à disposition de personnel, de locaux ou de services : les apports du conseil départemental représentent 28 % du total des apports monétaires et 43 % du total des apports (une fois pris en compte ces apports non refacturés).

<sup>3</sup> L'État regroupe dans cette étude la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP), la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), l'Éducation nationale.

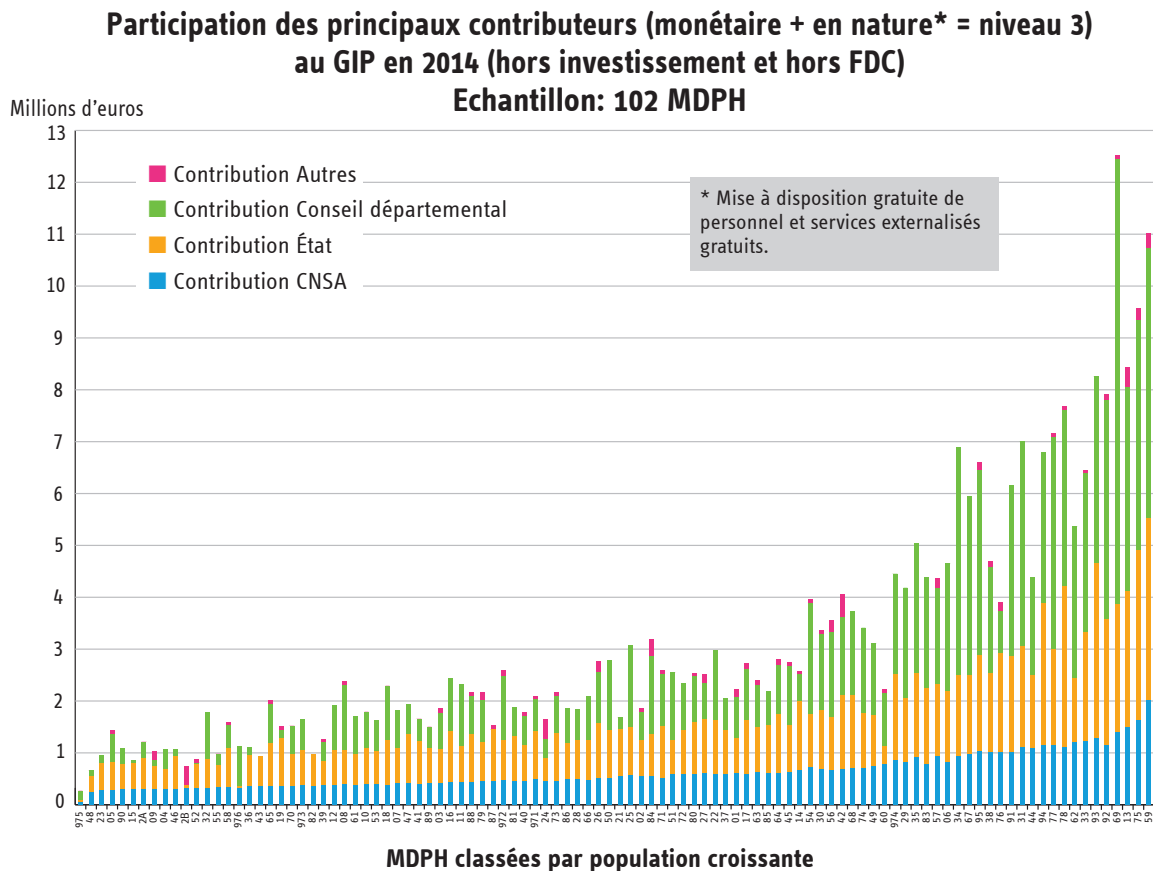
Si l'on observe l'évolution de ces apports dans le temps, on peut constater que ceux des partenaires du GIP sont croissants en 2014, en particulier ceux des conseils départementaux, mais également ceux de l'État, malgré un contexte économique pourtant très contraint.

**Évolution des apports aux MDPH (monétaires + en nature = niveau 3)  
par contributeur entre 2011 et 2014 (hors investissement/hors FDC)  
Échantillon: 102 MDPH**



Source : CNSA, maquettes 2014, données déclaratives.

Le graphique qui suit présente la répartition des apports des contributeurs pour chacune des 102 MDPH, classées ici par population départementale croissante.



Source : CNSA, maquettes 2014, données déclaratives.

Comme les années précédentes, la contribution du conseil départemental semble peu liée à la population, même si elle apparaît généralement plus élevée proportionnellement dans les départements les plus peuplés. La contribution de l'État apparaît un peu moins hétérogène.

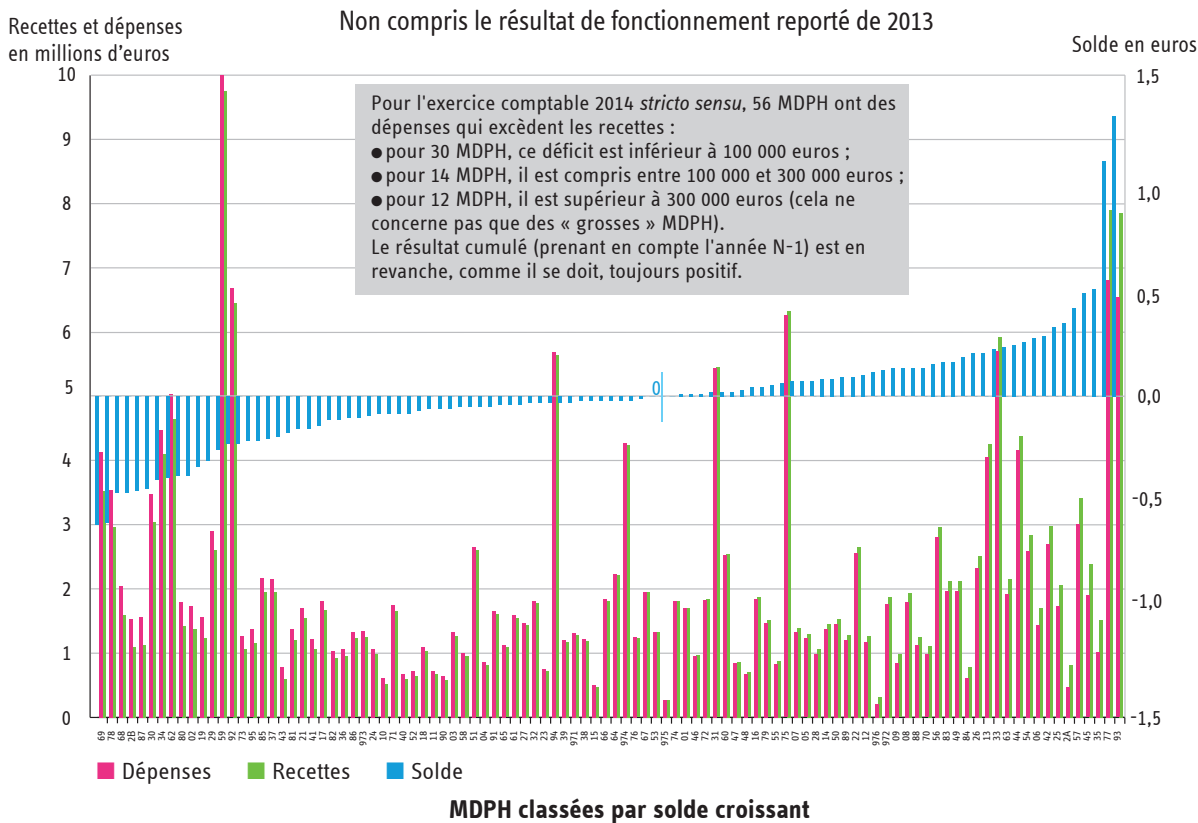
Le concours de la CNSA, quant à lui, comporte une part fixe de 200 000 euros et une part variable principalement répartie en fonction de la population des vingt à cinquante-neuf ans (coefficient à 120 %), corrigée par le potentiel fiscal (-20 %). C'est ce qui explique sa régularité sur le graphique lorsqu'on classe les MDPH par ordre croissant de population.

Le total des apports des contributeurs aux MDPH varie en définitive avec une grande amplitude : d'un peu moins de 1 million d'euros pour les plus petites MDPH à un peu plus de 12 millions d'euros pour la MDPH la plus « dotée » (ces montants incluent la valorisation monétaire de personnel mis à disposition sans refacturation et des services externalisés non facturés).

Le graphique suivant récapitule les dépenses, les recettes et le solde pour chacune des 102 MDPH. Cette présentation a l'avantage de mettre en évidence les difficultés que peuvent rencontrer certaines MDPH, dont les dépenses excèdent les recettes sur un exercice donné.

Le résultat de fonctionnement de l'année N (ici 2014) représenté par le solde (en bleu) mériterait toutefois d'être mis en regard avec le résultat de fonctionnement cumulé (y compris les années antérieures, et notamment l'année N-1). Les données récoltées pour 2014 ne le permettaient pas, mais le recueil pour 2015 sera organisé de manière à pouvoir faire cette analyse.

### Dépenses, recettes et solde de 2014 (fonctionnement + investissement enregistrés au compte administratif = niveau 1) pour les 102 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2014, données déclaratives.

### 3. Focus sur le personnel

#### Rappel

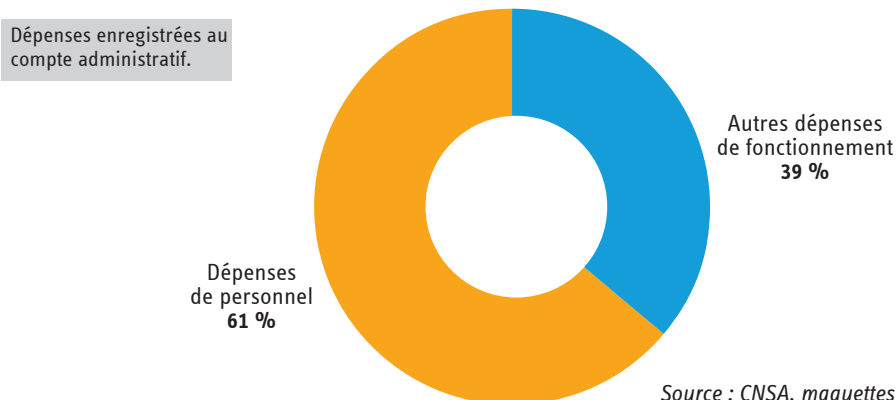
Les effectifs des MDPH regroupent :

- du personnel mis à disposition gratuitement : la quasi-totalité du personnel employé par l'État et une partie du personnel employé par les conseils départementaux ;
- du personnel employé directement par la MDPH et rémunéré sur ses crédits ;
- du personnel mis à disposition contre remboursement (« refacturé »)\* : une autre partie des agents employés par les conseils départementaux et la plupart du personnel mis à disposition par d'autres structures que l'État (caisses régionales d'assurance maladie – CRAM, CAF, mutualité sociale agricole – MSA, associations, mutuelles...).

#### Les dépenses de personnel

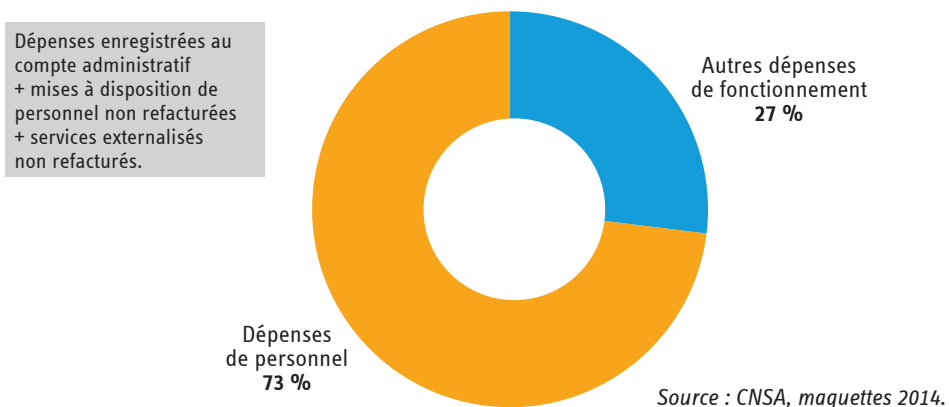
Après avoir pris en compte le poids des mises à disposition et des services externalisés non refacturés, les dépenses de personnel représentent 73 % des dépenses totales (contre 61 % « seulement » si l'on considère le seul compte administratif du GIP MDPH).

#### Part des dépenses de personnel dans les dépenses totales de fonctionnement en 2014 (niveau 1)



Montant des dépenses de personnel inscrites au compte administratif : 127 millions d'euros.

#### Part des dépenses de personnel dans les dépenses totales de fonctionnement en 2014 (niveau 3)

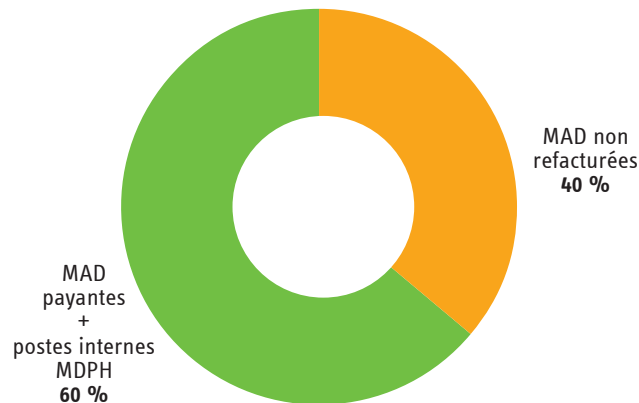


Montant des dépenses de personnel après valorisation des mises à disposition non refacturées et des externalisations gratuites : 250 millions d'euros (soit presque le double du montant inscrit au compte administratif).

**À savoir :** les charges de personnel sont intégrées dans l'analyse des dépenses de personnel (salaires bruts chargés).

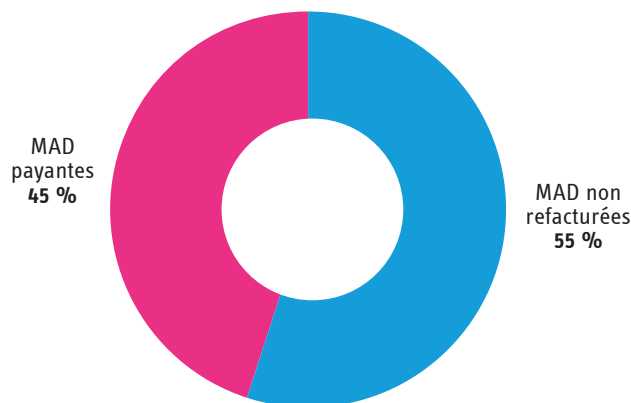
Plus de la moitié des postes mis à disposition par les partenaires des GIP MDPH le sont à titre « gratuit », c'est-à-dire sans refacturation (55 %).

**Répartition des valorisations financières des mises à disposition non refacturées/payantes de personnel tous employeurs confondus en 2014**  
(postes internes MDPH compris)  
**Échantillon : 102 MDPH**



Source : CNSA, maquettes 2014, données déclaratives.

**Répartition des valorisations financières des mises à disposition non refacturées/payantes de personnel tous employeurs confondus en 2014**  
(postes internes MDPH non compris)  
**Échantillon : 102 MDPH**



Source : CNSA, maquettes 2014, données déclaratives.

**À savoir :** il s'agit ici du personnel interne à la MDPH (non compris les services externalisés) = niveau 2.

Les refacturations contribuent à clarifier les flux financiers entre les MDPH et leur principal contributeur, le conseil départemental, puisque plus de la moitié des charges de personnel de ce dernier sont refacturées aux MDPH, tout en sachant que des crédits sont par ailleurs versés à la MDPH en recette pour permettre ce remboursement.



Les graphiques ci-dessous montrent que les MDPH financent directement (27 %) ou indirectement (33 %), en cas de refacturation (au conseil départemental notamment), 60 % des charges de personnel interne à la MDPH.

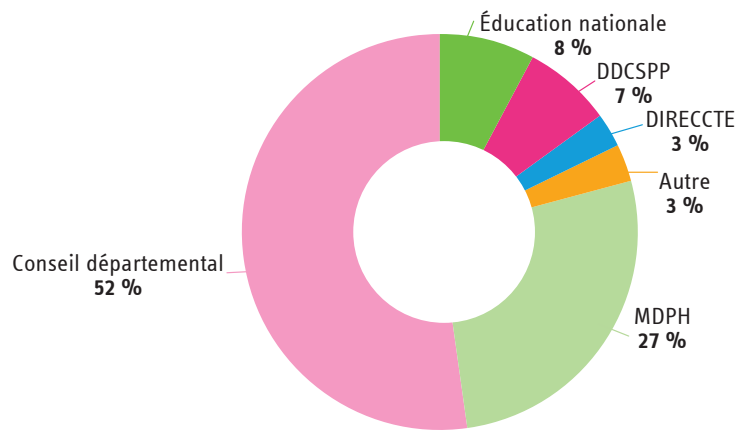
Lorsqu'elles financent directement les postes, on peut considérer que les MDPH sont l'employeur de ces agents : elles ont procédé elles-mêmes au recrutement de ce personnel, avec pour contrepartie le versement de sa rémunération<sup>4</sup>.

La répartition des postes par employeur (premier graphique ci-dessous), de même que le coût revenant aux membres du GIP (second graphique ci-dessous) est relativement stable dans le temps. Seul le coût pour les conseils départementaux tend à augmenter (21 % en 2014 contre 18 % en 2012).

### Valorisation des charges de personnel avant refacturation en 2014 (niveau 2)

Répartition des postes par employeur (en % du coût) : qui est l'employeur ?

Échantillon : 102 MDPH

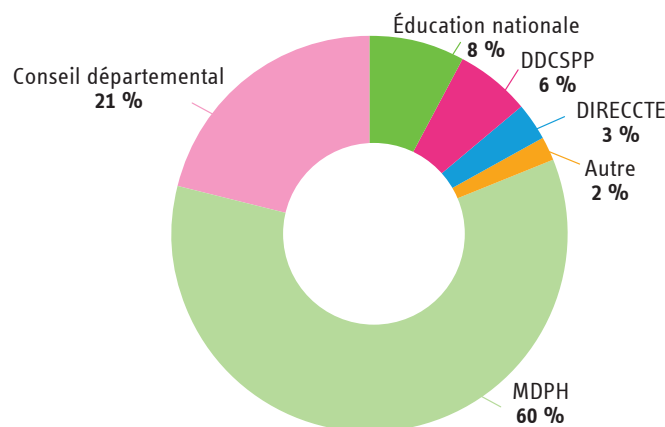


Source : CNSA, maquettes 2014.

### Valorisation des charges de personnel après refacturation en 2014 (niveau 2)

Qui assure la charge financière ?

Échantillon : 102 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2014.

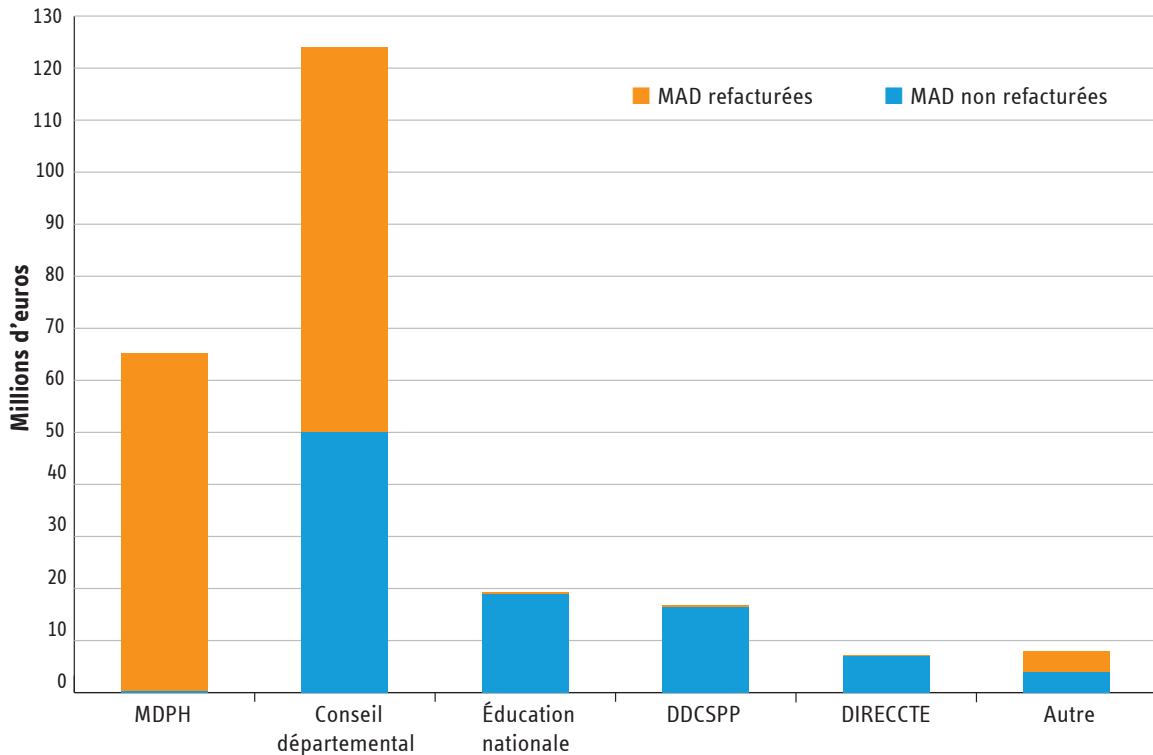
Ainsi, si la part des charges de personnel relevant de la MDPH avant refacturation est relativement stable depuis 2009 (27 % en 2014, 28 % en 2012, 26 % en 2011, 24 % en 2010 et 26 % en 2009), la part de ces charges refacturées à la MDPH a eu tendance à augmenter ces dernières années (33 % du total en 2014, comme en 2012, 31 % en 2011, 25 % en 2010 et 20 % en 2009), mettant en évidence le souci d'une meilleure lisibilité des flux financiers entre les partenaires. Les refacturations peuvent être accompagnées de dotations financières en contrepartie (en recettes).

<sup>4</sup> Ce personnel peut être constitué de contractuels de droit public ou de contractuels de droit privé.

En 2012, certaines MDPH rapportaient que, du fait du coût de la taxe sur les salaires et des charges sociales supérieures quand elles sont payées par les GIP MDPH, elles étudiaient la possibilité de transférer leurs effectifs aux conseils départementaux. Il ne semble pas que ce phénomène ait eu de portée réelle entre 2012 et 2014.

Le graphique ci-dessous montre la répartition (facturé/non refacturé) des charges de personnel par employeur.

**Répartition des charges de personnel : mises à disposition facturées/non refacturées selon les partenaires en 2014 (niveau 2)**  
Échantillon : 102 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2014, données déclaratives.

Le conseil départemental refacture un peu plus de la moitié de son personnel à la MDPH. Le personnel de l'État est en revanche presque exclusivement mis à disposition gratuitement ou, comme vu plus haut, en partie compensé financièrement en cas de non mise à disposition.

À cet égard, il est important de rappeler que les partenaires financent également le personnel par le biais des dotations qu'ils versent à la MDPH, en plus des mises à disposition non refacturées.

## Analyse non financière du personnel interne aux MDPH

En 2014, on comptait 5 084 équivalents temps plein (ETP) au sein des 101 MDPH.

L'année 2014 a permis de mettre en évidence le poids significatif des absences au sein des MDPH, qui peut être estimé en calculant la différence entre les « effectifs théoriques » (5 374 ETP) et les « effectifs réellement travaillés » (5 084 ETP).

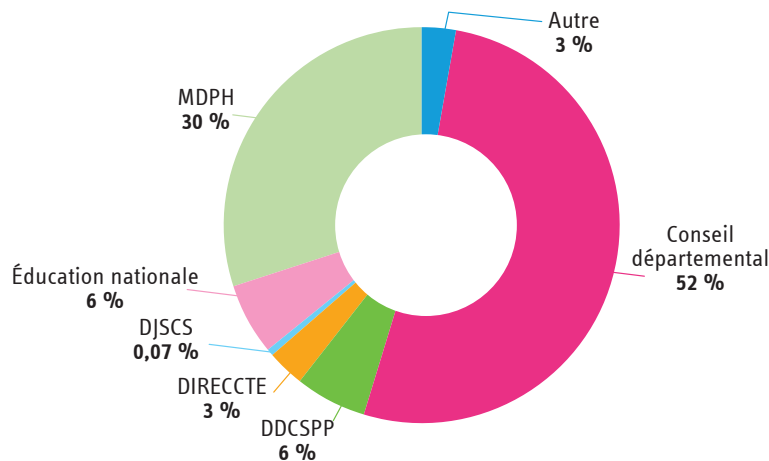
Cette différence, qui prend en compte les vacances de poste liées aux départs en retraite, aux longues maladies, aux maternités, aux retards de recrutement dans l'année considérée et aux absences non remplacées, s'élève à 290 ETP, soit 5,7 % du total des effectifs des MDPH.

Les effectifs selon la taille des MDPH :

- 25 % des MDPH ont moins de 30 ETP ;
- 25 % des MDPH ont plus de 60 ETP ;
- médiane : 40,4 ETP ;
- onze MDPH ont plus de 100 ETP (maximum 190 : MDPH 59) ;
- dix-sept MDPH ont moins de 25 ETP (minimum 4 ETP : MDPH 975).

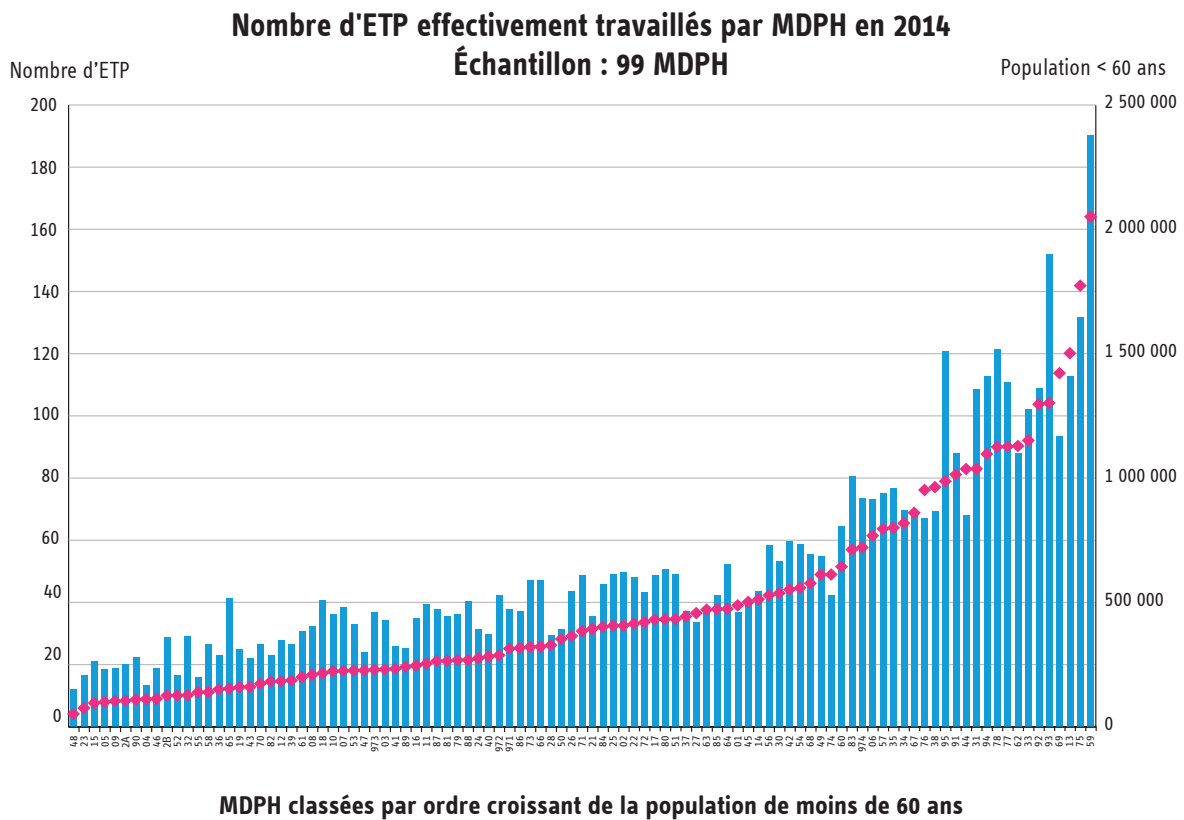
Le conseil départemental, comme l'analyse des montants financiers l'a déjà montré plus haut, est le premier employeur de personnel au sein des MDPH avec plus de 50 % des ETP.

### Répartition des ETP réels internes aux MDPH par employeur en 2014 (niveau 2) Échantillon : 101 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2014.

Un lien existe entre la taille de la population de moins de soixante ans d'un département et le nombre d'ETP internes à la MDPH, comme le montre le graphique ci-dessous.



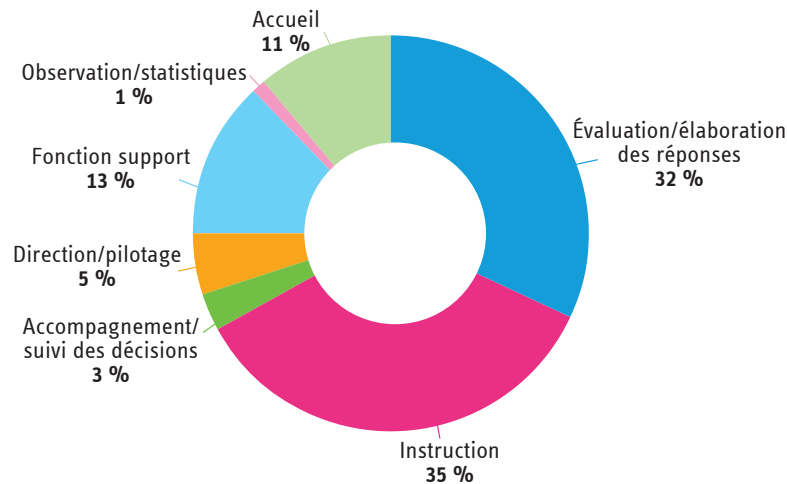
Source : CNSA, maquettes 2014, données déclaratives.

Des différences existent néanmoins, parfois importantes, notamment au sein des « grosses » MDPH. Ces différences peuvent résulter de l'effectif présent lors de la création en 2006 et transféré des anciennes commissions et/ou de l'importance du renfort de postes au cours des années d'installation.

Ces données devraient être croisées avec les données relatives aux externalisations, notamment, et avec les problématiques d'organisation interne et territoriale.

Lorsque l'on regarde à présent la répartition des ETP internes par mission ou processus, on retrouve les missions « cœur de métier » que sont l'instruction (35 % des ETP), l'évaluation/élaboration des réponses (32 %) et l'accueil (11 %).

**Répartition des ETP effectivement travaillés internes  
à la MDPH par mission/processus en 2014  
Échantillon : 99 MDPH**



*Source : CNSA, maquettes 2014, données déclaratives.*

La répartition des agents entre les catégories d'emploi A, B, C ou équivalents est stable dans le temps : ils étaient 24 % en catégorie A ou équivalent, 25 % en catégorie B ou équivalent, 51 % en catégorie C ou équivalent.

De même, on constate une certaine stabilité dans le temps pour ce qui est de la répartition par statut : 58 % de fonctionnaires, 16 % de CDI de droit public, 13 % de CDD de droit public, 9 % de CDI de droit privé.

#### **Point d'attention**

Si les prestations de services peuvent être valorisées en montants financiers, l'équivalent en ETP est plus difficile à obtenir. Les données des ETP externalisés n'ont donc pas pu être exploitées pour 2014, comme les années précédentes, du fait d'un taux de renseignement de la donnée trop faible.

Les départements et la CNSA le regrettent, car disposer de ces données permettrait d'améliorer la qualité de l'analyse en faisant apparaître sur les graphiques des effectifs les ETP externalisés en proportion du total (et non pas seulement les ETP internes).

## 4. Les externalisations

### Rappel : le périmètre des externalisations

On valorise à titre d'externalisation « une prestation ou une expertise réalisée par un partenaire ou un prestataire de service, pour le compte et à la demande (commande spécifique) des MDPH, pour un usager qui n'est pas nécessairement le sien au départ, et qui apporte une plus-value aux processus métier de la MDPH. »

Il s'agit donc des prestations assurées pour le compte de la MDPH, y compris les missions d'appui sur certaines fonctions support ou métier, notamment par le conseil départemental, mais également des prestations assurées par des partenaires extérieurs (associations...), qu'elles soient gratuites ou payantes (en cas de refacturation).

Ces externalisations font le plus souvent intervenir une notion de contractualisation/conventionnement pour les services fournis (qui s'inscrivent en général dans le temps), quand bien même il n'existe aucune contrepartie financière. Elles impliquent également une notion de délégation de mission.

Pour renseigner ces données, les MDPH étaient invitées à se poser la question clé suivante :

« Si le service externe ou partenaire n'était pas ou plus en capacité d'effectuer la prestation, la MDPH serait-elle contrainte de l'effectuer en interne (en recrutant si besoin), parce que cela fait partie de ses missions ? »

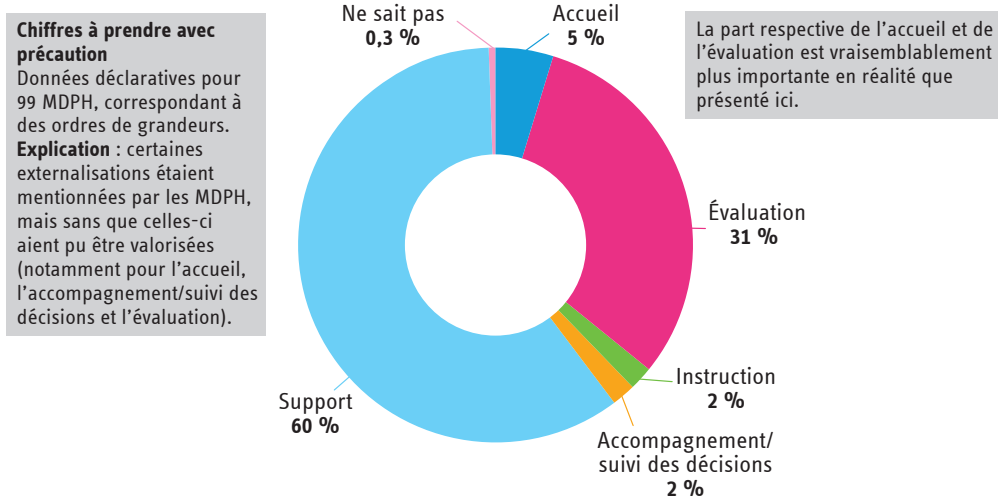
La nature des prestations externalisées est très variée. **La part la plus importante des externalisations concerne le personnel et les locations immobilières.**

**Plus de 69 % des externalisations le sont à titre gratuit** (chiffre vraisemblablement sous-estimé du fait des valorisations parfois impossibles des montants correspondants). Elles ont néanmoins pu être valorisées à hauteur de 40 millions d'euros environ. C'est dire l'importance de ces services, sans lesquels les MDPH auraient du mal à fonctionner.

Si l'on considère les quatre processus que sont l'accueil, l'évaluation, l'instruction et l'administration générale au sein des prestations externalisées, les deux processus qui ont le plus de poids sont les fonctions support et l'évaluation (respectivement, 60 % et 31 % des montants des prestations externalisées – voir graphique page suivante). Le poids de l'évaluation dans le total des externalisations serait même renforcé si les MDPH étaient en capacité de valoriser systématiquement les externalisations gratuites en matière d'évaluation, ce qui n'est pas le cas.

La mission d'instruction demeure en revanche majoritairement assurée par les MDPH en interne : seuls 2 % des montants attribués à l'externalisation concernent l'instruction alors que celle-ci représente 35 % des charges de personnel pour le personnel interne aux MDPH.

### Estimation de la répartition des postes de dépenses d'externalisation (services non refacturés compris) : par mission/processus Échantillon : 99 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2014, données déclaratives.

**À savoir** : 60 % des montants financiers déclarés par quatre-vingt-dix-neuf MDPH à titre de services externalisés correspondent à des fonctions support.

Le conseil départemental est le partenaire principal des MDPH pour les services externalisés – gratuits ou payants (pour 84 % des dépenses correspondantes) : 64 millions d'euros en 2014 pour 100 MDPH (dont seule une partie est refacturée).

C'est le cas en particulier pour les fonctions d'appui de la MDPH (administration générale/fonctions support), qui, dans la grande majorité des cas, sont assurées par les conseils départementaux.

Les prestations des associations sont également significatives (20 %) et concernent majoritairement l'évaluation.

## 5. La participation des partenaires aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation

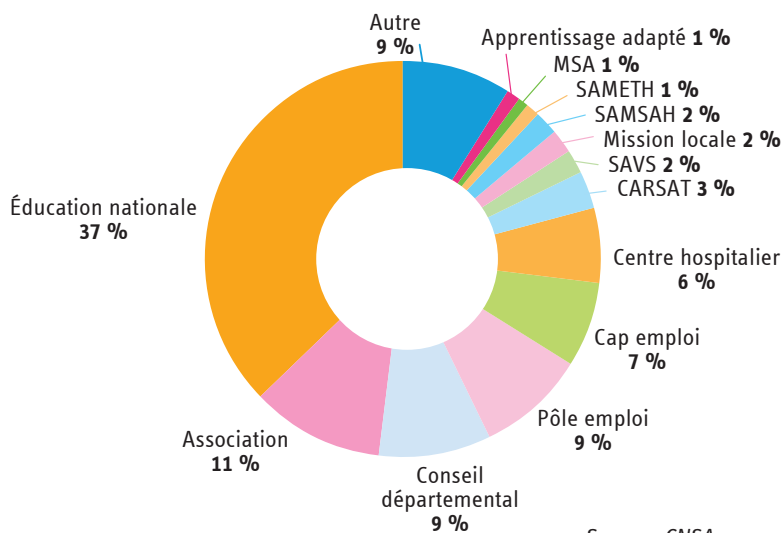
Le périmètre des analyses des données a également été élargi en 2014 en vue d'intégrer la participation des partenaires externes aux réunions des équipes pluridisciplinaires d'évaluation tenues par les MDPH. Cette participation des partenaires est en effet fondamentale pour assurer la qualité des évaluations et représente un nombre conséquent de demi-journées : celui-ci a été évalué à 52 500 demi-journées à partir des données déclaratives de quatre-vingt-seize MDPH.

L'implication des partenaires en termes de volume de demi-journées déclarées par chacun d'eux se répartit de la manière suivante, avec une présence très significative de l'Éducation nationale qui compte pour 37 % du total des demi-journées.

### Participation des partenaires aux réunions des EPE en 2014

(en % du total des demi-journées annuelles)

Échantillon : 96 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2014.

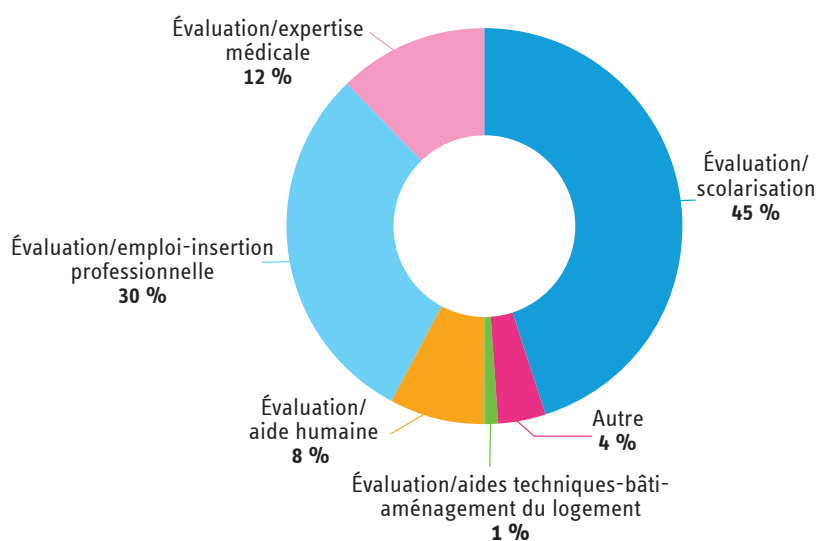


Une autre manière d'illustrer cette présence importante des partenaires de l'Éducation nationale est d'observer la répartition de ces participations respectives des partenaires par « compétences recherchées ». On voit alors que la compétence relative à la thématique de la scolarisation représente la part la plus importante des demi-journées (45 %), même si les compétences relatives à l'emploi/insertion professionnelle arrivent juste derrière, en deuxième position, à hauteur de 30 % du temps consacré par les partenaires dans le cadre de ces réunions.

### Expertises/compétences recherchées chez les partenaires participant aux réunions des EPE en 2014

(en % du total des demi-journées annuelles)

Échantillon : 96 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2014.

## 6. Mise en évidence des liens entre les MDPH et les enseignants-référents

Pour la première année, il s'agissait de recenser l'ensemble des enseignants-référents en lien avec la MDPH (et non pas seulement ceux qui participent exclusivement aux réunions des équipes pluridisciplinaires d'évaluation). Cette donnée contribue en effet à éclairer le lien privilégié avec l'Éducation nationale.

Le nombre d'enseignants-référents en lien avec la MDPH est de 1 600 pour quatre-vingt-dix-neuf MDPH.

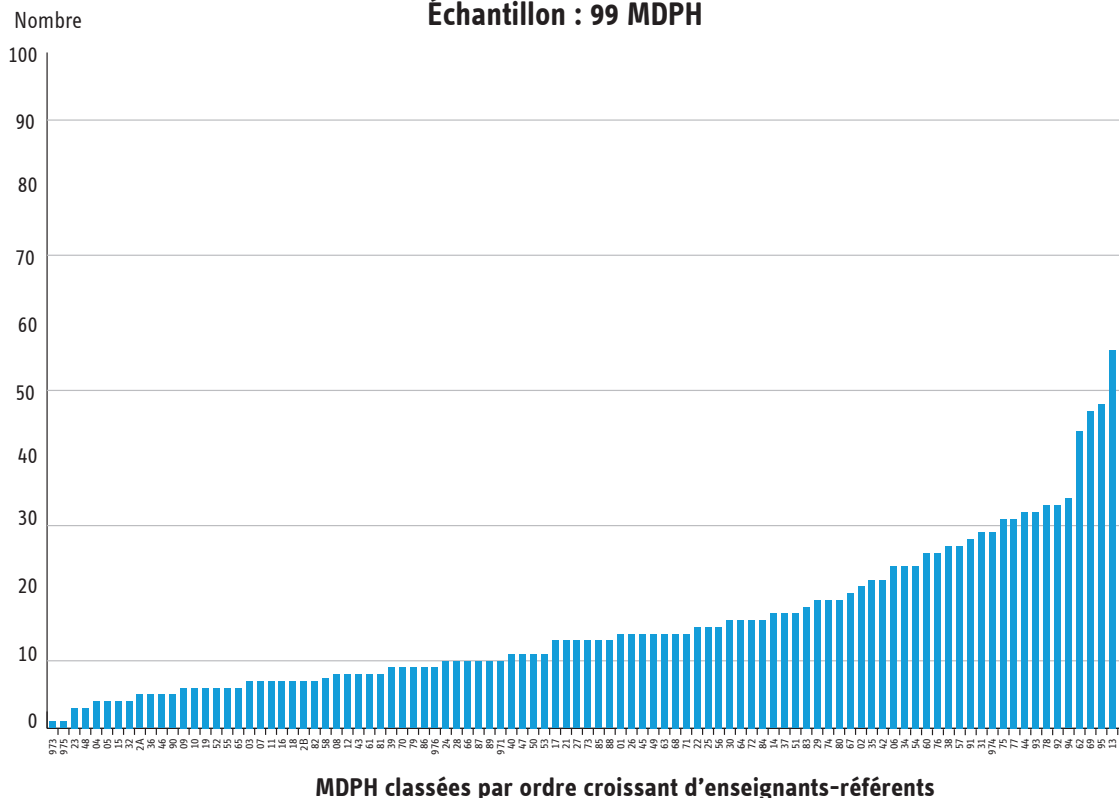
Le graphique suivant montre la distribution de ces valeurs pour chacune des quatre-vingt-dix-neuf MDPH ayant renseigné cette nouvelle donnée. La très grande majorité des MDPH sont en lien avec moins de vingt enseignants-référents.

Cette donnée était recueillie pour la première fois sur l'exercice 2014 et sera à nouveau observée dans les années suivantes. Il sera dès lors possible d'en suivre l'évolution dans le temps.

### Point d'attention

En accord avec les MDPH, c'est cette donnée qui est apparue pertinente à analyser (nombre d'ER en lien avec la MDPH) plutôt que l'équivalent en ETP. En effet, ce dernier est plus difficile à estimer et aurait été sujet à des biais de comparaison.

**Nombre d'enseignants-référents en lien avec la MDPH en 2014**  
Échantillon : 99 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2014.

## Conclusion

En conclusion de ce chapitre, essentiel pour apprécier le fonctionnement des MDPH, il faut rappeler que la plus grande partie des dépenses des maisons départementales – qui avoisinent 340 millions d’euros – est constituée de charges de personnel pour 250 millions d’euros (mise à disposition de personnel en interne non refacturée et personnel externe « gratuit » inclus).

Plus de la moitié de ces dépenses est réalisée sur le budget du GIP ; cette tendance qui a déjà été observée les années précédentes témoigne d’une volonté de rendre les flux financiers entre les partenaires plus lisibles.

Chez les contributeurs principaux, la place des conseils départementaux continue de se renforcer, tendancielle, tant dans les apports financiers que dans la mise à disposition de professionnels.

La diversité des modalités d’organisation des MDPH est confirmée, d’une part dans les relations financières qu’elles entretiennent avec leurs partenaires et, d’autre part, dans le nombre, la nature et l’origine du personnel qui y travaille.



## 4

## Focus sur les grandes thématiques des MDPH

## 1. La scolarisation

Les demandes relatives à la scolarisation représentent une part importante des demandes pour les enfants (*voir le chapitre 1*).

La MDPH propose une orientation à la famille à travers un PPS, en fonction des besoins de l'enfant. Cette orientation peut être :

- une scolarisation en classe ordinaire, avec ou sans accompagnement ;
- une scolarisation en classe adaptée (CLIS, ULIS, SEGPA) ;
- une scolarisation vers un établissement d'éducation spécialisée (IME, IMPro, ITEP).

Le projet personnalisé de scolarisation définit le parcours éducatif et les modalités de déroulement de la scolarité de l'enfant ou du jeune en situation de handicap. Il est élaboré, à la demande des familles, par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, qui tient compte des souhaits, des acquis et des besoins de l'élève.

L'élaboration du PPS et son évaluation annuelle restent chronophages pour les équipes qui en ont la charge. Dans certaines MDPH, son élaboration n'est pas systématique étant donné l'absence de cette rubrique dans les logiciels métiers.

Le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés a augmenté de 8,7 % par rapport à 2013 : 260 000 enfants en situation de handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire à la rentrée 2014<sup>5</sup>.

L'augmentation de l'activité relative à la scolarisation est particulièrement dense entre le mois de mars et le mois de septembre, période qui précède la rentrée.

La majorité des demandes en matière de scolarisation est adressée aux MDPH entre mars et juillet, ce qui oblige celles-ci à mettre en place des renforts de professionnels pendant cette période.



### MDPH de l'Hérault (34)

*En 2014, le pôle enfants a reçu 3 465 demandes d'orientation scolaire. La majorité des demandes arrive entre mars et juillet.*

### MDPH des Hautes-Alpes (05)

*L'effet de la loi de 2005 sur l'inclusion des enfants en situation de handicap dans l'école dite ordinaire a produit des effets très positifs puisqu'on constate 47,5 % d'augmentation d'élèves handicapés scolarisés dans le premier et second degré. Dans le département, le nombre d'élèves handicapés scolarisés dans les établissements publics et privés correspond : à 2,5 % de l'effectif total du premier degré (2,3 % en 2013-2014), à 2,6 % de l'effectif total du second degré (2,5 % en 2013-2014). Pour la deuxième année consécutive, le nombre d'élèves scolarisés dans le second degré est supérieur à celui des élèves du premier degré (élémentaires et préélémentaires). Le taux d'augmentation annuel, tous degrés confondus, est proche de 10 % (12 % dans le second degré, 7 % dans le premier degré).*

<sup>5</sup> Source : Éducation nationale.

## Utilisation du GEVA-Sco

De nombreux rapports évoquent l'utilisation du GEVA-sco sans attendre la publication de l'arrêté de 2015.

Si l'arrêté du 6 février 2015 a entériné l'ultime version du GEVA-Sco, les MDPH ont pu en utiliser une version améliorée dès mars 2014 à l'issue de l'étude de reproductibilité.



### MDPH du Pas-de-Calais (62)

*La MDPH a anticipé l'utilisation du GEVA-Sco par un travail avec l'inspection d'académie. Déjà introduit progressivement dans le cadre des renouvellements (par le biais des enseignants-référents), il devrait être généralisé à la rentrée prochaine aux premières demandes. Le GEVA-Sco consiste en une extraction du guide d'évaluation multidimensionnel (GEVA), adaptée, pour le recueil d'informations et d'observations relatives aux élèves en situation de handicap par les professionnels et dans le cadre scolaire.*

*Une nouvelle version du GEVA-Sco devrait normalement être officialisée et diffusée par une prochaine circulaire interministérielle.*

*Le GEVA-Sco comporte une version pour premières demandes et une dédiée aux renouvellements.*

### MDPH de la Haute-Loire (43)

*Mise en place à la rentrée de septembre 2014. Outil utilisé par les enseignants-référents et le pôle enfants de la MDPH. Il a été travaillé afin d'en assimiler les diverses facettes, et des séances de présentation auprès des directeurs d'établissements ont été organisées. Un premier bilan de son utilisation au 31 décembre 2014 permet de noter un début d'appropriation réussie et ce, par tous les acteurs. Un bilan exhaustif sera à faire à la fin de l'année scolaire.*

### MDPH des Ardennes (08)

*Outil de recueil de données, le GEVA dans sa version scolaire GEVA-Sco permet aux évaluateurs de la MDPH et aux établissements scolaires de partager les éléments d'observation de l'élève en situation de handicap. Il accompagne systématiquement les demandes relatives à la scolarisation et à une orientation médico-sociale.*

### MDPH de la Drôme (26)

*L'usage du GEVA-Sco est généralisé dans le département. Il améliore très largement l'information transmise, mais ralentit le travail des EP.*

---

L'année 2014 a permis de tirer les enseignements de ces expériences pour apporter au GEVA-Sco les améliorations nécessaires. Outre les travaux menés lors des journées des correspondants scolarisation, une douzaine de MDPH ont par ailleurs contribué en 2014 à l'élaboration de la version définitive de l'outil (Hautes-Alpes, Cantal, Corrèze, Haute-Corse, Hérault, Loire, Manche, Mayenne, Rhône, Seine-Maritime, Somme, Var, Val-de-Marne).

## Les plans personnalisés de scolarisation se structurent

Dans la majorité des MDPH, la rédaction et l'envoi du PPS se généralisent. Mais d'autres MDPH soulignent les contraintes de temps et de moyens qui compliquent le déploiement de celui-ci.

Pour mémoire, toute demande formulée à une MDPH concernant la scolarité d'un enfant en situation de handicap devrait aboutir à la définition d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) de la part de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. C'est le document de référence du parcours de l'enfant handicapé. Il définit et coordonne les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap.

Il comprend quatre grandes rubriques :

- la mention du ou des établissements où l'élève est effectivement scolarisé ;
- les objectifs pédagogiques. Ces objectifs tiennent compte de l'éventuelle nécessité d'adapter la scolarisation de l'élève en fonction de ses besoins particuliers résultant de son handicap ;
- les décisions prises par la CDAPH en matière de scolarisation ;
- les préconisations utiles à la mise en œuvre de ce projet, telles que l'accompagnement par un centre médico-psychopédagogique, par exemple.

La forme, le contenu et les modalités de conception du PPS n'étaient pas définis au niveau national. Ces documents différaient d'une MDPH à l'autre.

Plusieurs MDPH évoquent le décret relatif à la mise en œuvre d'un « PPS normalisé » et à son envoi systématique pour toute demande concernant un enfant en situation de handicap dans l'ensemble des MDPH. À noter, la participation de certaines MDPH (Hautes-Alpes, Calvados, Meuse, Haute-Vienne) aux travaux sur le décret du 12 décembre 2014 qui généralise un PPS type.

À partir de la rentrée 2015, les éditeurs fourniront aux MDPH une nouvelle version de leurs outils qui leur permettront de produire des PPS conformes à l'arrêté du 6 février. La CNSA a apporté son appui aux éditeurs pour l'élaboration des spécifications nécessaires.



### **MDPH des Deux-Sèvres (79)**

*En 2014, 1 685 plans personnalisés de scolarisation (PPS) ont été validés par la MDPH (nouveau projet et/ou actualisation), soit 20 % de plus qu'en 2013.*

*Depuis janvier 2014, 1 034 plans personnalisés de compensation (PPC) et/ou plan personnalisé de scolarisation (PPS) ont été envoyés aux familles, dès lors qu'il y avait une première demande de droit déposée à la MDPH, afin de leur présenter la proposition de compensation.*

*Pour les premières demandes d'AVS, y est ajouté le détail des activités sur lesquelles l'auxiliaire pourra intervenir auprès de l'élève, comme préconisé par la CNSA et l'Éducation nationale fin 2012 : listes des actes de la vie quotidienne, accès aux activités d'apprentissage et activités de la vie sociale et relationnelle.*

### **MDPH de la Charente (16)**

*À la demande des familles, un PPS est rédigé de manière très individualisée afin de regrouper l'ensemble des décisions permettant de répondre aux besoins des élèves handicapés dans le cadre de leur scolarité. Il n'est pas actuellement établi systématiquement pour toutes les demandes, car il est réalisé « à la main ». Élaboré essentiellement à partir des comptes rendus des équipes de suivi de scolarisation, réalisés par les référents scolaires, il est valable pour plusieurs années, mais est révisable en fonction de l'évolution des besoins de l'enfant.*

### **MDPH du Tarn (81)**

*Depuis deux ans déjà, la MDPH du Tarn édite un PPS pour chaque dossier enfant présenté en CDAPH. Pour la MDPH, la mise en œuvre du décret du 11 décembre 2014 (un PPS « normalisé » pour l'ensemble des MDPH) va entraîner une adaptation du logiciel métier aux nouvelles exigences de ce document et l'acquisition d'un nouveau module informatique.*

### **MDPH de la Haute-Savoie (74)**

*Sur la base d'une réflexion départementale et du travail mené par la CNSA auquel la MDPH 74 s'est associée, une trame de PPS a été adoptée en 2012. L'élaboration d'un PPS ne pouvant être réalisée systématiquement pour toute demande de parcours scolaire (limite identique à celle rencontrée pour le PPC), et la MDPH ne souhaitant pas que ce PPS soit seulement une compilation de notifications de mesures, sa rédaction est restée jusqu'à présent marginale. La parution d'une trame unique « nationale » de PPS avec une intégration annoncée dans le logiciel métier (SOLIS) devrait en faciliter la rédaction et permettre de travailler sur sa généralisation.*

### **MDPH de l'Orne (61)**

*485 dossiers incluaient un PPS dont 211 formalisés selon la version validée en 2013. Ce PPS ne peut être rédigé par notre système informatique, il est donc fait « manuellement » sous Word et nécessite un temps important de saisie.*

### **MDPH de Tarn-et-Garonne (82)**

*La MDPH a participé au cours du dernier trimestre 2014 à l'élaboration d'un document type pour la rédaction des projets personnalisés de scolarisation (PPS) en lien avec l'Éducation nationale. Toutefois, un arrêté ministériel est paru le 6 février 2015 avec le modèle de document formalisant le projet personnalisé de scolarisation afin de faciliter la constitution du dossier lors d'un renouvellement d'orientation ou de réorientation. Un formulaire de saisie MDPH simplifiée a été rédigé et adressé aux différents directeurs d'établissements spécialisés du département.*

---

De manière générale, les demandes d'aide humaine poursuivent leur progression.

Néanmoins, certaines MDPH font état de la progression du taux des refus. Plusieurs raisons sont mises en avant pour expliquer ces deux phénomènes, notamment l'augmentation des demandes d'accompagnement pour des enfants présentant des difficultés scolaires, mais ne relevant pas du champ du handicap.



### **MDPH du Vaucluse (84)**

*Les aides humaines aux élèves handicapés (aides individuelles et aides mutualisées):*

*Les demandes déposées en 2014 s'élèvent à 1 158, soit une progression de 1,1 % par rapport à 2013.*

*En 2014, la CDAPH a pris 1 175 décisions, dont 750 accords (574 aides individuelles et 176 aides mutualisées), 415 rejets et 10 sursis à statuer, soit 63,82 % d'accords.*

*L'attribution d'une aide humaine en milieu scolaire pour une durée initiale de deux ans pour la majorité des premières demandes a permis une stabilisation du nombre de demandes par rapport à 2013.*

*Bien que l'attribution d'une aide individuelle et d'une aide mutualisée ait été définie par le décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012, l'évaluation des besoins pour ce type de demande reste une difficulté majeure.*

*En effet, en 2014, il y a eu soixante et une demandes de recours gracieux, soit une progression de 8,92 % par rapport à 2012.*

*En témoigne également le taux d'infirmité des décisions de la CDAPH par le TCI en 2014 : 68,70 %.*



**MDPH de l'Ardèche (07)**

*Le nombre de décisions concernant les aides humaines en milieu ordinaire continue de croître. Le taux d'accord est de 90,12 %. Les refus sont souvent le fait de situations ne relevant pas du handicap ou des missions dévolues aux AVS. Légère augmentation du nombre de demandes d'orientations, +5,36 % par rapport à 2013.*

**2. L'emploi**

Les demandes liées à l'insertion professionnelle représentent l'activité dominante des MDPH (voir le chapitre 1).

D'après la DARES (2014), le taux d'emploi global des personnes handicapées demeure nettement inférieur à celui de l'ensemble de la population active (35 % contre 65 %), et le taux de chômage est le double de celui de la population générale (20 % contre 10 %). La CNSA, les MDPH et les services publics de l'emploi unissent leurs efforts pour améliorer l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées.

Fin 2013, la CNSA a signé, aux côtés d'autres acteurs du secteur (l'État, Pôle emploi, l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées - AGEFIPH, le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique - FIPHFP, l'Association des régions de France, la CNAMTS et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole), la convention nationale pluriannuelle multipartite pour l'emploi des travailleurs handicapés. Une convention par laquelle tous les partenaires s'engagent à conjuguer leurs actions afin de faciliter et de sécuriser l'accès à l'emploi et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées.

**MDPH de la Sarthe (72)**

*La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est, au même titre que les autres prestations, en constante progression bien que marquant un léger ralentissement au regard des 7,33 % d'augmentation en 2014 (8,52 % pour l'exercice précédent).*

*Le nombre de demandes d'orientations professionnelles poursuit sa courbe positive engagée depuis 2011 avec une évolution de 12,43 % par rapport à 2013.*

**MDPH du Gers (32)**

*Les demandes de RQTH augmentent de façon plus importante depuis 2013, les personnes souhaitant bénéficier d'une retraite anticipée. Les demandes de RQTH sont généralement suivies à moyen terme d'une demande d'AAH ou de cartes.*

**MDPH de l'Hérault (34)**

*10 527 demandes de RQTH ont été déposées en 2014, soit une augmentation de 13 % par rapport à 2013.*

*Le nombre de demandes de RQTH avait connu une forte augmentation en 2011 et 2012 (+34 % en deux ans), liée, semble-t-il, à l'évolution de la réglementation de l'AAH avec l'obligation d'évaluer la RQTH pour toute demande d'AAH. L'augmentation demeure significative pour 2013 et 2014.*

Les MDPH s'organisent pour faire face à cette activité. La fonction de référent insertion professionnelle avec sa double dimension, stratégique au travers de l'animation du partenariat local et plus opérationnelle dans l'accompagnement individuel de personnes vers l'emploi, est souvent portée par plusieurs professionnels au sein d'une même MDPH (voir le chapitre III). L'accès au dossier unique du demandeur d'emploi (DUDE) est souvent considéré comme utile pour compléter la fiche de synthèse et avoir ainsi un complément d'information en matière de démarches d'insertion professionnelle, notamment pour l'étude de la restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi (RSDAE).



### **MDPH de Saône-et-Loire (71)**

*En mars 2014, neuf instructeurs ont été formés à l'utilisation du progiciel de Pôle emploi, dossier unique du demandeur d'emploi (DUDE). Cet accès en consultation du DUDE par les instructeurs de la MDPH permet de compléter notre fiche de synthèse et ainsi d'avoir un complément d'information en matière de démarches d'insertion professionnelle, notamment pour l'étude de la restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi (RSDAE).*

*Il est bien entendu entre la MDPH et la direction départementale de Pôle emploi que les agents de la MDPH ne réalisent aucune saisie dans le DUDE.*

### **Plusieurs rapports témoignent de la participation de MDPH au chantier « employabilité ».**

Le pacte national pour l'emploi, lancé lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008, a prévu de permettre aux MDPH de mieux évaluer les capacités de travail des personnes handicapées afin de faciliter leur accès à un emploi. En effet, la moitié des demandes concernant les adultes, qui sont formulées aux MDPH, ont trait à la vie professionnelle.

Dix MDPH (Allier, Hautes-Alpes, Hérault, Loire, Loiret, Maine-et-Loire, Morbihan, Pas-de-Calais, Hautes-Pyrénées, Val-d'Oise) ont expérimenté, avec le soutien de la CNSA, la Direction générale de la cohésion sociale et la Direction générale à l'emploi et à la formation professionnelle, une évaluation dynamique de l'employabilité de personnes handicapées. Ce bilan associe recueil d'informations, accompagnement et mise en situation pour favoriser leur insertion professionnelle. Il peut notamment être proposé dès lors que la personne sans emploi formule une demande d'allocation aux adultes handicapés auprès de la MDPH. Pour une personne, le bilan dure environ trois mois.

Les objectifs attendus de ce processus d'évaluation expérimental étaient les suivants :

- améliorer l'appréciation de la capacité d'une personne à travailler compte tenu de son handicap ;
- mieux identifier l'accompagnement socioprofessionnel répondant aux besoins de cette personne et les ajustements à apporter aux évolutions de sa situation ;
- repérer les bonnes pratiques de coopération entre le service public de l'emploi (Pôle emploi et Cap emploi) et les MDPH au sein des équipes pluridisciplinaires et lors du passage de relais de la MDPH au service public de l'emploi.

Sur la base de l'évaluation positive de la première expérimentation, une deuxième vague a été initiée en 2014. À l'instar de la première vague, la nouvelle expérimentation, désormais dénommée « Potentiel Emploi » reste pilotée par la DGCS et la CNSA, avec l'appui du cabinet AMNYOS.

Elle concerne vingt-cinq MDPH (dont huit de la première vague d'expérimentation) : Allier (03) ; Hautes-Alpes (05) ; Ariège (09) ; Aube (10) ; Charente-Maritime (17) ; Corrèze (19) ; Hérault (34) ; Ille-et-Vilaine (35) ; Jura (39) ; Loire (42) ; Maine-et-Loire (49) ; Meuse (55) ; Morbihan (56) ; Moselle (57) ; Pas-de-Calais (62) ; Hautes-Pyrénées (65) ; Sarthe (72) ; Savoie (73) ; Paris (75) ; Seine-Maritime (76) ; Seine-et-Marne (77) ; Yvelines (78) ; Deux-Sèvres (79) ; Somme (80).

Cette nouvelle vague, qui préfigure la généralisation de « Potentiel Emploi », s'appuie sur un outil informatique qui permet d'assurer un suivi des évaluations de la possibilité/capacité à retrouver un emploi des demandeurs.

Dans les rapports d'activité, plusieurs MDPH évoquent les appels d'offres qu'elles ont lancés pour leur venir en appui dans cette démarche.



### **MDPH de la Meuse (55)**

*La MDPH de la Meuse s'inscrit en 2014 dans la nouvelle phase expérimentale du dispositif Potentiel Emploi. Ce dispositif fait suite au rapport « l'emploi : un droit à faire vivre pour tous », remis en janvier 2010, et aux orientations fixées lors de la Conférence nationale du handicap de juin 2008, qui préconise d'évaluer, selon un processus dynamique, l'employabilité des personnes formulant une demande de prestation auprès de leur MDPH. Une première vague expérimentale 2011-2013, pilotée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), a été menée auprès de dix MDPH. Le but était de tester la pertinence et l'efficacité de nouveaux processus d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées.*

*La réalisation de la première expérimentation portait sur quatre modules d'accompagnement (premier entretien, synthèse des difficultés et des potentialités, émergence du projet professionnel et mise en situation). Au total, environ 800 personnes ont bénéficié de cette expérimentation, dont 94 % de demandeurs de l'allocation [aux] adulte[s] handicapé[s] (AAH), dont 81 % de primodemandeurs. Sur ces 800 personnes, 200 personnes ont participé à des mises en situation professionnelle. Ces résultats ont permis de renforcer l'articulation entre les MDPH et le service public de l'emploi (SPE), de confirmer la pertinence des différentes étapes du bilan d'employabilité proposé et la compatibilité du dispositif avec le processus d'évaluation des MDPH. Le Comité interministériel du handicap de septembre 2013 a acté la généralisation progressive de l'expérimentation. Comme vingt-quatre autres MDPH, la MDPH de la Meuse a souhaité participer à cette seconde vague expérimentale, pilotée par la DGCS et la CNSA, financée par le FIPHFP.*

*La généralisation de l'expérimentation bénéficie de la mise en place d'un logiciel extranet développé par la CNSA, qui permet aux partenaires d'accéder aux informations produites aux différentes étapes du parcours de la personne et au bilan de l'évaluation.*

### **MDA de Maine-et-Loire (49)**

La MDA a lancé un appel à candidatures, en octobre 2014, pour la sélection de prestataires pour la réalisation des prestations individuelles d'évaluation, décomposé en deux lots de prestations : le lot 1 concernant « tous publics éligibles, excepté les personnes handicapées psychiques », le lot 2 concernant « les personnes handicapées psychiques ». Comme lors de la première phase, les prestataires sont chargés de fournir un appui à la MDA dans la réalisation d'évaluations médico-psycho socioprofessionnelles, ou évaluations de l'employabilité des personnes handicapées, afin d'identifier les potentialités et les difficultés rencontrées par les personnes handicapées pour mettre en place un parcours d'insertion professionnelle. Les deux organismes retenus sont : ADAPEI Formation (tous publics éligibles, excepté les personnes handicapées psychiques) et REACTIVE 49/L'ADAPT (personnes handicapées psychiques). Les prestations prennent la forme d'un accompagnement des personnes handicapées avec les objectifs suivants : faire le point sur leur motivation et leur souhait d'engager un projet professionnel ou sur leur capacité d'envisager une activité professionnelle ; identifier les principaux obstacles psycho-médico-sociaux qu'elles rencontrent ainsi que leurs potentialités avant d'engager ou de réengager leur parcours d'insertion professionnelle et les actions à mettre en œuvre pour les lever, compte tenu des leviers identifiés ; apporter à la MDA toute information utile à la prise de décision en matière d'insertion professionnelle de la personne bénéficiaire de l'évaluation. Un coordonnateur a été recruté par la MDA 49 sur financement DGCS et FIPHFP, chargé d'assurer la centralisation des dossiers sélectionnés pour la prestation, la présentation de l'expérimentation aux personnes éligibles, le suivi des relations avec les usagers et le prestataire pour permettre de garantir une prestation de qualité. Elle intervient en appui technique auprès des prestataires dans le traitement et l'analyse des bilans de l'évaluation. Un logiciel informatique spécifique, élaboré par la CNSA, permet l'enregistrement des bénéficiaires de l'expérimentation, la transmission des prescriptions d'évaluation au prestataire et le suivi de différentes étapes de l'évaluation par le coordonnateur ad hoc.

### **MDPH des Hautes-Alpes (05)**

La MDPH des Hautes-Alpes a été département pilote dans l'expérimentation de l'évaluation de l'employabilité pour les demandeurs d'AAH en 2011 et 2012. En décembre 2014, la MDPH 05 a lancé un appel d'offres pour s'inscrire dans la seconde phase de cette expérimentation nationale relative à l'employabilité des personnes handicapées. L'objet du marché était de fournir un appui à la MDPH dans la réalisation d'évaluations médico-psycho socioprofessionnelles, ou évaluations de l'employabilité des personnes handicapées, afin d'identifier les potentialités et les difficultés rencontrées par les personnes handicapées pour mettre en place un parcours d'insertion professionnelle. Deux prestataires ont été retenus : l'un (ISATIS) pour le suivi des personnes avec handicap psychique et le second (CIBC) pour les autres personnes entrant dans ce dispositif. Un comité de pilotage a été mis en place composée de Cap emploi, Pôle emploi, l'AGEFIPH, la mission locale et la MDPH.

### **MDPH de la Loire (42)**

La conduite de l'expérimentation sur l'employabilité des personnes handicapées a mis en évidence un besoin d'échange, de concertation et d'articulation entre les professionnels chargés du suivi et de l'accompagnement des bénéficiaires du RSA et l'EPE de la MDPH chargée d'évaluer les demandes d'AAH. L'objectif a été atteint : une meilleure connaissance de part et d'autre du public commun aux deux services permet de coordonner les mises en parcours vers l'insertion professionnelle. La décision d'orientation professionnelle de la CDAPH est ainsi accompagnée par les conseillers en insertion. La MDPH de la Loire, partie prenante de la première expérimentation, maintient son engagement dans la deuxième phase de la démarche : définition d'un cahier des charges prévoyant l'internalisation du premier module relatif à l'entretien de premier contact, la priorité donnée au milieu ordinaire de travail lors des mises en situation professionnelle, 2 lots : lot 1 pour tout type de handicap sauf le handicap psychique, lot 2 réservé au handicap psychique, un appel d'offres a été lancé et deux prestataires ont été sélectionnés : le CERFOP pour le lot tout public et LIFT pour le lot concernant le handicap psychique. Déploiement de la prestation en janvier 2015.

### MDPH des Hautes-Pyrénées (65)

*La MDPH des Hautes-Pyrénées a réitéré sa participation en s'associant avec vingt-cinq autres MDPH du territoire national dans ce projet. Afin d'obtenir un appui dans la réalisation d'évaluations psychosocioprofessionnelles, ou évaluations de l'employabilité des personnes handicapées, et afin d'identifier les potentialités et les difficultés rencontrées par les personnes handicapées pour mettre en place un parcours d'insertion professionnelle, un marché à procédure adaptée (MAPA) a été lancé en application de l'article 28-I du Code des marchés publics pour un délai d'exécution de deux ans, afin d'obtenir un prestataire. La forme retenue est un marché à bons de commande avec quantités minimum et maximum. Au regard des critères d'attribution et à l'issue de la délibération du comité d'attribution du marché, il a été décidé que l'ADAPEI des Hautes-Pyrénées (Cap emploi) serait retenue comme prestataire. La MDPH s'est engagée sur une deuxième phase d'expérimentation nationale concernant l'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées. L'expérimentation va se poursuivre sur toute l'année 2015 et une partie de 2016. Un bilan de cette deuxième vague sera réalisé en mars 2016.*

**En matière d'emploi, les MDPH soulignent l'augmentation des orientations en ESAT.** Des MDPH constatent que plusieurs orientations en ESAT ne sont pas suivies d'effet. Les personnes inscrites comme demandeurs d'emploi rencontrent des difficultés dans leurs démarches (éloignement du domicile, adéquation entre les activités de l'ESAT et le profil...).

À noter le peu de sorties des personnes déjà présentes en ESAT.

Les MDPH notent aussi une insuffisance ou un manque d'offre de structures d'accueil.

Certaines MDPH ont mis en place plusieurs outils et modalités d'évaluation en faveur des personnes orientées en ESAT afin de mieux les accompagner dans leurs démarches :

- dispositif AMP (accompagnement en milieu protégé) : ce dispositif permet d'accompagner des personnes qui bénéficient d'une orientation en ESAT, mais qui sont dans l'attente d'une admission à travers des entretiens individuels, des visites d'ESAT, des stages ;
- gestion de la liste d'attente des personnes ayant une orientation professionnelle ESAT pour permettre d'organiser les liens entre les décisions de la CDA, les ESAT et les personnes handicapées.



### **MDA du Morbihan (56)**

*Dans le courant de l'année 2012, l'association pour le développement de l'insertion et l'emploi des personnes handicapées (ADIEPH) a engagé une action en faveur des adultes handicapés, financée par le Conseil départemental du Morbihan, qui est dénommé accompagnement vers le milieu protégé (AMP). Elle permet d'accompagner quarante personnes qui bénéficient d'une orientation en ESAT, mais qui sont dans l'attente d'une admission. Ces personnes ne disposaient jusque-là d'aucun soutien. [...] Au 31 décembre 2012, près de 700 personnes disposaient dans le département d'une orientation ESAT qui n'était pas suivie d'effet. Parmi eux, de l'ordre de 250 à 300 sont inscrits comme demandeurs d'emploi. Dans le Morbihan, le Pôle emploi présente l'avantage de disposer d'un référent travailleur handicapé dans chacun des bassins d'emploi du département.*

*L'objectif poursuivi dans le cadre de ce nouveau dispositif est de repérer les personnes motivées qui recherchent effectivement une place en ESAT sur l'un des cinq bassins d'emploi du département pour leur apporter un soutien notamment psychologique lorsqu'il s'avère nécessaire et instaurer une collaboration étroite avec le milieu protégé. Cet outil permet également de constituer une « candidathèque » au profit des ESAT du Morbihan.*

*L'AMP est préconisée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDA. Sa mise en œuvre nécessite l'instauration d'un climat de confiance : la personne concernée doit être volontaire et il doit y avoir la signature d'un contrat d'engagement avec un point qui est consacré à la mobilité et à l'examen des hypothèses de travail dans tel ou tel atelier.*

*Cet accompagnement n'a pas vocation à se substituer aux autres dispositifs actuellement en vigueur (IME, ULIS...).*

### **MDPH de la Seine-Saint-Denis (93)**

*Certaines personnes qui relevaient auparavant du milieu ordinaire, orientées vers le milieu protégé, ne semblent pas satisfaites des métiers proposés en ESAT, car trop éloignés de leur métier initial. Peu de personnes sont sorties en 2014. La MDPH recense 2 991 personnes orientées en ESAT dont les droits sont toujours actifs. Sur le département, la capacité totale d'accueil en ESAT s'élève à 2 000 places, l'offre semble insuffisante si les personnes se limitent au seul territoire de la Seine-Saint-Denis. Même si la notification est valable à l'ensemble du territoire national, les personnes privilégient une recherche proche de leur domicile. Par ailleurs, les personnes orientées en ESAT ne sont pas toujours prêtes à poursuivre un parcours d'insertion. Elles ne sont pas toujours accompagnées pour poser candidature, pour discerner les activités proposées en ESAT et parfois être renseignées par les modalités d'admission en établissement.*

### **MDA de la Côte-d'Or (21)**

*Dans le cadre d'un partenariat, des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) de Côte-d'Or et l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ont constaté un manque d'information et d'accompagnement de personnes sans solution ayant une orientation professionnelle ESAT décidée par la CDA. En raison de leur handicap, ces personnes ne sont pas toujours en capacité de déposer leur candidature dans les ESAT de Côte-d'Or. Pour répondre à cette problématique, les partenaires institutionnels, ESAT et MDPH, ont mis en place une procédure expérimentale de gestion des listes d'attente des personnes ayant une orientation professionnelle ESAT depuis 2011. Cette expérimentation, financée avec l'aide de l'association UDIP qui regroupe l'ensemble des directeurs d'ESAT du département, a permis au pôle insertion de la Mutualité française d'organiser les liens entre les décisions de la CDA, les ESAT et les personnes handicapées.*

### **MDPH de Mayotte (976)**

*Pour l'année en cours, le service insertion professionnelle de la MDPH a conduit des entretiens réguliers avec les usagers reconnus travailleurs handicapés.*

*Trente-trois orientations en milieu protégé.*

*Il est à noter qu'il n'existe pas encore d'ESAT à Mayotte et que les personnes faisant l'objet d'une orientation en milieu protégé se retrouvent d'office exclues du marché de l'emploi sur le territoire. Leur seule possibilité d'insertion reste un projet de mobilité, ce qui est souvent difficile pour les familles.*

### 3. L'allocation aux adultes handicapés – AAH

Plusieurs MDPH font état de l'augmentation des demandes d'AAH, faisant suite à la réforme de cette allocation.

Cette hausse intervient alors que les demandes d'AAH ont déjà augmenté de 56,5 % entre 2007 et 2013, passant de 336 000 à 526 000 demandes<sup>6</sup>.

Pour mémoire, le décret du 16 août 2011 précisant la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi avait en effet fixé à deux ans maximum la durée d'attribution de l'AAH (L. 821-2).

Cela concerne les personnes avec un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 % présentant une « restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi ». L'objectif étant de permettre un examen plus fréquent de situations présumées évolutives.

De nombreux rapports d'activité reviennent sur les effets de cette réforme sur leur activité dans la mesure où elle conduit à des renouvellements plus fréquents des demandes d'AAH avec les premiers effets constatés en 2013, deux années après l'entrée en application de cette réforme, et qui se prolongent en 2014. L'année 2013 marque une envolée de cette augmentation avec plus de 16 % de demandes supplémentaires d'AAH déposées auprès des MDPH.



#### MDPH de l'Ariège (09)

*1 683 décisions concernant les demandes d'AAH ont été prises au cours de l'année 2014 hors recours contentieux. Les refus portent en majorité sur les premières demandes (56,36 % des premières demandes sont refusées).*

*Par contre, seulement 3,05 % des demandes de renouvellement (826 accords pour 26 refus) font l'objet d'une décision de rejet correspondant à des évolutions positives de situation de handicap ou à l'application de la nouvelle réglementation concernant l'AAH RSD.*

#### MDPH de la Vienne (86)

*L'application de cette réforme se traduit par une augmentation des demandes d'AAH de 43 % sur la période entre le 31 décembre 2011 et le 31 décembre 2014 (14 % en moyenne sur ces trois années). Concernant la RQTH, en 2014, les décisions relatives à une orientation professionnelle accompagnent 87 % des décisions de RQTH. Toutefois, dans le cadre de l'étude des demandes d'AAH, il n'est pas toujours envisageable de proposer une orientation professionnelle en complément à une RQTH.*

<sup>6</sup> Estimation du volume de demandes et de décisions relatives à l'emploi. Repères statistiques n° 3, CNSA, 2014.

Dans les rapports 2014, les MDPH soulignent la progression des demandes de renouvellement de l'allocation. Les décisions de renouvellement concernent une grande partie de l'activité.



#### **MDPH de la Loire-Atlantique (44)**

*Le nombre de demandes d'AAH a significativement augmenté ces cinq dernières années. Les demandes de renouvellement sont devenues plus fréquentes et, alors qu'elles représentaient à peine plus de 50 % des dossiers en 2011, elles en représentent actuellement plus de 63 % en Loire-Atlantique. En tout, les demandes d'AAH et de CPR représentent 22 % des demandes adressées à la MDPH par les adultes en situation de handicap.*

#### **MDA de la Manche (50)**

*Le nombre de demandes d'AAH augmente de 10,5 %. Cette augmentation des demandes se ressent plus particulièrement sur les demandes de renouvellement d'AAH, représentant 60,8 % des demandes. Le nombre de décisions prises augmente dans les mêmes proportions (11,4 %). Les décisions de renouvellement concernent plus de la moitié de l'activité, ce qui représente 28 % d'accords de renouvellement supplémentaires sur la même période. Les AAH accordées avec un taux entre 59 et 79 % représentent également une part plus importante des accords, soit 53,3 % des accords, soit une augmentation de 29 % du nombre d'AAH. Le taux d'accord global augmente et atteint les 80,3 %. Le taux d'accord d'AAH compris entre 50 et 79 % reste inchangé. Le taux d'accord sur la part des décisions de renouvellement est de 95,1 %, soit quasiment inchangé par rapport à 2013. Les demandes de CPR augmentent de 8,4 %. Les premières demandes représentent 62 % des demandes de CPR. Le taux d'accord est en légère baisse à 24,7 %.*

Suite à la Conférence nationale du handicap (CNH) de décembre 2014, le texte (décret n° 2015-387 du 3 avril 2015 relatif à la durée d'attribution de l'AAH pour les personnes handicapées), qui entre en vigueur le 6 avril 2015, permet d'étendre de deux à cinq ans la durée maximale d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) pour les personnes ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % et « qui subissent une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ». Ces allocations sont accordées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

L'allongement prévu de la durée d'accord est une dérogation à la durée maximale de deux ans. Cette dérogation ne peut être accordée que si le handicap et la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE) ne sont pas susceptibles d'une évolution favorable au cours de la période d'attribution (critères cumulatifs).

Le décret permet, d'autre part, d'aligner les durées de validité des décisions d'AAH et de RQTH/ORP. Il est d'ores et déjà applicable à toutes les demandes en cours d'examen (premières demandes ou renouvellements).



## 4. La prestation de compensation du handicap – PCH

La PCH vise à répondre aux besoins de compensation des personnes handicapées présentant une difficulté absolue ou deux difficultés graves à réaliser une ou plusieurs activités parmi les dix-neuf activités du référentiel d'accès à la PCH, au regard de leur projet de vie, en sus des prestations existantes. Cette prestation comprend cinq éléments : les aides humaines (élément 1), les aides techniques (élément 2), l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport (élément 3), les charges spécifiques ou exceptionnelles (élément 4), les aides animalières (élément 5). La PCH est versée par les conseils départementaux.

### Les demandes de prestation de compensation : la croissance ralentit

Entre 2006 et 2009, le nombre de demandes de prestation de compensation a augmenté de 163 %, passant de 70 600 à 185 800 demandes. 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, l'augmentation est nettement plus faible (+11 % en 2011, +8 % en 2012, +6 % en 2013). En 2014, la croissance des demandes poursuit son ralentissement : le taux d'évolution annuel est de 6 % et l'on estime à 251 300 le nombre de demandes de PCH (adultes-enfants) sur la France entière.

Rapporté à la population de moins de cinquante-neuf ans, le taux de demandes s'échelonne entre 260 et 1 500 demandes pour 100 000 habitants de vingt à cinquante-neuf ans<sup>7</sup>.

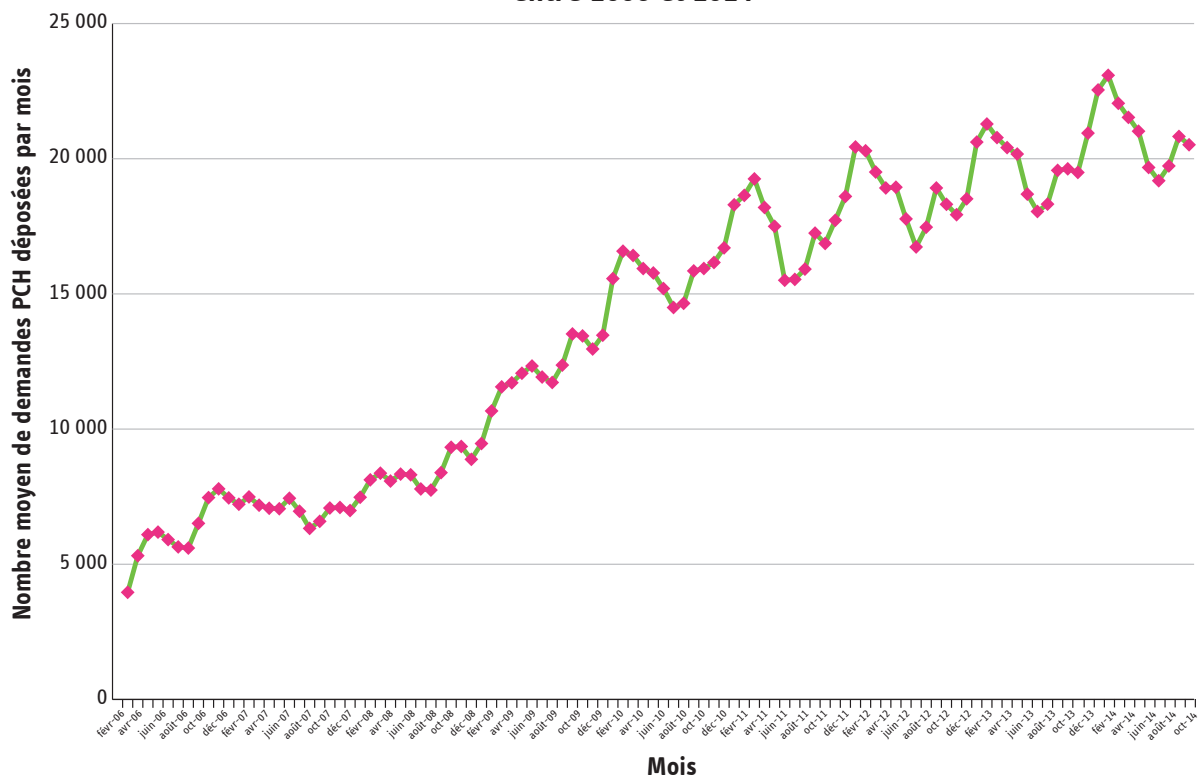
Le nombre moyen de demandes de PCH poursuit son augmentation avec une croissance ralentie à partir de la fin de l'année 2010 (*graphique p. 98*).

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 63 % en 2014.

<sup>7</sup> Le nombre de demandes de PCH est calculé sur la population des 20-59 ans, la très grande majorité des demandeurs de la PCH étant âgée d'au moins vingt ans.

Le profil des demandeurs de PCH évolue également depuis 2008 avec la mise en place de la PCH enfant. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, en alternative aux compléments d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), les enfants peuvent bénéficier de l'ensemble des volets de la PCH (en sus des aménagements de logement, de véhicule et des surcoûts liés aux frais de transport). La part des demandes de PCH enfant était de 3,4 % en 2007. Elle atteint 11,5 % en 2014.

### Évolution mensuelle des demandes de PCH déposées par mois entre 2006 et 2014



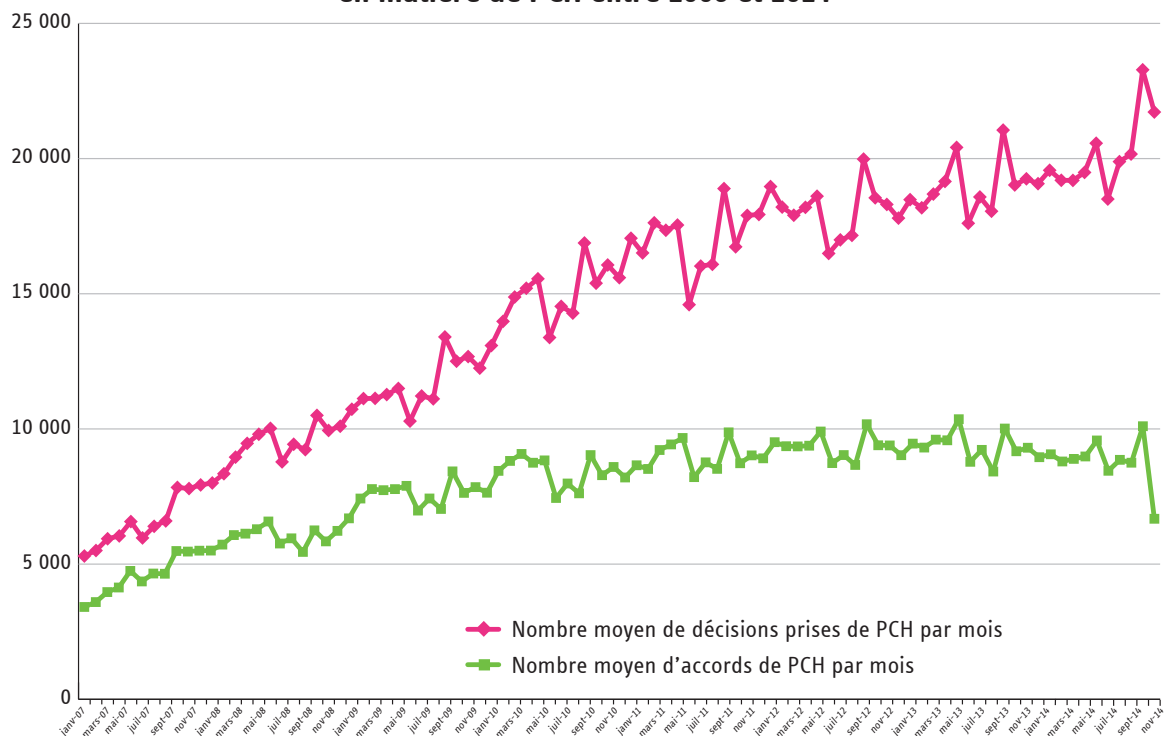
Source : CNSA, enquête mensuelle PCH 2015, données provisoires extrapolées à la population française.

## Les décisions de prestation de compensation : une augmentation de 7 % entre 2013 et 2014

En 2014, les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), instances décisionnaires des MDPH, ont pris environ **242 000 décisions de PCH**. Le nombre total de décisions prises continue d'augmenter à un rythme toujours plus faible que dans les premières années de la mise en place de la prestation (+7 % en 2014) – *graphique ci-dessous*. La part des décisions de PCH dans l'ensemble des décisions prises par les CDAPH reste stable (7 %).

Au cours de l'année 2014, en moyenne, 20 300 décisions relatives à la prestation de compensation ont été prises chaque mois. La part des décisions relatives aux PCH enfant continue d'augmenter : elle représente 11 % du total des décisions PCH prises en 2014.

**Évolution mensuelle des décisions prises en matière de PCH entre 2006 et 2014**



Source : CNSA, enquête mensuelle PCH 2015, données provisoires extrapolées à la population française.

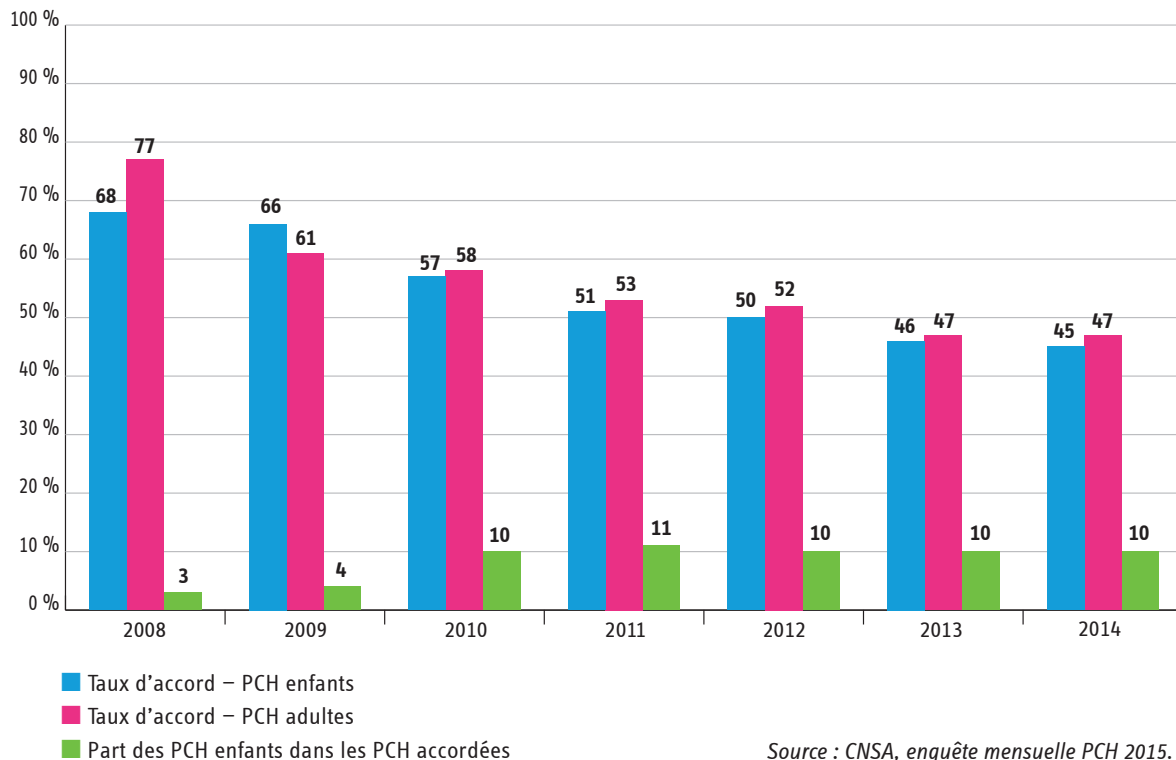
## En 2014, un peu moins d'une décision sur deux a donné lieu à un accord de PCH

En 2014, on estime à 109 400 le nombre d'accords de PCH. Le taux d'attribution de la prestation de compensation (adultes et enfants) diminue depuis 2009 : il est estimé à 46,6 % en 2014 (*graphique ci-dessous*). Les pratiques départementales (information des personnes et des partenaires, orientation des demandes, 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 était 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 2005<sup>8</sup> ainsi que les personnes ayant choisi de basculer, au début du dispositif, de l'allocation compensatrice de tierce personne (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). »<sup>9</sup>

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 la prestation et par le développement d'outils sur les spécificités de la PCH (guides construits par la CNSA avec les acteurs du terrain).

Évolution du taux d'accord de PCH de 2008 à 2014



<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Maude ESPAGNACQ, *Évolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012*. Études et résultats n° 829, DREES, janvier 2013.

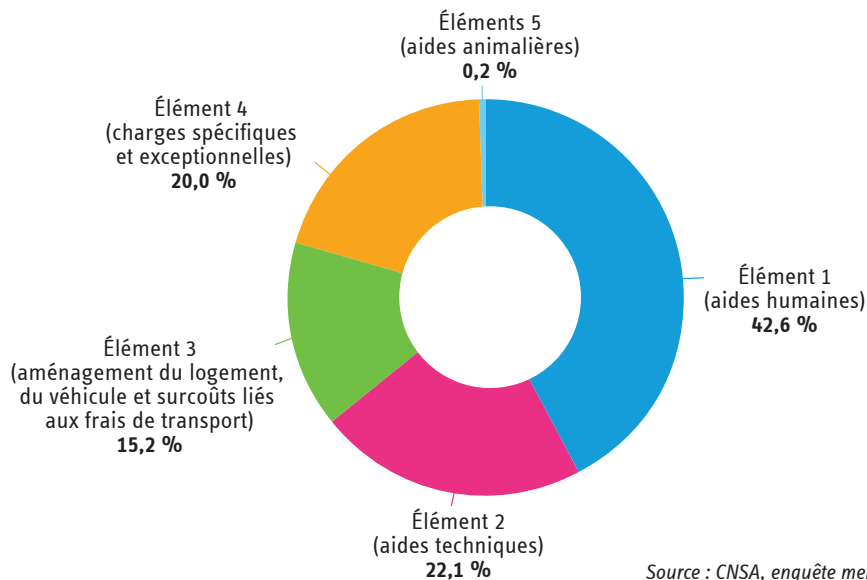
## La répartition des éléments accordés pour les enfants se distingue de celle de l'ensemble des bénéficiaires de la PCH

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, le contenu de l'aide peut changer, ce qui peut avoir un impact sur le montant de la prestation versé par le conseil départemental.

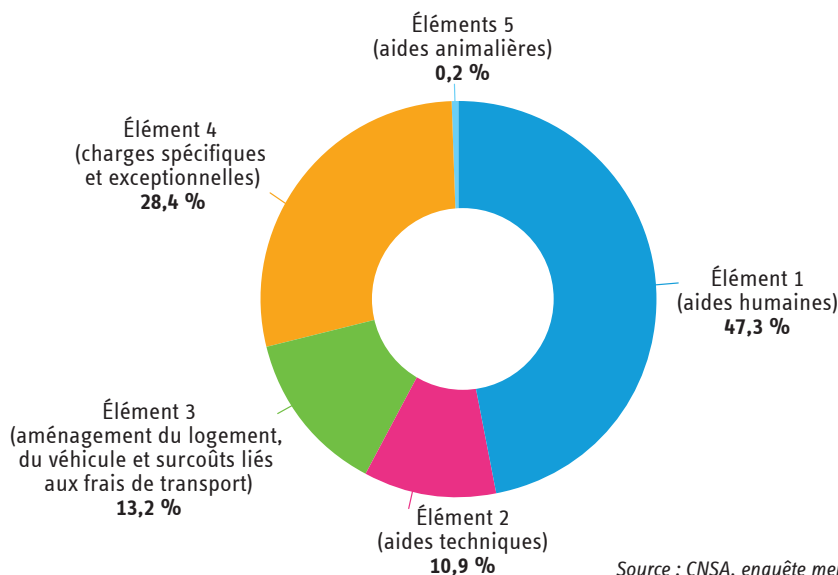
Les graphiques ci-dessous fournissent une photographie de la répartition des différents éléments de compensation attribués par la CDAPH par public. Certains éléments, comme l'aide humaine, sont attribués pour une utilisation régulière et mensuelle, et d'autres éléments pour une acquisition (ponctuelle) ou des frais spécifiques liés à la situation de handicap.

### Répartition des éléments de la PCH attribués en 2014 (%)

#### Tout public



#### Public des enfants



L'aide humaine représente 43 % des éléments accordés en 2014. C'est l'élément le plus fréquemment accordé pour le public éligible à la PCH. Les CDAPH accordent plus fréquemment de l'aide humaine auprès des enfants (47 % pour les enfants contre 43 % les adultes) et des charges spécifiques et exceptionnelles (28 % *versus* 20 %).

La place particulièrement importante qu'occupe le financement de charges spécifiques et exceptionnelles pour les enfants est également mise en évidence dans les derniers résultats publiés par la DREES<sup>10</sup> : en décembre 2014, 95 % des enfants bénéficiaires de la PCH ont perçu un versement pour de l'aide humaine, 43 % pour des charges spécifiques ou exceptionnelles (contre 19 % des bénéficiaires dans leur ensemble), 6 % pour l'élément 3, à savoir les aménagements du logement, du véhicule et les surcoûts liés aux frais de transport (contre 8 % des bénéficiaires de la PCH), et enfin 1 % pour de l'aide technique.

**L'élément 4 de la PCH, constitué des charges spécifiques et des charges exceptionnelles, est donc particulièrement utilisé pour répondre aux besoins des enfants en situation de handicap.**

L'analyse des décisions d'une MDPH permet d'illustrer la nature des aides apportées à des enfants en situation de handicap par le biais de l'élément 4 :

- les charges spécifiques sont les dépenses permanentes et prévisibles liées au handicap et n'ouvrant pas droit à une prise en charge au titre d'un des autres éléments de la PCH. Elles peuvent répondre, par exemple, à des besoins liés au financement des frais de la prise en charge thérapeutique ou rééducative régulière assurée par un professionnel médical ou paramédical diplômé, ou au financement de protections, d'alèses, de bavoirs jetables ;
- les charges exceptionnelles se distinguent des charges spécifiques par le fait que les dépenses sont ponctuelles. Elles peuvent, par exemple, permettre de couvrir des besoins liés à des frais de garde (crèche après l'âge de trois ans), au financement des frais de séjours adaptés ou des frais de stage de formation pour la famille (comme l'apprentissage de méthodes éducatives spécifiques sur l'autisme ou de la langue des signes).

<sup>10</sup> Résultats de l'enquête trimestrielle de la PCH n° 1-2015 (statistiques du quatrième trimestre 2014), exploitation des données au 15 mars 2015, DREES.

## Des montants moyens variables selon les éléments de la PCH en 2014

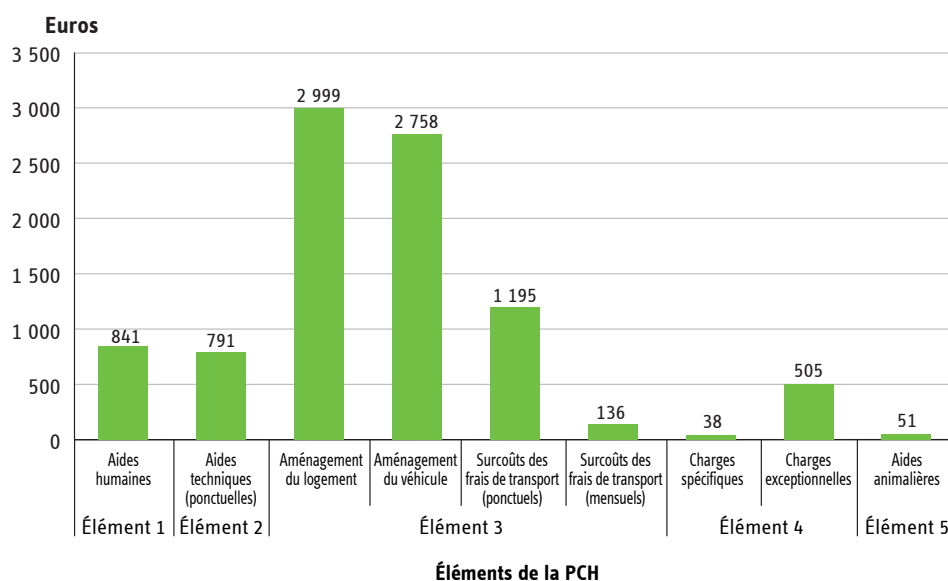
Au niveau national, le montant moyen attribué mensuellement pour les aides humaines est de 841 euros en 2014. La PCH permet de recourir à des aidants professionnels (prestataire, mandataire, gré à gré) et/ou à des aidants familiaux. Le montant moyen de l'aide humaine peut être expliqué par la configuration de l'aide préconisée par l'équipe pluridisciplinaire, les quatre statuts d'aidants n'étant pas associés aux mêmes tarifs<sup>11</sup>. Le montant moyen d'aide humaine accordé peut également être expliqué par les pratiques locales et par les 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 accordé pour les aides techniques est, en moyenne, de 791 euros en 2014. Les aides techniques sont dans leur très grande majorité des aides ponctuelles (c'est-à-dire versées en une fois). Le montant moyen accordé pour l'aménagement de logement est de 2 999 euros, et celui accordé pour un aménagement du véhicule s'élève à 2 758 euros en moyenne. Les surcoûts liés aux frais de transport mensuels accordés représentent 136 euros par mois, en moyenne. Les frais de transport ponctuels (pour départ en congés, par exemple) représentent 11 % des frais de transport accordés, et le montant moyen est de 1 195 euros pour cet élément.

Les charges spécifiques représentent 63 % des éléments accordés au titre de l'élément 4 avec un montant moyen attribué de 38 euros mensuel. Le montant des charges exceptionnelles est évalué à 504 euros versés en une fois.

Les aides animalières accordées sont bien plus rares, pour un montant moyen de 51 euros.

### Montants moyens attribués par élément de la PCH en 2014



Source : CNSA, enquête mensuelle PCH 2015.

<sup>11</sup> 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 1er 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 1er janvier 2014.

### En 2014, les bénéficiaires de la PCH représentent le principal public des fonds départementaux de compensation

Le FDC (fonds départemental de compensation), qui s'est substitué au dispositif des sites pour la vie autonome, est chargé d'accorder des aides financières extra-légales destinées à des personnes en situation de handicap pour faire face à un besoin de compensation.

D'après la synthèse des rapports d'activité 2012 des MDPH, « À la création des MDPH, les dispositifs pour la vie autonome ont été en général réintégrés dans les services des MDPH. Certaines MDPH ont gardé les critères antérieurs pour les revoir en 2011 au regard de leur trésorerie. D'autres les ont revus d'emblée en les limitant aux personnes handicapées bénéficiaires de la PCH, aux enfants bénéficiaires de l'AEEH et parfois également aux bénéficiaires de l'ACTP. Quelques très rares MDPH ont conservé une ouverture de leur fonds aux personnes âgées. »<sup>13</sup>

Les fonds de compensation disposent d'une diversité de règlements intérieurs et de modes d'organisation propres. Les fonds de compensation ont donc la liberté de déterminer les critères des personnes concernées par l'action du fonds (bénéficiaires de la PCH ou non).

Pour autant, en 2014, le fonds de compensation est intervenu auprès de bénéficiaires de la PCH dans 93 % des cas (résultat obtenu auprès de cinquante et une MDPH).

Ce taux est variable selon les départements :

- dans trente-deux départements de l'échantillon (soit 61 %), les personnes éligibles au fonds de compensation bénéficient toutes de la PCH ;
- dans quinze départements de l'échantillon, les bénéficiaires de la PCH représentent entre 75 % et 99 % du public éligible au fonds ;
- dans quatre départements, cette part oscille entre 30 % et 66 %.



#### MDPH de l'Aube (10)

*L'activité de la CDAPH lors de l'examen mensuel des demandes de PCH se caractérise par sa régularité et ne connaît pas de fluctuation saisonnière. La quasi-intégralité des demandes de PCH sont examinées sur table par les membres de la CDAPH. La PCH est surtout marquée par une réduction spectaculaire du taux d'acceptation qui est passé de 64,17 % en 2009 à 38,59 % en 2013. En 2014, ce taux est tombé à 37,61 %. La CDAPH accepte donc un peu moins de quatre demandes sur dix. Cette tendance n'est pas liée à un durcissement des conditions de recevabilité des prestations, mais plutôt à l'émergence progressive de demandes ne correspondant pas, soit aux critères légaux d'éligibilité prévus par la législation, soit aux critères d'intervention de la PCH. Pour cette raison, un document précisant la nature des prestations pouvant ou non être prise en charge par la PCH a été réalisé en 2014, afin d'être diffusé aux demandeurs.*

<sup>13</sup> CNSA. MDPH : une adaptation continue : synthèse des rapports d'activité 2012 des maisons départementales des personnes handicapées, décembre 2013, « Dossier technique ».



**MDPH des Vosges (88)**

La PCH continue d'augmenter, +5 %, mais par rapport à 2013 où la part des renouvellements, soit 70 % des demandes, était importante, l'année 2014 connaît un taux important de premières demandes, soit 64 %, d'où une progression de 124 % par rapport à 2013. La PCH adulte a vu une augmentation de ses bénéficiaires de 11 % par rapport à 2013. PCH enfant : l'augmentation est plus légère par rapport à 2013 avec une hausse de 5 % pour 2014 ; les décisions ont diminué de 27 %, avec une baisse de 12 % des accords et [de] 56 % des refus. En 2014, le nombre d'accords de PCH est de 109 400. Le taux d'attribution de la PCH est estimé à 46 %. Pour les Vosges, le taux est à 65 %, en hausse par rapport à 2013 (64 %). Le total des aides humaines accordées connaît une hausse significative, +48 %. Si la MDPH traite les demandes de PCH, le paiement est effectué par le conseil départemental via le service prestations ACTP/PCH de la maison de l'autonomie et de la solidarité (MDAS).

**MDPH du Pas-de-Calais (62)**

Les demandes de PCH continuent de s'accroître (+15 % par rapport à 2013), mais nous pouvons voir que cette augmentation concerne essentiellement les adultes et notamment les adultes à domicile. Ce phénomène est sans doute à mettre en lien avec l'augmentation des listes d'attente et donc la nécessité de prévoir un accompagnement pour ces personnes. Les premières demandes représentent toujours une part importante des demandes reçues, 70 % pour les adultes et 69 % pour les enfants. Nous sommes donc toujours dans une phase de montée en charge de cette prestation.

Le taux d'accord des PCH adultes est identique à celui de l'année dernière. Concernant les enfants, s'il y a une progression par rapport à l'année dernière, elle demeure très limitée (taux d'accord supérieur de 3 %).

S'agissant des montants moyens les plus élevés, ils évoluent logiquement fort peu (1 à 3 %). S'agissant des aides techniques, le montant moyen diminue de manière un peu plus importante, mais est peu significatif puisque mathématiquement lié au montant des aides concernées. Quant à l'augmentation de 29 % du montant moyen des charges exceptionnelles, elle n'est pas non plus significative puisque portant sur des sommes beaucoup plus modestes (en valeur absolue cette augmentation n'est que de 13 euros).

Les délais moyens de traitement ont également subi une augmentation pour 2014, comme suit :

- PCH adulte à domicile : 6 mois, soit +1,6 mois par rapport à 2013 ;
- PCH adulte en établissement : 5,4 mois, soit -0,1 mois par rapport à 2013 ;
- PCH enfant à domicile : 9 mois, soit +4 mois par rapport à 2013 ;
- PCH enfant en établissement : 8 mois, soit +3,6 mois par rapport à 2013.

**MDPH des Alpes-Maritimes (06)**

Cette prestation complexe, aussi bien dans son processus d'ouverture de droit [que sur le plan] de son paiement, génère de nombreuses questions de la part des usagers, au titre notamment de ses éléments 2 et 3 (aides techniques - aides liées à l'aménagement du logement et du véhicule). Elle requiert un suivi et un accompagnement particuliers, dont a pris acte la commission exécutive du 19 octobre 2011, en élargissant les missions confiées à la Mutualité française PACA SSAM.

Sans attendre l'élaboration d'un dispositif formalisé, certaines décisions de PCH, mais également certaines demandes, font déjà l'objet de suivis par le plateau de coordination des aides techniques et le fonds départemental de compensation du handicap pour apporter tout renseignement utile, rechercher des financements complémentaires à la PCH dans le cadre du principe de subsidiarité, fiabiliser les devis dans l'intérêt des bénéficiaires et du département payeur, se rendre à domicile éventuellement, assurer une interface générale entre l'équipe pluridisciplinaire, les usagers, le payeur et les fournisseurs.

### MDPH de Tarn-et-Garonne (82)

On peut dire que le nombre de demandes de PCH tous publics confondus a fortement augmenté sur 2014 (+51,16 %), avec une évolution sur le public [des] adultes beaucoup plus importante (+57,08 %) que sur le public enfant (+ 20,19 %). Pour les adultes, les aides techniques, les charges spécifiques, les surcoûts liés au transport. Ce sont cependant les demandes d'aides humaines qui restent les plus sollicitées (42,28 % des demandes adultes accordées). Pour les enfants, les surcoûts liés au transport, les charges exceptionnelles, l'aménagement du véhicule. Les demandes d'aides humaines sont également les aides les plus sollicitées (51,4 % des demandes enfants accordées). Les rejets en PCH adultes ont été de 553 pour 622 accords en 2014, soit 47,06 % de demandes rejetées (pour 38,5 % en 2013) pour des raisons essentiellement d'inéligibilité médicale. Les rejets en PCH enfants ont été de 18 pour 107 accords (soit 14,4 % de demandes rejetées pour 4,8 % en 2013) pour les mêmes raisons que pour les demandes adultes.

---

## 5. Les orientations en établissements médico-sociaux

Les demandes d'orientation en établissements et services médico-sociaux restent stables.

### Le partenariat avec les établissements et services médico-sociaux

**Le partenariat avec les établissements et services médico-sociaux se développe** avec des visites sur sites et des réunions permettant de prioriser les admissions pour certains publics.



---

### MDPH de la Charente (16)

Une réunion par an est organisée avec chaque établissement du médico-social accueillant des enfants orientés par la MDPH, permettant ainsi d'échanger sur les projets en cours et de faire le point sur les situations individuelles et les effectifs. De plus, chaque année, une réunion dite « harmonisation » est organisée entre tous les IME pour examiner les possibilités d'admission de chaque enfant orienté. Les ITEP bénéficient de la même proposition. Par ailleurs, les structures médico-sociales sont représentées au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Cinq établissements ont demandé à participer aux travaux.

### **MDPH de la Seine-Saint-Denis (93)**

*Dans la continuité des visites sur le terrain, la MDPH a organisé trois rencontres partenariales réunissant les responsables des différentes catégories d'établissement : une réunion avec les responsables de FAM [foyer d'accueil médicalisé] et MAS [maison d'accueil spécialisée], une avec les responsables des foyers de vie et foyers occupationnels et la dernière avec les SAMSAH [service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé] et SAVS. Chacune de ces rencontres a été l'occasion de présenter aux partenaires le bilan de l'année écoulée en matière d'orientation médico-sociale et de faire le point sur l'état des besoins d'accueil dans le département. Cette question a d'ailleurs été au centre des discussions qui ont beaucoup porté sur la nécessité de mieux accompagner les personnes orientées en établissements. La majorité des responsables d'ESMS se dit préoccupée par l'allongement des listes d'attente dans leurs établissements et par les délais trop longs pour obtenir une place. Pour rappel, le taux d'occupation moyen dans les établissements est de 98 %, ce qui favorise très peu les rotations.*

*Contrairement aux demandes d'accueil à temps plein, qui représentent l'essentiel des besoins, l'accueil de jour connaîtrait moins de succès d'après les dirigeants de ces établissements, qui peinent parfois à trouver des postulants. Des difficultés similaires sont également pointées concernant la mise en œuvre de l'accueil temporaire dans les établissements. Les quarante et une places actuellement disponibles seraient difficilement « pourvoyables », les personnes étant souvent en recherche d'un hébergement permanent. Plusieurs responsables d'établissement admettent qu'il n'est pas facile de trouver des personnes qui acceptent un séjour de trois mois. Ces difficultés de gestion de l'accueil temporaire exposent certaines structures à des situations budgétaires précaires. L'idée d'une mutualisation des listes d'attente a été retenue parmi les solutions envisagées pour mieux pourvoir les places vacantes. Un groupe de travail conjoint MDPH/ESMS va être mis en place afin de se pencher sur cette question. D'autres initiatives visant à simplifier les démarches d'admission feront également partie de la réflexion du groupe de travail (ex. : élaboration d'un formulaire unique d'admission). Par ailleurs, la MDPH se réjouit de la constitution d'un réseau d'échange et d'information entre les FAM et MAS du département à la suite de ces réunions partenariales.*

### **MDPH du Bas-Rhin (68)**

*La commission d'admission prioritaire : depuis avril 2014, la CAP 68 est scindée en CAP « adultes » et CAP « enfance ». CAP 68 adultes : vingt-huit situations ont été examinées en 2014. Concernant le profil des personnes, 82 % relèvent de la tranche d'âge 26-60 ans, 79 % sont des hommes. Le handicap mental est prégnant dans plus de la moitié des cas. Les orientations préconisées sont le foyer de vie pour dix situations, la MAS pour neuf situations. Concernant l'origine de la demande, elle est majoritairement issue d'un établissement (douze situations), pour onze situations au domicile et cinq en hôpital.*

### **MDPH du Cher (18)**

*Des tables rondes de priorisation des admissions en établissement et services médico-sociaux pour enfants se réunissent chaque mois de juin. Elles réunissent les acteurs de l'Éducation nationale, l'inspecteur ASH et enseignants-référents, un représentant de l'ARS, les établissements médico-sociaux du département de même agrément, les professionnels du secteur de psychiatrie enfant, les professionnels de la MDPH. Elles ont pour objectif de prioriser collégialement les admissions sur la base de critères partagés. Elles permettent simultanément d'arrêter une liste fiable de situations en attente de prise en charge, de prévoir pour ces situations individuelles repérées une réponse alternative d'inclusion scolaire en cas de non-concrétisation d'admission en établissement et, sur un plan collectif, de mieux appréhender les besoins du territoire.*

## L'accompagnement par les MDPH

**La fonction d'accompagnement se développe, et une fonction de référent de parcours ou de chargé du suivi des orientations apparaît dans les MDPH.**



### **MDPH de la Haute-Marne (52)**

*Le pôle social est amené à travailler en lien avec tous les pôles de la MDPH, afin de mettre en œuvre ses missions. [...] Intervention (à la MDPH ou par téléphone) sur sollicitation du pôle accueil lorsque les usagers se présentent pour une première demande ou pour des situations complexes. [...] Après le passage en commission, le service social accompagne la mise en œuvre du plan d'aide si nécessaire (lien avec l'usager et sa famille, liaison avec les services prestataires, le service comptabilité du conseil départemental...).*

### **MDPH du Cher (18)**

*Tout au long de l'évaluation, une attention particulière est portée pour donner réponse aux souhaits ou besoins formulés dans le formulaire de demande et particulièrement dans le projet de vie. Par ailleurs, 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. Les usagers bénéficient par ailleurs d'un travailleur social référent impliqué dans l'évaluation de leurs besoins, mais aussi dans le suivi et l'accompagnement des décisions dans la mesure des possibilités.*

### **MDPH de l'Aisne (02)**

*La nomination d'un référent de parcours au sein du conseil départemental a permis un travail de collaboration étroit avec l'équipe pluridisciplinaire dans la recherche de solution, tant dans le cadre de la commission cas critiques que dans le cas de situations complexes (onze situations en 2014). La MDPH a travaillé en lien étroit avec la direction des politiques d'autonomie et de solidarité du conseil départemental pour le déploiement des missions d'une référente de parcours en poste depuis septembre 2014.*

### **MDPH du Vaucluse (84)**

*Lorsqu'une orientation en établissement médico-social est notifiée aux familles, elles doivent elles-mêmes faire la démarche auprès des établissements pour trouver une place. Le temps d'attente pour une prise en charge effective peut être parfois long (parfois deux ans pour des IME par exemple). Ainsi certains enfants non scolarisés sont à domicile sans aucune prise en charge (hormis financière au titre de la PCH). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, les assistantes sociales et psychologues des plates-formes de la MDPH sont mobilisées sur cet accompagnement. Cependant, certaines familles non connues par des services extérieurs peuvent être en difficulté pour se saisir des notifications et ne sollicitent pas les services compétents, et restent en difficulté avec leurs enfants.*

## Le déploiement du dispositif « situations critiques »

2014 a été l'année de déploiement du dispositif « situations critiques » : **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.**

La majorité des MDPH ont mis en place la commission, et les vingt-six ARS ont nommé un référent régional.

La présidence de la commission est majoritairement assurée par les MDPH (76 %). Elle se compose de la MDPH, du conseil départemental, de l'ARS (+ 90 %) ; des acteurs du secteur sanitaire, hospitalier et psychiatrique (près de 70 %) ; de l'Éducation nationale (81 %), des CPAM (58 %) ; de l'aide sociale à l'enfance (ASE – 58 %) ; des représentants associatifs et des établissements gestionnaires (70 %) ainsi que des représentants des familles/usagers (63 %).

La commission peut être saisie par les établissements médico-sociaux et sanitaires, les services sociaux, l'Éducation nationale, la CDAPH et par l'un de ses membres.

Les MDPH sont nombreuses à signaler que les difficultés premières dans le traitement de ces situations concernent très majoritairement les enfants et les jeunes de moins de vingt ans. Les personnes atteintes des troubles du comportement sont fortement exposées. Ces situations sont liées tout à la fois au handicap et à ses retentissements dans la vie quotidienne (handicap psychique principal ou secondaire et troubles du comportement).



### MDPH des Côtes-d'Armor (22)

*La commission a été mise en place à compter de février 2014. L'organisation est assurée par la MDPH dans le cadre d'un groupe restreint de pilotage comprenant la MDPH, le conseil départemental, la délégation territoriale ARS. Concrètement, ce groupe restreint a défini le cadre méthodologique d'intervention. L'objectif était à la fois d'apporter une réponse adaptée à des situations critiques au sens de la circulaire et parallèlement d'expérimenter et d'auto-évaluer la méthode d'intervention.*

*Cinq réunions de ce groupe restreint et cinq réunions de la commission élargie aux partenaires concernés par les situations repérées ont permis d'intervenir sur vingt-quatre situations (quinze enfants, neuf adultes) qui ont relevé durablement ou plus ponctuellement du dispositif.*

### MDPH du Bas-Rhin (67)

*En application de la circulaire n° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013, la MDPH du Bas-Rhin a mis en place en avril 2014 une commission des situations critiques qui a pour vocation d'examiner les situations complexes et de proposer un plan d'action pour tenter de trouver des solutions. [...] En 2014, la commission s'est réunie à six reprises et a examiné dix-neuf situations différentes, dont certaines à plusieurs reprises. Sur les dix-neuf situations signalées, treize revêtent effectivement un caractère « critique » au sens de la circulaire. Dix d'entre elles n'avaient pas été résolues de manière pérenne au 31 décembre 2014.*

*Seize situations concernaient des enfants (dont dix avec un suivi protection de l'enfance), et trois des adultes.*

*Pour quinze des situations signalées, les troubles du comportement étaient prépondérants.*

*La MDPH tire un vrai bénéfice de cette nouvelle expérience qui renouvelle les modalités du partenariat en faisant converger les discussions vers la recherche de solutions et en associant de façon structurée le secteur psychiatrique pour la première fois.*

### MDPH du Var (83)

*Cette commission s'est réunie neuf fois en 2014.*

*Vingt-deux situations ont été examinées, et treize ont été transmises à l'ARS, car aucune solution locale ne pouvait être envisagée.*

### **MDPH des Deux-Sèvres (79)**

Neuf situations auront été vues en commission et deux autres ont été traitées directement par la directrice de la MDPH au regard de l'urgence. Sur les onze situations examinées, huit concernaient des jeunes de moins de vingt ans, dont dix garçons. La très grande majorité d'entre eux présentent une déficience mentale avec troubles du comportement. La prise en charge de ces jeunes nécessite, le plus souvent, une compétence à la fois médicale et sociale qui a, actuellement, du mal à se coordonner au quotidien. Cela engendre des ruptures régulières dans le parcours qui ne font qu'aggraver les difficultés et les tensions autour de ces situations. Faute de solution au plan local, une situation a été remontée auprès du siège de l'ARS à Poitiers et a pu rapidement être débloquée en trouvant une place dans un établissement spécialisé de la Vienne. Par ailleurs, l'ARS a accepté de financer un temps d'éducateur supplémentaire en IME pour faciliter l'intégration d'un enfant.

### **MDPH de l'Ariège (9)**

Suite à la circulaire du 22 novembre 2013, la prise en compte des situations critiques a alors été élargie aux adultes. Ainsi treize cas ont été étudiés, dont cinq situations d'enfants et huit adultes.

En ce qui concerne les enfants, il s'agit de quatre orientations en IME et une en ITEP non effectives et sans aucune prise en charge.

Pour le secteur adulte, neuf personnes bénéficiant d'orientations en MAS et FAM sans prise en charge, faute de place, et maintenues à domicile ou en hospitalisation. Une nouvelle commission départementale s'est tenue le 18 novembre en présence de l'Éducation nationale, des directeurs d'établissements et de la MDPSH. Sept dossiers d'enfants en situation complexe, voire critique, ont pu être étudiés.

Suite à ces travaux, deux enfants vont bénéficier d'une période de stage, et un autre va intégrer un IME en janvier.

Pour les autres enfants, des solutions avec les partenaires sont envisagées et étudiées pour une prise en charge au plus près de leurs besoins.

### **MDPH de la Nièvre (58)**

La mise en place de la cellule de gestion des cas critiques pour les personnes handicapées enfants et adultes, conformément à la circulaire n° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013, a permis de renforcer la dynamique du secteur associatif et institutionnel. En 2014, trois commissions se sont réunies, relatives à l'étude de la situation préoccupante de trois adolescents ; une solution a pu être trouvée dans un laps de temps relativement court.

### **MDPH du Gard (30)**

Suite à la circulaire n° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013, la MDPH a mis en place la commission des « situations critiques » en janvier 2014. [...]

Pour 2014 : dix situations ont été exposées. Trois concernent des adultes ; quatre de jeunes enfants et trois de jeunes adultes (deux de vingt ans et un de vingt et un ans). Situations adultes : deux sont en recherche de place ; l'un suite à un renvoi d'un établissement pour violence, l'autre est en structure « lieu de vie » avec une orientation ESAT, qui n'aboutit pas ; le troisième est en structure qui est devenue inadaptée à sa situation. Les demandes pour ces trois situations sont toujours en attente de solutions.

Pour les jeunes adultes : ce sont trois situations suivies par les services de l'aide sociale à l'enfance et mesures de protection. Une solution temporaire et morcelée a été mise en place pour une des situations ; des recherches sont en cours pour les deux autres.

Situations enfants : l'une des situations, particulièrement difficile, a trouvé une solution pérenne (prise en charge effective à Passerelle). Une autre, avec des moyens supplémentaires octroyés par l'ARS, a été [résolue] de manière temporaire, pour les deux autres, plusieurs « pistes » étaient à l'étude.

**MDPH de la Seine-Maritime (76)**

*La commission des situations critiques est installée depuis février 2014 [...]. En 2014, la commission a étudié, une ou plusieurs fois, la situation de vingt-quatre personnes, en considérant que vingt-trois relevaient bien d'une situation critique. Pour quinze d'entre elles, une solution pérenne ou provisoire a été mise en œuvre en 2014, avec ou sans moyens additionnels du département ou de l'agence régionale de santé (renforts éducatifs ponctuels, financement de frais de transport). On observe que les situations critiques concernent très majoritairement des enfants et des jeunes de moins de vingt ans, soit dix-neuf sur les vingt-trois situations critiques étudiées. On observe que les personnes concernées par des troubles du comportement sont au nombre de vingt et un, soit la quasi-totalité des situations examinées par la commission.*

**MDPH du Calvados (14)**

*La MDPH du Calvados a réalisé en décembre 2014 un premier bilan partagé avec les différents membres de la commission sur ce dispositif.*

*La CDAPH s'est réunie à six reprises en 2014 et a examiné dix situations, dont deux situations qualifiées de critiques au sens de la circulaire. Toutes les situations examinées ont concerné des jeunes âgés entre six et dix-neuf ans, majoritairement de sexe masculin, présentant pour neuf d'entre eux des troubles du comportement associés à d'autres déficiences. Quatre de ces jeunes étaient en établissement médico-social au moment de la saisine, deux à domicile, trois hospitalisés et un en famille d'accueil pris en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance. Les points de blocage recensés (parfois plusieurs dans certaines situations) sont les suivants : difficulté de coopération entre le secteur sanitaire, le secteur médico-social et le secteur de l'enfance et la famille dans huit situations ; accueil non possible en établissement par absence de place dans une situation ; prise en charge inadaptée aux besoins de la personne, au regard du projet d'établissement : une situation ; prise en charge identifiée comme trop lourde par l'établissement : six situations.*

---

**Le bilan réalisé fin décembre 2014 par la CNSA, conformément à la circulaire, permet de confirmer les commentaires des rapports d'activité.**

En moyenne, onze situations sont examinées par département.

79 % des situations critiques sont traitées ou en cours de traitement au niveau départemental – 21 % remontent au niveau régional. Les refus d'orientation (désaccord sur l'orientation ou désaccord sur le mode de prise en charge de l'ESMS proposé), les refus d'admission d'un ou plusieurs ESMS par manque de places, inadéquation des projets d'établissements ou charge trop lourde par rapport aux capacités d'accueil de l'établissement sont les principaux motifs de ces ruptures de parcours. Les commissions construisent des solutions : admission temporaire en ESMS, maintien à domicile avec renforcement des moyens, prise en charge par une structure sanitaire avec la mobilisation de moyens financiers supplémentaires dans 46,7 % des situations, renforcement de l'accompagnement/transport.

**Seize situations sont traitées en moyenne par ARS**, dont 46 % résolues à titre provisoire ou pérenne. Pour résoudre les situations critiques, les ARS interviennent auprès des ESMS pour une admission provisoire ou définitive par le renforcement des moyens humains, les dérogations (sureffectif, âge) ou, de façon moins importante, l'admission hors département. L'absence de places ou de places adaptées pouvant accueillir un profil spécifique est le principal motif des ruptures de parcours examinées au niveau régional.

**Au niveau national, quarante situations qualifiées de critiques ont été prises en compte par la CNSA**, en soutien des ARS et des MDPH.

**Le déploiement du dispositif « situations critiques » a très certainement été un facteur de consolidation d'une dynamique déjà existante ou de la mobilisation des acteurs** : partenariat entre institutions (ARS/conseils départementaux/MDPH), entre secteurs (ASE/médico-social/sanitaire), entre établissements et services (relais et complémentarité entre ESMS).

Il a permis la construction de solutions *ad hoc* répondant aux besoins spécifiques de chaque situation avec un renforcement du rôle d'accompagnement individuel de la MDPH et l'émergence de réponses structurelles à des besoins constatés à travers des situations individuelles : projets innovants de formation (médico-social/sanitaire, sur la gestion des « comportements problèmes », pour des familles d'accueil), formalisation de dispositif partagé (par exemple, interventions d'un IME en pédopsychiatrie).



### **MDPH de l'Essonne (91)**

*Une procédure a été établie pour mobiliser l'EPE, éventuellement élargie à tout professionnel en lien avec la situation, pour, d'une part, qualifier la situation dite « critique » au sens de la circulaire et, d'autre part, pour formuler des propositions de prise en charge adaptée, alternatives, provisoires...*

*La CDAPH est ensuite informée qu'une prochaine séance se tiendra pour évoquer le cas, en formation élargie, avec les professionnels concernés, notamment du secteur hospitalier.*

*La CDAPH décide alors des mesures de compensation nécessaire à la prise en charge de la personne concernée.*

*La MDPH signale à l'ARS les situations pour lesquelles aucune réponse locale n'a été trouvée.*

*Cette instance particulière se réunit autant que de besoin lors des séances de la CDAPH.*

*En 2014, la CDAPH s'est réunie deux fois en formation dite « critique » concernant une situation d'un enfant en juin 2014 et une situation adulte en octobre 2014.*

*Une série d'interpellations par les partenaires ne relèvent pas de ce champ et concernent plus spécifiquement des situations « sans solutions » ou complexes.*

*Ces situations, même si elles ne sont pas exposées en CDAPH « cas critique », font l'objet de réunions de synthèses entre les professionnels de la MDPH et tout professionnel en lien avec le cas issu du secteur sanitaire ou médico-social.*

*À ce titre, et au vu des enjeux pour les familles, une interpellation auprès de l'agence régionale de santé est systématiquement effectuée par les services de la MDPH.*

### **MDPH du Val-de-Marne (94)**

*Dans le Val-de-Marne, la CESC [commission des situations critiques] a été mise en place à compter de mai 2014 ; elle s'est réunie quatre fois et a étudié vingt-quatre situations. La MDPH établit l'ordre du jour en réunion préparatoire à partir des situations signalées par les familles ou par les services externes (EMS, IME, ARS, ASE...) et des situations repérées à la MDPH par le service évaluation ou à partir de l'observatoire des enfants sans solution.*

*Sur la typologie des situations rencontrées : une majorité de situations d'enfants âgés de seize à dix-huit ans présente un autisme avec troubles sévères de comportement, sans solution à domicile depuis plusieurs années [...]. La CESC a pu s'appuyer sur la forte mobilisation d'EMS du département et de la DT [délégation territoriale] ARS pour proposer des solutions spécifiques. On souligne néanmoins la difficulté d'obtenir la participation régulière du secteur hospitalier et de la pédopsychiatrie, alors que la majorité des situations présentées relèverait soit d'un bilan médical approfondi, soit d'une prise en charge sanitaire complémentaire ou ponctuelle.*

*Sur les limites de cette commission : ce dispositif atteint rapidement un niveau d'engorgement, cumulant les situations nouvelles aux situations précédentes restées sans solution. Les faibles marges de réponses à l'échelon départemental sont vite épuisées. La CDAPH a été informée des décisions de la CESC et du bilan de cette première année de fonctionnement. [...] Pour la majorité des situations d'enfants, il s'agit d'enfants autistes (13/19 situations) sans solution, âgés de sept à dix-sept ans. Le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) est concerné sur trois situations et optimise le partenariat qui a été bâti ces dernières années avec cette direction. La présence de nombreux partenaires institutionnels a permis une meilleure connaissance des professionnels de ces institutions entre eux, notamment avec l'ARS, et a favorisé les échanges par la suite.*



Ces effets positifs sont des **éléments facilitateurs pour le déploiement d'une « réponse accompagnée pour tous », en cours sur les premiers territoires pionniers.**



### **MDPH du Val-d'Oise (95)**

*Dans l'esprit du rapport PIVETEAU « Zéro sans solution », le service évaluation s'est fortement investi pour mettre en œuvre et alimenter l'outil HOPE qui vise notamment à permettre un parcours de vie sans rupture pour les usagers, en mettant l'accent sur les personnes lourdement handicapées déjà orientées en établissement médico-social, mais qui demeurent en attente d'une place. Le travail de codage concernant le type de handicap et la situation sociale des personnes bénéficiant d'une orientation a été une priorité pour le service, tant pour les enfants que pour les adultes.*

### **MDPH de la Meuse (55)**

*Au-delà de ces fonctions support, des chantiers d'envergure doivent pourtant être entamés dans un proche avenir. La mise en œuvre des recommandations du rapport « Zéro sans solution » devra passer par une importante mobilisation de la MDPH à travers la double décision et la construction sur mesure de parcours de vie pour les personnes handicapées. S'il apparaît essentiel de mettre en œuvre cette mission d'accompagnement des parcours au sein de la MDPH, les mesures de simplification administratives annoncées en compensation devront être à la hauteur des ambitions du rapport et permettre de dégager le temps nécessaire aux professionnels de la MDPH : pour autant, il conviendra encore d'accompagner les personnels administratifs sur une montée en compétences vers des missions d'accompagnement.*

### **MDPH de la Vienne (86)**

*Enfin, une équipe pluridisciplinaire de suivi va se mettre en place pour les jeunes de seize à vingt-cinq ans, notamment pour ce qui concerne les situations de jeunes orientés vers le CART [centre d'adaptation et de redynamisation au travail], sans solutions ou ayant refusé une admission. Il s'agit d'une évolution importante du fonctionnement de la MDPH. En effet, jusqu'à présent la mission de l'équipe pluridisciplinaire est centrée sur l'évaluation des demandes. La mise en place d'équipe pluridisciplinaire de suivi est une forme d'anticipation des préconisations du rapport « Zéro sans solution », publié au mois de juin 2014.*

### **MDPH de la Haute-Saône (70)**

*À ce jour, la MDPH ne dispose encore que d'outils « manuels » pour le suivi de décisions. Or le suivi des décisions est un des enjeux à relever pour pouvoir répondre aux objectifs du rapport « Zéro sans solution » PIVETEAU de juin 2014. Il s'agit alors de suivre les inscriptions sur liste d'attente, les entrées et sorties des établissements, mais également de pouvoir analyser ces orientations et mouvements en ce qu'ils sont hors ou sous contrainte de l'offre. Outre le fait de pouvoir mieux répondre aux attentes des personnes handicapées et de leur famille, un tel outil permettrait un éclairage stratégique pour les futurs schémas.*

### **MDA du Morbihan (56)**

*C'est sur la gestion des situations complexes que les attentes convergent et que nous pourrons juger de l'atteinte de notre finalité : LA SATISFACTION DES USAGERS. La saisine de la MDA se fait par le biais d'une fiche type. Un soin particulier a été porté à sa conception afin de conduire les partenaires à poser clairement la problématique et d'envisager d'emblée de nouvelles modalités de prise en charge adaptées. À ce jour, dix-huit demandes ont été formulées. Le préalable à toute saisine est une information de l'utilisateur et/ou de son représentant légal.*

*Le premier GOS [groupe opérationnel de synthèse] de préfiguration (on parle de pré-GOS dans le Morbihan) a eu lieu début mai. L'analyse partagée a permis de formuler clairement une problématique et de s'interroger sur une orientation idéale et les freins et leviers pour sa mise en œuvre. Les partenaires ont ensuite réfléchi à la mise en place d'une réponse individualisée, « du cousu main », qui a été formalisée dans un projet d'accompagnement global (PAG). Plusieurs de ces situations ont déjà trouvé une solution dans le cadre du circuit « classique ». Leurs natures sont diverses, et on note une approche contrastée de la complexité en fonction de partenaires. La MDA a aussi participé à des synthèses organisées par d'autres partenaires (ASE, PJJ [protection judiciaire de la jeunesse]), l'objectif étant de ne pas surajouter un dispositif et d'être efficient en s'inscrivant dans les dynamiques existantes.*

### **MDPH de Saône-et-Loire (71)**

*Révélées par l'entourage des personnes handicapées ou les établissements eux-mêmes, le traitement des situations les plus difficiles s'inscrit dans un partenariat sans cesse renouvelé entre l'ARS, les établissements concernés, la MDPH et, chaque fois que possible, le secteur hospitalier et l'entourage de la personne handicapée. Ce partenariat était en place avant la circulaire de novembre 2013 sous la forme de réunions qui ont pu étudier les situations d'une douzaine de personnes adultes. Elles préfiguraient la commission des situations critiques préconisée par cette circulaire en réunissant autour de l'ARS et la MDPH des interlocuteurs impliqués dans les situations ou identifiés comme potentiels contributeurs à une solution.*

*Cette structuration du suivi des décisions, et les moyens que les MDPH doivent développer pour y répondre révèlent des enjeux :*

- *favoriser les ajustements de prise en charge, les modalités d'accompagnement en étant réactifs et créatifs, rechercher la complémentarité dans les décisions produites par la MDPH ;*
- *rechercher et promouvoir les interventions relevant du soin en soutien aux établissements médico-sociaux afin d'aider à la résolution de situations de crise (ou mieux à la prévention de celles-ci). Dans un grand nombre de cas, des interventions à durée limitée doivent suffire, et c'est la qualité de l'intervention plus que la quantité qui pourrait permettre d'assurer la continuité de l'accueil ;*
- *anticiper une dégradation de situation à domicile, l'épuisement des aidants en travaillant avec eux les relais possibles, les solutions d'attente. Veiller à préconiser l'intervention d'un service prestataire, les séjours de répit, d'hébergement temporaire et/ou séquentiel...*

## Le suivi des décisions et des places disponibles s'organise

Les MDPH ont mis en place localement des dispositifs pour assurer le suivi des réponses concernant les orientations afin d'organiser les échanges en matière de placement.

La majorité des MDPH disposent d'outils souvent « manuels » pour le suivi des listes d'attente.

Toutefois, de nombreux projets d'acquisition d'un outil informatique dédié ont été relevés dans les rapports d'activité.

Quelques rapports font état de l'identification d'un professionnel dédié au suivi des listes d'attente.



### MDPH du Gard (30)

*La MDPH a commencé à déployer en 2014 un outil de suivi des décisions d'orientations en établissements. Cet outil extranet permettra une meilleure lisibilité des personnes en attente d'une place dans un souci d'un accompagnement renforcé des personnes ou de leur famille dans leurs démarches. Il améliorera aussi la connaissance des besoins. Le logiciel permettra des échanges interactifs entre la MDPH et les établissements et les services médico-sociaux (ESMS) :*

- *la MDPH informe des décisions d'orientation prises en commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et valide les décisions d'admission et de sorties des ESMS sur GENESIS ;*
- *les établissements informent sur les effectifs, les entrées, les sorties et également sur les places susceptibles d'être libérées ;*
- *calendrier de mise en œuvre :*
  - *établissements médico-sociaux adultes : MAS et FAM début octobre 2014,*
  - *foyers de vie et ESAT d'ici fin juin 2015,*
  - *établissements médico-sociaux enfants : début octobre 2015.*

### MDPH des Pyrénées-Atlantiques (64)

*Fin 2013, le pôle accueil a été chargé de saisir les données sur le logiciel LIDIAH, visant la gestion des listes d'attente des établissements et services médico-sociaux, constituant ainsi une base de données pour les études de besoins. Toutes les demandes d'orientations (adulte et enfant) doivent être enregistrées sur le logiciel après décision de la CDA. Parallèlement, les établissements doivent reporter les informations concernant les personnes qui s'inscrivent sur leurs listes d'attente, ainsi que toutes les admissions et sorties. La MDPH doit ensuite confronter les deux listes. La mise en place de ce logiciel ne se fait pas sans difficulté, d'une part en raison d'un manque de disponibilité du personnel de la MDPH, d'autre part en raison de la résistance opposée par certains établissements. En décembre 2014, la moitié des établissements s'était saisie de la démarche. De ce fait, nous pouvons espérer un début d'exploitation de l'outil à la fin du premier semestre 2015.*

### MDPH des Pyrénées-Orientales (66)

*La MDPH a poursuivi le travail engagé avec l'outil de suivi des décisions en orientation en établissement ou service social et médico-social permettant de connaître en temps réel le nombre de personnes accueillies et le nombre de personnes inscrites sur liste d'attente. En 2014, une première exploitation statistique des données renseignées par les établissements sociaux et médico-sociaux a été conduite. Cela a permis de mieux connaître les effectifs accueillis en établissement ou service médico-social (répartition par catégorie d'âge, par lieu de résidence d'origine, par motifs d'entrées). L'ensemble des travaux a été mobilisé dans le cadre des groupes de travail conduits par le conseil départemental sur la programmation de l'offre en ESMS.*

### **MDPH du Haut-Rhin (68)**

*En 2013, les deux MDPH alsaciennes et l'ARS, avec l'appui d'Alsace e-santé, ont élaboré un cahier des charges pour la mise en œuvre d'un système d'orientation des personnes handicapées. Le projet consiste à mettre à disposition des deux MDPH une solution régionale commune leur permettant d'avoir une vision précise de l'offre et de la demande sur leur territoire concernant tous les types d'établissements (enfants/adultes, hébergement/emploi, accueil permanent/temporaire/de jour). Le développement du logiciel a été confié à GCS SISRA. De plus, ce projet initialement régional s'est élargi à la Bourgogne, Rhône-Alpes et Île-de-France. Lancé en janvier 2014, le développement du système de support à l'orientation pour les personnes handicapées se concrétise par la mise à disposition d'une première version. Le premier semestre 2015 sera consacré à la validation par les pilotes ESMS de l'ensemble des fonctionnalités sur tout le champ du handicap. À l'issue de cette étape, il sera décidé de la mise à disposition à l'ensemble des ESMS d'Alsace.*

### **MDPH de l'Ariège (09)**

*En 2011, conformément à la demande des membres de la COMEX [commission exécutive] et de la commission des droits et de l'autonomie, un travail de suivi des orientations a débuté au sein de l'équipe MDPSH. Des tableaux de recueil ont été créés, et le suivi est assuré depuis 2012. Ce travail d'observation et d'analyse a pour objectif de vérifier si les décisions d'orientation vers les services d'accompagnement ou vers les établissements prises par la CDAPH sont effectives, mais surtout, et dans le cas contraire, d'en connaître les raisons (manque de places dans les structures, non-adhésion de la famille au projet proposé ou autre raison...). Ces données doivent permettre de suivre les besoins en matière de place en accompagnement ou en établissements et de les faire remonter à l'ARS.*

*Pour ce faire, et conformément à la convention actée en 2010 et renouvelée en 2014 avec les ESMS, ces derniers font parvenir à la MDPH, une fois par trimestre, la liste de leurs effectifs et, de façon plus régulière, leur liste d'attente sur laquelle notre service ne prend en compte que la liste des personnes ayant eu une notification de la CDAPH de l'Ariège. Le tableau de suivi élaboré par la MDPH croise ces données avec celles du logiciel utilisé, qui permet d'établir des listes de personnes (enfants, adultes) ayant à ce jour une notification, par type de service ou catégorie d'établissement.*

*Dans un second temps, une vérification est faite auprès des usagers qui ne disposent pas d'une prise en charge malgré une décision de la CDAPH.*

### **MDPH de l'Aisne (02)**

*Afin de capitaliser les données du suivi des décisions et de les partager pour permettre de faire évoluer la décision d'orientation vers un projet d'autonomie pour la personne handicapée, un groupe de réflexion impliquant la référente de parcours, la MDPH, le conseil départemental, l'observatoire du handicap, les représentants des établissements, les représentants des associations et les représentants de la CDAPH a été instauré en 2014.*

*Une étude a été réalisée sur une période de six mois sur le secteur « adultes » : les orientations CDAPH sont-elles suivies d'effet ? Plus de 73 % des orientations accordées par la CDAPH n'ont fait l'objet d'aucune démarche. 12 % ont une réponse à leur projet de vie suite à l'accord CDAPH. Un quart d'entre elles relèvent d'une orientation professionnelle en milieu protégé. 40 % ont moins de vingt-cinq ans et relèvent plus particulièrement d'un CAJ [centre d'accueil de jour] (30 %), foyer de vie (32 %) et FAM (26 %). 16 % ont plus de cinquante ans et relèvent plus particulièrement d'un foyer de vie (26 %), MAS (44 %) et FAM (42 %).*

### **MDPH de la Savoie (73)**

*Un observatoire (questionnaire Sphinx) permettant le suivi des décisions d'orientation adultes et enfants. Dans l'attente d'un outil national de suivi des orientations ESMS, dont le développement est piloté par la CNSA, les projets d'améliorations de l'observatoire de la MDPH sont suspendus.*

### **MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)**

*Un travail est engagé avec l'ARS et la MDPH pour mettre en place un outil régional de recensement et suivi des listes d'attente des ESMS. Une meilleure connaissance des usagers accueillis, des demandes et des besoins non pris en compte est recherchée pour faire évoluer l'offre de service.*

**MDPH de la Mayenne (53)**

*C'est la direction de l'observation et de la prospective qui est en charge du suivi des listes d'attente. Le traitement de ces données n'est pas issu d'un logiciel, mais s'inscrit dans la continuité des outils mis en place par la maison départementale des personnes handicapées avant 2014. Une mise à jour globale semestrielle est sollicitée auprès des établissements et service. Il s'agit pour l'heure d'une vérification manuelle qui demeure fastidieuse. Ces mises à jour sont complétées par des fiches de liaison transmises par les structures. Le schéma en cours d'élaboration prévoit la mise en place d'un outil informatisé et partagé par les gestionnaires qui puisse permettre d'avoir non seulement une lecture instantanée des listes, mais aussi la vision des places disponibles sur l'ensemble du département.*

**MDPH de l'Eure (27)**

*ORPLADIS est un logiciel de gestion des places disponibles, que la MDPH souhaite mettre en œuvre auprès des établissements et services médico-sociaux. Ce logiciel permettra par un lien avec le logiciel d'instruction des demandes IODAS que les décisions sur les orientations en établissements de la CDAPH soient inscrites directement sur les listes d'attente des établissements (aussi bien les orientations enfants qu'adultes). À l'instant T, il sera donc possible de connaître le nombre de personnes en attente d'une prise en charge autant par établissement que par section. Une attention particulière sera portée au niveau régional pour consolider la production des deux systèmes d'information des deux MDPH (76 et 27).*

**L'offre médico-sociale**

Certains rapports proposent une analyse de l'offre médico-sociale du territoire.

**MDPH de Seine-et-Marne (77)**

*Dans ce domaine, les principales problématiques rencontrées sont :*

- *l'inadéquation des modes de prise en charge pour l'accueil des jeunes présentant des troubles du comportement ;*
- *l'insuffisance d'offres pour adultes conduisant à maintenir les jeunes âgés de plus de vingt ans en établissement pour enfants ou à notifier un accueil en Belgique ;*
- *l'articulation entre les agréments, les projets d'établissements et la réglementation relative aux autres types de droits décidés par la CDAPH (ex. : transport, AEEH...), notamment pour les structures expérimentales dédiées à l'autisme ;*
- *l'adaptation de l'offre scolaire pour faire face à la montée en puissance des parcours partagés entre milieu ordinaire et milieu spécialisé : scolarisation en milieu ordinaire à temps partiel et accompagnement au sein d'un IME ou activités sociales ou de soins et activités professionnelles (foyer de vie/foyer d'hébergement/ESAT).*

**MDPH de la Haute-Garonne (31)**

*Notre département concentre un nombre important d'établissements spécialisés sur les déficiences sensorielles et le handicap moteur. Au regard de leur population, les Hautes-Pyrénées, le Gers et le Tarn se prévalent d'un équipement important sur les déficiences intellectuelles et le polyhandicap.*

*Cette structuration de l'offre résulte de l'histoire et du fait que certaines structures ont une vocation d'accueil régional, voire Grand Sud. On constate ainsi que de nombreux jeunes doivent obligatoirement être accueillis en internat ou en internat séquentiel, alors même que les familles recherchent de plus en plus des accueils de jour.*

*Au niveau des orientations vers les services et les établissements médico-sociaux, alors même que sur les premières années de mise en place de la MDPH on pouvait noter que les familles souhaitaient d'autres modes d'accompagnement que ceux proposés par les établissements ou les services, sur les dernières années, la tendance tend à se modifier légèrement avec une recrudescence de demandes vers ce mode de compensation.*

## Les orientations en Belgique

Une MDPH évoque les orientations en Belgique.



### MDPH de la Seine-Saint-Denis (93)

*282 usagers sont actuellement accueillis [en] Belgique au titre de l'aide sociale à l'hébergement. Au moins une centaine d'autres le serait également au titre de la sécurité sociale (MAS). Quarante-cinq établissements belges ont conventionné avec le département.*

*Problématiques : l'éloignement familial et des retours à domiciles souvent très espacés ; des conditions d'accueil parfois critiques (maltraitance, non-respect des droits de l'usager, normes d'hygiène et de sécurité défaillantes, ruptures de prise en charge) ; des pratiques d'accompagnement souvent mises en cause par les familles.*

*La MDPH va développer un partenariat avec l'AWIPH (Agence wallonne d'intégration des personnes handicapées) et les établissements belges accueillants des usagers de Seine-Saint-Denis afin de prévenir les difficultés liées à l'accompagnement des personnes, qui conduisent souvent à des interruptions brutales de prise en charge.*

## Le dispositif ITEP

La CNSA est engagée depuis 2012, aux côtés de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et de la fédération AIRe, dans une réflexion sur l'évolution des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) qui accueillent des enfants et des adolescents ayant des troubles du comportement handicapants. L'objectif général de ce projet est de réfléchir et de travailler aux logiques de parcours et de projet de vie individualisé.

Les ITEP ont succédé aux instituts de rééducation par le décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 afin de mieux prendre en compte la spécificité de l'accompagnement que requièrent les enfants et les adolescents atteints de troubles psychiques. Leur vocation est de contribuer à l'élaboration de projets personnalisés d'accompagnement en coopération avec d'autres institutions et intervenants auxquels ils n'ont pas pour objet de se substituer.

Afin d'éviter les ruptures de parcours des jeunes relevant d'ITEP en le rendant plus fluide, une expérimentation en dispositif ITEP a été mise en place depuis mai 2013. Cette expérimentation permet de tester un nouveau mode de fonctionnement des ITEP, appelé « dispositif », qui délègue à l'établissement la possibilité d'adapter les modes d'accompagnement en fonction de l'évolution de la situation du jeune selon une procédure préalablement définie, en particulier avec la MDPH. Cette expérimentation s'inscrit dans un projet global qui vise trois objectifs :

- faire progresser l'évaluation et la connaissance des besoins de ces jeunes et la compréhension des modes de coopération développés au niveau territorial ;
- améliorer la continuité du parcours des enfants et adolescents en ITEP et la qualité de leur accompagnement ;
- favoriser l'adaptation de l'offre actuelle et l'évolution de la réglementation.

Six régions (5 000 jeunes de six à vingt ans) expérimentent ce mode de fonctionnement : Basse-Normandie, Haute-Normandie, Île-de-France, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne, Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Des conventions régionales, établies sur un modèle national, définissent les modes de collaboration entre les différents acteurs : agences régionales de santé (ARS), MDPH, Éducation nationale, caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), pédopsychiatrie, ASE, PJJ...

Cette expérimentation se déroule en deux phases.

### **Première phase : 2013-2014**

La première phase (2013-2014) de l'expérimentation a été lancée dans les six régions pilotes : Basse-et Haute-Normandie, Champagne-Ardenne, Île-de-France (départements 75, 78, 91, 94 et 95), Pays de la Loire et Provence - Alpes - Côte d'Azur. Quatre-vingt-dix-huit établissements et services médico-sociaux (ITEP/SESSAD), accueillant environ 5 000 jeunes, sont concernés par cette expérimentation.

Cette première phase a permis de définir dans chaque région les conditions et les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation. Deux points ont été particulièrement approfondis :

#### **Les modalités de tarification des établissements participant à l'expérimentation**

Avec l'appui de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), les modalités de tarification ont été précisées afin de garantir aux ITEP participants un équilibre budgétaire.

#### **L'orientation en dispositif ITEP**

La première phase d'expérimentation a donné la possibilité aux MDPH de déroger à l'article L. 241-6 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), qui stipule que la CDAPH doit notifier chaque changement de modalité d'accompagnement de l'enfant accueilli dans un établissement médico-social.

La dérogation offre la possibilité, après une première notification de la CDAPH, d'acter un changement de modalité d'accompagnement du jeune sans nouvelle notification. Cette réactivité doit permettre une adaptation continue de l'accompagnement aux besoins du jeune, ce qui favorise la fluidité de son parcours.

### **Deuxième phase : 2014-2017**

Cette phase permet de préciser plusieurs points :

#### **L'évaluation de l'expérimentation**

La prolongation de l'expérimentation vise notamment à mesurer ses effets sur le parcours de l'utilisateur : une évaluation nationale par un opérateur externe est prévue au second semestre 2017.

#### **Une redéfinition de la gouvernance nationale et régionale de l'expérimentation**

La deuxième phase de l'expérimentation est directement pilotée par la CNSA et la DGCS au niveau national, accompagnées par l'AIRe à l'initiative du projet. En région, le pilotage est assuré par l'ARS selon des modalités définies par chaque ARS. La gouvernance nationale comprend également l'accompagnement d'autres territoires (hors les six régions pilotes), qui se sont engagés dans des fonctionnements territoriaux de type « dispositif ITEP », parallèlement à l'expérimentation nationale.

#### **L'introduction d'une deuxième dérogation à l'article L. 241-6 du CASF sur les modalités de scolarisation**

Sur le même principe que la dérogation liée aux modes d'accompagnement d'un jeune accueilli en ITEP, la seconde phase de l'expérimentation acte le principe d'un changement de modalité de scolarisation à l'intérieur du dispositif ITEP sans nouvelle notification de la CDAPH.

### La définition d'outils nationaux communs à toutes les régions pilotes

Des outils permettant un suivi national de l'expérimentation et préparant l'évaluation prévue au second semestre 2017 ont été définis pour la seconde phase de l'expérimentation.

Un modèle national de convention régionale détermine les caractéristiques communes de l'expérimentation sur les six régions pilotes et permet des adaptations régionales sur certains points (par exemple, thèmes de travail régionaux, modalités d'organisation régionale...). Cette convention prévoit l'utilisation de deux outils obligatoires dans le cadre de l'expérimentation « dispositif ITEP » : une fiche de liaison et un tableau de suivi des enfants accueillis dans le cadre du dispositif ITEP.

La fiche de liaison doit être envoyée par le dispositif ITEP à la MDPH et à l'Éducation nationale, voire, le cas échéant, aux CAF et aux conseils départementaux pour les révisions des allocations (AEEH, PCH).

Le tableau de suivi des enfants accueillis dans le « dispositif ITEP » doit être rempli une fois par an par les établissements participant à l'expérimentation et transmis aux ARS pilotes. La CNSA se charge de l'agrégation et de l'analyse des données recueillies.

Il ressort du nouveau dispositif ITEP que les jeunes bénéficient de la latitude conférée aux établissements quant à la personnalisation de l'accompagnement.

En effet, les établissements sont des acteurs de tout premier plan au contact des usagers ; ils sont à même de déceler les évolutions des jeunes et d'apporter l'accompagnement le plus personnalisé possible à travers des modalités d'accompagnement qui peuvent évoluer et changer selon les observations qu'ils font.

De ce fait, les jeunes échappent au délai de traitement incompressible observé dans les CDAPH et sont les premiers bénéficiaires d'une réponse dynamique dans le temps.



### MDPH de Saône-et-Loire (71)

*Le lancement de l'expérimentation d'orientation en « dispositif IME/SESSAD ou ITEP/SESSAD ». La commission exécutive du 30 mai 2013 a approuvé la participation de la MDPH au projet d'expérimentation mis en place par l'agence régionale de santé.*

*Cette nouvelle modalité d'orientation répond à l'objectif spécifique n° 4-3 du schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS) qui vise à donner la possibilité à la CDAPH d'orienter des jeunes non plus vers un établissement ou un service, mais vers un dispositif comprenant ces deux modalités d'accompagnement.*

*L'objectif est d'assurer une souplesse de mise en œuvre des accompagnements autour du jeune afin que celui-ci puisse s'adapter en permanence à l'évolution de son projet.*

*Un travail a été engagé tout au long de l'année 2014 avec l'ARS, l'INEN ASH [inspecteur de l'Éducation nationale pour l'adaptation scolaire et la scolarisation des élèves handicapés], les deux organismes gestionnaires d'établissements et de services concernés par cette expérimentation et la MDPH. Cette première phase d'échanges a visé à définir les modalités de mise en œuvre pour permettre à la fois :*

- *à des jeunes suivis en milieu ordinaire de bénéficier de temps de retrait provisoire en établissement ;*
- *mais également de faciliter l'inclusion en milieu ordinaire des jeunes accueillis en IME ou ITEP en mettant à disposition les moyens « hors les murs » des SESSAD.*

*La convention signée entre l'ARS, l'Éducation nationale, les deux organismes gestionnaires concernés et la MDPH a été adoptée par la commission exécutive du 29 janvier 2015. Celle-ci définit les modalités de notifications, de mise en œuvre, d'échanges d'informations et d'évaluation de cette expérimentation en cours jusqu'en 2017.*



**MDPH de la Haute-Saône (70)**

*Cinquante-sept décisions relatives à une orientation en ITEP ont été prises en 2014 (quarante-deux en 2013), dont sept décisions de refus comme en 2013.*

*Cinquante-six enfants sont orientés vers un dispositif de type ITEP au 31 décembre 2014 (cinquante-trois en 2013). Il s'agit principalement de garçons à 87,50 % (90,57 % en 2013). Les plus jeunes ont huit ans, et les plus âgés dix-huit ans. L'âge moyen est comme les années passées toujours entre douze et treize ans.*

**MDPH du Pas-de-Calais (62)**

*Une expérimentation d'orientation vers un dispositif ITEP (en lieu et place d'une orientation vers un SESSAD ITEP ou un ITEP, en internat ou non) a été lancée par la CNSA. La région ne fait pas partie de cette expérimentation nationale. Cependant, l'ARS a demandé à la MDPH du Nord et à celle du Pas-de-Calais si elles souhaitaient travailler en ce sens, en marge de cette expérimentation.*

*Celle-ci permet de faciliter le passage entre SESSAD et les différentes modalités de prise en charge en ITEP sans remonter un dossier à la MDPH, en recourant à une orientation plus large en « dispositif ITEP ».*

*Cette expérimentation locale a donné lieu à un important travail en concertation durant toute l'année 2014 afin de lever les différents freins existants (organisationnels, financiers...). Les premières orientations en dispositif pourront être faites en avril 2015.*

**MDPH du Calvados (14)**

*Au carrefour des problématiques de prévention des ruptures de parcours et d'observation des besoins, la MDPH du Calvados attache une attention particulière au suivi des décisions de la CDAPH. Participation à l'expérimentation du dispositif ITEP. La MDPH du Calvados a activement participé à l'élaboration des différents outils nécessaires à cette expérimentation. Elle a, par le biais de la fiche navette, suivi la mise en place du dispositif et a pu réaliser en novembre 2014 une première étude sur le sujet. Le dispositif ITEP s'inscrit dans une expérimentation conjointe menée entre la CNSA et la DGCS. Elle a débuté le 1er septembre 2013 pour une durée d'un an et a concerné 407 places en établissements et services ITEP. Elle est renouvelée pour une période d'un an. Durant la période de l'expérimentation, du 1er septembre 2013 au 10 octobre 2014, soixante et un jeunes bénéficiaires d'une orientation médico-sociale et d'une orientation scolaire délivrées par une MDPH ont pu bénéficier de ce dispositif. Au total, cinquante-six jeunes sur les soixante et un ont été concernés par une modification de leur mode d'accompagnement, soit 91,80 % des situations entrantes dans le dispositif ITEP. La part des premières demandes représente 29,95 % pour les services et 20 % pour les établissements. Elle reste constante par rapport à l'an dernier.*

---

## 6. Certains départements s'engagent dans des démarches de convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées : les maisons départementales de l'autonomie

Une quinzaine de rapports font état de niveaux de convergence des politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées très variables :

- création d'une maison départementale de l'autonomie ;
- participation à un projet de création dans le cadre de groupes de travail organisés avec les équipes départementales ;
- ou simple rapprochement entre la MDPH en tant que GIP et équipes départementales en charge des personnes âgées et des personnes handicapées dans le cadre d'un pôle Autonomie.

La CNSA a suivi en 2013 et 2014 le développement de MDA expérimentales dans trois départements : Cantal, Corrèze et Côte-d'Or.

En complément de cette première phase d'observation, elle a procédé en avril 2014, à la demande de son Conseil, à un état des lieux des MDA dans treize départements, qui a permis de montrer des situations très variables :

- en termes géographiques :
  - convergence des organisations au niveau des services centraux du département sans véritable lisibilité pour l'utilisateur,
  - convergence des services territorialisés dans une logique de proximité pour l'utilisateur,
  - combinaison des deux organisations précédentes ;
- en termes de périmètres de missions :
  - accueil polyvalent PA et PH,
  - instruction/évaluation de l'APA et de la PCH,
  - périmètre complet des missions de la MDPH et services dédiés à l'accès aux droits des personnes âgées,
  - voire services en charge du paiement des prestations et du contrôle et de la tarification des établissements.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit un processus de labellisation des maisons de l'autonomie sur la base d'un cahier des charges national afin de garantir les acquis de la loi de 2005 et le respect des spécificités de chaque public.



### **MDA de l'Isère (38)**

*Il développe un maillage sur l'ensemble du département, avec une proximité géographique pour l'utilisateur, et permet d'assurer en tout point du territoire un accueil de qualité, répondant aux besoins et habitudes des Isérois. Le CERDA, au sein de la maison départementale de l'autonomie, rassemble les trois niveaux d'accueil et d'information et un centre de documentation spécialisé. Les maisons du conseil départemental : la territorialisation initiée par le département en janvier 2006 a conduit à la création de treize maisons du conseil départemental. Elles regroupent les services chargés des différents métiers du conseil départemental (aménagement, éducation, insertion et famille, autonomie, ressources). Les treize services autonomie assurent le traitement administratif de toutes les demandes liées à l'âge et au handicap, évaluent les demandes d'APA et de prestation de compensation du handicap (pour les adultes vivant à domicile).*

### **MDA de Maine-et-Loire (49)**

*Pour 2014, l'activité des cinquante-trois CCAS ou CIAS, dans le cadre de leur convention avec la MDA 49 pour l'accueil de proximité des personnes handicapées, a représenté globalement 912 accueils. Les personnes âgées de quarante à soixante [ans] et plus sont les plus nombreuses (618) à se rendre à ces accueils relais de la MDA, notamment les soixante ans et plus (242). 569 personnes sont venues retirer un formulaire et 149 ont sollicité une aide pour compléter ce document. L'équipe pluridisciplinaire est à géométrie variable en fonction du droit principal identifié et se réunit selon un calendrier fixé annuellement.*

### **MDA de la Mayenne (53)**

*L'accueil et l'information ont été fortement impactés par la mise en place de la maison départementale de l'autonomie. En effet, cette dernière est présente sur les territoires infradépartementaux (les territoires des neuf anciens CLIC) par le biais des antennes territoriales de l'autonomie et des lieux [de] permanences.*

*L'année 2014 a permis de renforcer les évaluations à domicile des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap. Une évolution a été apportée en cours d'année. En effet, dans un souci de convergence des équipes, il avait été dans un premier [temps] décidé de mettre en place une équipe d'évaluateurs polyvalents (APA et prestation de compensation du handicap). Au vu des spécificités de la prestation de compensation du handicap, les évaluateurs ont été distingués. Désormais, ce sont deux évaluateurs qui effectuent les visites à domicile des personnes handicapées faisant une demande de prestation de compensation du handicap.*



# Conclusion

Cette synthèse permet de faire un premier constat : en 2014, l'activité des MDPH continue d'augmenter très sensiblement. Peu de dispositifs publics connaissent une telle croissance sur plusieurs années.

Dans ce contexte, l'État, la CNSA et les conseils départementaux poursuivent leurs efforts afin d'assurer une consolidation des moyens des MDPH malgré les tensions budgétaires actuelles sur les comptes publics.

De leur côté, celles-ci continuent de démontrer leur capacité à innover dans la mise en œuvre de leurs différentes missions. Elles s'engagent dans des démarches permettant de réinterroger leurs organisations et leurs pratiques en vue d'accroître leur efficacité et la qualité du service rendu à l'utilisateur.

La CNSA encourage et appuie ces évolutions, en initiant et en pilotant des projets collaboratifs.

L'élaboration d'un référentiel de missions et de qualité de service, en lien avec un groupe de MDPH et les associations représentatives des personnes en situation de handicap, s'inscrit dans cette perspective. Il s'agit de garantir le respect des fondamentaux de la loi de 2005 dans une approche pragmatique, prenant en compte l'expérience acquise.

Le référentiel de missions sera annexé aux futures conventions pluriannuelles signées entre la CNSA et chaque département pour la période 2017-2019. Il servira de point d'appui à un auto-diagnostic, en lien avec les COMEX, qui permettra de définir collectivement une trajectoire pluriannuelle d'amélioration et d'éclairer les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) prévus par la loi Blanc.

Le chantier relatif au développement d'un système d'information commun aux MDPH, que la CNSA pilotera conformément aux dispositions de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, constituera également un levier déterminant au service de l'efficience et de l'équité de traitement dans les années à venir.

Enfin, de nombreux rapports d'activité des MDPH soulignent le développement de partenariats avec les ARS, les services départementaux et les établissements et services médico-sociaux pour mobiliser de façon plus collaborative l'offre médico-sociale et développer la mission d'accompagnement à la mise en œuvre des décisions. Cela se traduit concrètement par la mise en place des commissions des situations critiques et par la création d'outils de suivi partagés entre les différents acteurs.

Au moment où est lancé le déploiement d'une « Réponse accompagnée pour tous » sur vingt-trois sites pionniers, cette mobilisation sur les territoires est de très bon augure.



Imprimeur : Imprimerie de La Centrale 62302 Lens cedex  
Date d'achèvement du tirage : février 2016  
Dépôt légal : février 2016



[www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)  
[www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)



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