

Dossier technique

# MDPH: un nouveau service public reconnu

Synthèse des rapports  
d'activité 2009 des  
maisons départementales  
des personnes handicapées

---

Décembre 2010

# Avant-propos

La synthèse présentée ici constitue le quatrième rapport établi par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sur les activités des maisons départementales des personnes handicapées, depuis la création de ces nouveaux services publics le 1er janvier 2006.

D'abord présenté au Conseil de la CNSA à l'automne 2010, ce document est publié à un moment où les acteurs de la politique du handicap se trouvent confrontés à plusieurs évolutions récentes et projets nouveaux qui pourront avoir une influence sur le fonctionnement des MDPH et, de façon générale, sur les politiques départementales décentralisées.

On citera d'abord la mise en place des agences régionales de santé, le débat engagé sur la dépendance des personnes âgées, la légalisation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) et le début de leur généralisation sur le territoire national, l'examen au Parlement d'une proposition de loi sur les MDPH, présentée par le sénateur Paul Blanc, déjà votée en première lecture au Sénat.

Du côté des conseils généraux, pilotes de l'action sociale dans leur département, un certain nombre d'entre eux prennent l'initiative de réorganiser leurs services médico-sociaux, en créant notamment des maisons départementales de l'autonomie, dont la CNSA accompagne trois projets. On ne peut passer sous silence les graves difficultés financières traversées par les départements, avec la hausse des prestations sociales et la relative baisse de leurs recettes dûes à la crise économique et ses conséquences sur les droits de mutation. Difficultés aggravées par la diminution de la masse salariale et des revenus du patrimoine, qui a limité les recettes propres de la CNSA qui leur sont transférées.

S'agissant des missions des maisons départementales proprement dites, elles ont effectué un effort très important d'amélioration de leur fonctionnement interne pour rendre un meilleur service aux personnes handicapées et à leurs familles. Les réformes en cours de l'allocation d'adulte handicapé et de la prestation de compensation du handicap étendue aux enfants, les efforts pour arriver à une meilleure orientation des enfants, notamment la scolarisation en milieu ordinaire, et des adultes vers l'insertion professionnelle ont des répercussions évidentes sur la dynamique des équipes des MDPH. Un sujet difficile est par ailleurs encore en voie de règlement, celui des mises à disposition des personnels de l'État.

Le fonctionnement général des MDPH continue cependant à s'améliorer grâce à l'engagement important des équipes et de leurs directeurs pour répondre au mieux à l'ensemble de leurs missions. On peut également saluer la participation régulière des représentants des personnes handicapées tant dans les instances des maisons départementales, commission exécutive des GIP et CDAPH, que dans les collaborations techniques, notamment dans le domaine de l'évaluation ou de la conciliation.

Dans de nombreux départements, la maison départementale des personnes handicapées tend à être le lieu d'observation global des besoins et devient, de fait, le lieu habituel du débat sur la politique du handicap. On peut ainsi se poser de nouveau la question des liens qui devraient être structurellement créés entre le conseil départemental consultatif des personnes handicapées et la MDPH ; sans aller jusqu'à l'intégration de l'un dans l'autre, on pourrait souhaiter que la maison départementale assure le secrétariat permanent de ce conseil dont la vie est encore précaire dans beaucoup de départements. Il faut aussi progresser dans l'organisation des échanges entre la MDPH et les autres services publics qui concourent aux réponses aux besoins des personnes handicapées (Éducation nationale, CAF, Pôle emploi, établissements et services médico-sociaux...) pour que cette observation des besoins devienne réellement partenariale.

**Laurent Vachey,**  
Directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>2</b>
<b>Vers un fonctionnement optimisé</b>	<b>3</b>
<b>1. L'organisation générale</b>	<b>3</b>
1.1 Un nouveau service public, aujourd'hui connu et reconnu	3
1.2 Les budgets des GIP et les données financières de fonctionnement des MDPH	3
<b>2. Les personnels des MDPH</b>	<b>9</b>
<b>3. Les systèmes d'information</b>	<b>14</b>
<b>4. La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées</b>	<b>16</b>
<b>5. La prestation de compensation du handicap</b>	<b>22</b>
<b>6. Le fonds départemental de compensation</b>	<b>27</b>
<b>Au service des personnes handicapées</b>	<b>34</b>
<b>1. L'accueil et l'information</b>	<b>34</b>
1.1 Le développement du management de la fonction « accueil »	35
1.2 La diversification des lieux et des moyens de contact	35
1.3 Les MDPH : un espace de débat public	38
<b>2. Les missions de l'équipe pluridisciplinaire</b>	<b>39</b>
<b>3. La scolarisation</b>	<b>44</b>
<b>4. L'insertion professionnelle</b>	<b>45</b>
<b>5. Médiation, conciliation, recours</b>	<b>46</b>
5.1 La médiation	47
5.2 La conciliation	48
5.3 Les recours gracieux et contentieux	49
<b>L'animation du réseau des MDPH par la CNSA</b>	<b>52</b>
<b>1. CNSA, départements et MDPH, une relation particulière</b>	<b>52</b>
<b>2. Des liens nombreux et diversifiés</b>	<b>53</b>
<b>3. L'apparition de maisons départementales de l'autonomie</b>	<b>55</b>
<b>Conclusion</b>	<b>56</b>

Publié en mars 2011.

# Introduction

On a déjà dit l'année dernière que les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) étaient réellement installées dans le paysage administratif de notre pays, mais qu'il convenait d'être vigilant dans l'appréciation de leur fonctionnement.

La lecture des rapports annuels 2009 des MDPH et l'exploitation des données qu'ils contiennent permettent de se faire une idée plus précise de ces institutions qui, encore jeunes, sont en voie d'atteindre un fonctionnement optimisé, sans que l'on puisse dire que celui-ci est définitivement stabilisé.

Les MDPH ne sont probablement pas encore en vitesse de croisière. Les réformes complémentaires que les MDPH ont eu, les premières années à mettre en œuvre, comme celles probablement à venir, ne les mettent pas en situation de navigation paisible.

Le présent document a pu être établi grâce à la synthèse des rapports annuels transmis par les départements et à l'analyse des comptes administratifs des groupements d'intérêt public (GIP) ; il intègre aussi des données spécifiques à la prestation de compensation du handicap, transmises mensuellement à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dans l'attente du système d'information partagé.

La synthèse des rapports annuels a encore été difficile à réaliser cette année tant les cadres de rédaction appliqués n'étaient jamais les mêmes d'un département à l'autre. Pour autant, on peut se féliciter de ce que les données financières relatives au fonctionnement des MDPH aient été transmises par tous les départements.

Les développements du présent document pourront être considérés par certains lecteurs comme trop optimistes, alors que la pression du nombre de demandes déposées est toujours vive et que l'attente des personnes handicapées est forte - et on ne saurait le leur reprocher. Cependant les données, tant quantitatives que qualitatives, transmises sur la situation des MDPH montrent que celles-ci ont réalisé d'indéniables efforts dans leur fonctionnement.

La montée en puissance des compétences et le développement des partenariats sont significatifs de cette évolution, que l'on peut sans doute aujourd'hui qualifier d'heureuse.

Dans une première partie de ce document sera étudié le **fonctionnement actuel des maisons départementales**, avec notamment deux importants chapitres, l'un sur les budgets des GIP, l'autre sur les fonds départementaux de compensation (FDC), un thème qui n'avait pas été traité dans les précédents.

On développera ensuite les **différentes missions de la maison départementale**, selon l'habitude déjà prise pour cette publication ces dernières années. Dans cette deuxième partie, la fonction d'accueil sera cette année spécialement étudiée.

À la fin du document, on fera le point sur l'**animation du réseau des MDPH par les équipes de la CNSA**, avec notamment le travail engagé en 2009 avec certains départements pour la mise en place d'une maison départementale de l'autonomie (MDA).

On se permettra enfin, en conclusion, de dire les points de vigilance sur lesquels les départements comme la CNSA auront à être attentifs.

# Vers un fonctionnement optimisé

## 1. L'organisation générale

### 1.1 Un nouveau service public, aujourd'hui connu et reconnu

Cette quatrième année de fonctionnement des MDPH s'inscrit dans une nouvelle dynamique ; elle est considérée par une majorité de directeurs comme une « année de référence » sur le plan de l'activité de l'institution.

De nombreux rapports départementaux, au-delà des données chiffrées, mettent l'accent sur le chemin déjà parcouru en quelques années d'exercice tout en signalant les progrès qui restent à accomplir. Ils indiquent que ces structures nouvelles sont maintenant ancrées dans la réalité départementale et qu'elles apparaissent de plus en plus lisibles pour le public. Plusieurs actions conduites avec des partenaires, la démarche Appui projet avec l'AGEFIPH par exemple, concourent à qualifier la place des maisons départementales dans le développement des réseaux qui contribuent à l'accompagnement des personnes handicapées.

On notera que, dans un contexte où le départ de certains personnels de l'État mis à disposition s'est malheureusement poursuivi dans un grand nombre de départements, générant de graves difficultés de gestion, des démarches « projet » innovantes ont été initiées, parfois avec le concours de consultants externes. Celles-ci favorisent l'organisation du travail pour faire face à des demandes qui continuent leur progression due à la fois au contexte économique et social et aux réformes mises en œuvre en 2009 concernant l'allocation d'adulte handicapé (AAH) et la prestation de compensation du handicap (PCH) étendue aux enfants.

Les rapports soulignent une volonté de consolider et d'affiner les procédures internes et les méthodes de travail des équipes. Ils notent souvent l'implication des partenaires dans une démarche participative et un effort soutenu de transversalité.

L'informatisation des services s'est poursuivie. La dématérialisation des procédures d'instruction, voire d'évaluation, la création d'un dossier unique par bénéficiaire, la numérisation des dossiers, qui occupaient d'énormes classothesques, ont mobilisé de nouvelles compétences et concouru aussi à la maturité des organisations. Ces démarches ont été conduites dans un contexte de progression d'activité qui, cumulée entre 2006 et 2009, avoisine les 40 % dans certains départements, obligeant les MDPH à anticiper les évolutions malgré des conditions financières très contraintes.

Beaucoup de départements notent que l'environnement administratif et opérationnel des MDPH s'est progressivement modifié et que l'évolution des effectifs, avec une plus grande stabilité pour certains personnels, notamment le personnel administratif, a favorisé la professionnalisation, l'adaptation de l'organisation interne et les changements de pratiques.

### 1.2 Les budgets des GIP et les données financières de fonctionnement des MDPH

Une synthèse complète des comptes administratifs transmis par l'ensemble des départements a été réalisée grâce à de nombreux échanges entre la direction financière de la CNSA et les maisons départementales et les services des conseils généraux pour rendre les données comparables. En ressortent des informations financières relatives à la gestion des MDPH qui viennent compléter ainsi les données d'activité issues des rapports d'activité des MDPH.

Le tableau de la page suivante donne le détail des données financières disponibles.

Les dépenses totales des MDPH s'établissent à 274,8 M€. La plus grande partie correspond à des dépenses de personnel. Les recettes s'élèvent à 277,1 M€. Les excédents sont en diminution, passant de 4 M€ en 2008 à 2,3 M€ en 2009.

## Synthèse nationale des données financières des MDPH en 2009

<b>Dépenses (€)</b>		<b>274 824 144</b>	<b>% du total</b>
Dépenses totales d'investissement		13 144 943	5%
Dépenses totales de fonctionnement		261 679 201	95%
<i>dont</i>	<i>Dépenses de personnel</i>	200 812 254	77%
	<i>Charges à caractère général</i>	45 101 705	17%
	<i>Autres charges(provisions, charges financières, charges exceptionnelles...)</i>	15 765 242	6%
<i>Par contributeur</i>	<i>Dépenses des conseils généraux</i>	75 711 185	28%
	<i>Dépenses de l'État</i>	49 181 553	18%
	<i>Dépenses de la Sécurité sociale</i>	1 454 539	1%
	<i>Dépenses des autres contributeurs</i>	2 101 394	1%

ZOOM dépenses	Dépenses d'investissement des MDPH	5 949 121	2%
MDPH	Dépenses de fonctionnement des MDPH	140 426 351	51%

<b>Recettes (€) *</b>		<b>277 101 645</b>	<b>% du total</b>
Apports totaux d'investissement		14 724 966	
Apports totaux de fonctionnement		262 376 679	
Apport en dotation des contributeurs		137 345 585	50%
Apport en charge de personnel des contributeurs		107 166 552	39%
Apport en charges générales des contributeurs		14 086 297	5%
Apport en investissement des contributeurs		7 195 822	3%
MDPH (investissement, vente, autres produits d'activité, produits financiers...)		11 307 388	4%
<i>Par contributeur</i>	<i>Contribution conseils généraux **</i>	107 477 156	39%
	<i>Contribution État</i>	94 648 237	34%
	<i>Contribution CNSA ***</i>	58 046 618	21%
	<i>Contribution Sécurité sociale</i>	1 868 490	1%
	<i>Autres (Mutualité, Ugecam...)</i>	3 753 756	1%
	<i>MDPH (investissement, vente, produits financiers, produits exceptionnels)</i>	11 307 388	4%

ZOOM dépenses	Dépenses d'investissement des MDPH	7 529 144	3%
MDPH	Dépenses de fonctionnement des MDPH	141 123 829	51%

Source : exploitation CNSA des maquettes 2009.

\* Les recettes recensent les moyens effectivement mis à disposition des MDPH.

\*\* Les apports des CG sont diminués de la part du concours CNSA versée aux CG et non reversée aux MDPH (10 638 191 €).

\*\*\* Le concours versé en 2009 était de 60 M€ mais le renouvellement tardif de certaines conventions a entraîné des versements sur l'exercice 2010.

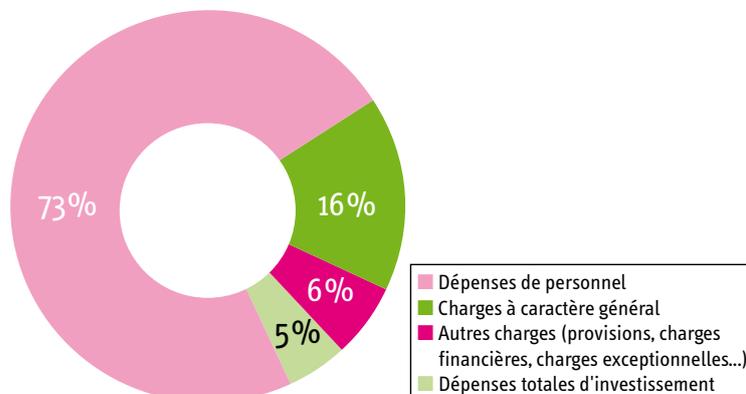
Il est important de souligner que les apports financiers recouvrent deux types de participation des partenaires du groupement d'intérêt public (GIP) :

- d'une part, ceux-ci contribuent au fonctionnement de la MDPH en mettant des personnels à disposition, ainsi qu'en prenant parfois en charge certaines dépenses. L'absence de refacturation au GIP suppose donc que son budget ne comporte aucune trace de remboursement de ces dépenses. Seuls ses partenaires sont en mesure de chiffrer ces apports ; il s'agit d'apports en nature qui sont valorisés dans la mesure du possible et réintégrés dans la colonne de chaque contributeur concerné ;
- d'autre part, ces partenaires versent des dotations au GIP qui entrent dans les crédits de la MDPH et sont ainsi retracées dans son budget.

## Les composantes de la dépense des MDPH

Si l'on examine les seules dépenses de fonctionnement, les proportions sont semblables à celles de 2008. En intégrant les dépenses d'investissement, on obtient le graphique suivant.

### Composantes de la dépense en 2009 (fonctionnement + investissement)



Les dépenses de personnel représentent 73 % des dépenses totales (77 % hors investissement), les charges de fonctionnement général s'élèvent à 16 % et les autres charges à 6 %.

**Au niveau national, la dépense moyenne par habitant (population de moins de 60 ans) s'établit à 5,2 € (contre 4,8 € en 2008).** La valeur la plus basse se situe à 2,7 € et la plus élevée à 15,2 € soit, comme l'année précédente, un rapport de un à plus de cinq entre les situations départementales extrêmes. Comme en 2008, 41 départements ont une dépense par habitant inférieure à la moyenne constatée, la médiane<sup>1</sup> s'élevant cette année à 5,52 € (5,16 € en 2008).

Ainsi, malgré une dispersion certaine, le coût de chaque MDPH semble d'autant plus élevé que la population de moins de 60 ans du département est moins nombreuse. Cela résulte probablement des frais fixes de fonctionnement, non directement corrélés au nombre d'habitants du département. Cet élément a d'ailleurs été pris en compte dans les modalités de répartition du concours de la CNSA. Aujourd'hui, un crédit de 60 M€ y est consacré : 20 M€ étant affectés à la part fixe du concours, soit 200 000 € par département, et 40 M€ répartis selon des critères de population et de potentiel fiscal de chaque département. Cet avantage relatif aux départements de faible taille a été décidé par le Conseil de la CNSA dès la création des MDPH.

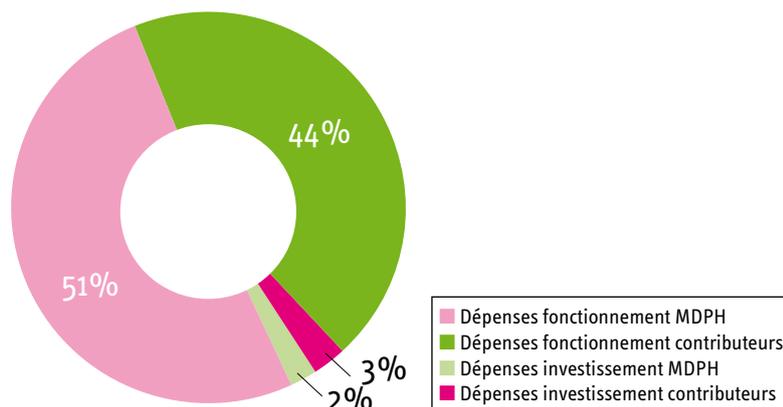
Une tendance, qui n'était guère prévue en 2005, est que plus de la moitié des dépenses totales sont réalisées sur le budget du GIP, alors que l'on pensait au départ que la grande majorité des départements auraient géré directement leur MDPH sur le budget départemental.

Comme le montre le graphique page suivante, la tendance s'accroît pour la troisième année, puisqu'en 2009 53 % des dépenses sont faites sur le budget du GIP, contre 49 % en 2008. On peut en déduire qu'il y a vraisemblablement davantage de refacturations des partenaires à la MDPH, la plupart provenant du conseil général. En réintégrant les dépenses qui la concernent dans le budget de la MDPH, cela induit une meilleure lisibilité des flux financiers entre les services du conseil général et la maison départementale.

Ces observations doivent être tempérées par une probable sous-évaluation des mises à disposition des personnels dans certains départements.

<sup>1</sup> La médiane signifie ici que 50 MDPH ont une dépense moyenne par habitant supérieure à cette valeur (5,52 €) et que les 50 autres MDPH ont une dépense moyenne par habitant inférieure à cette valeur.

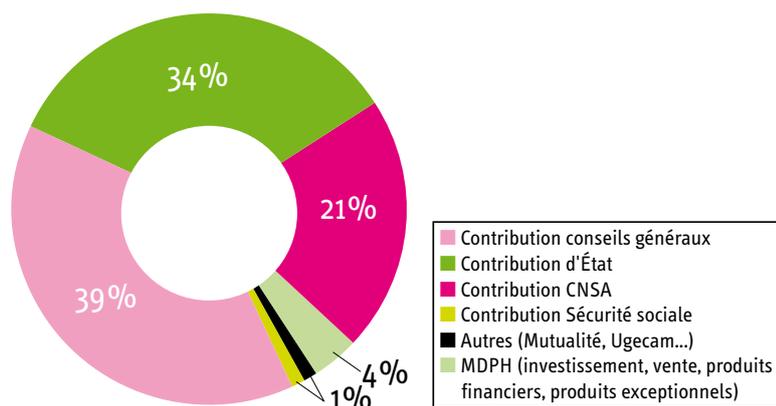
## Répartition des dépenses du GIP en 2009



### Typologie des apports des partenaires des MDPH

Dans le graphique ci-dessous, la participation recouvre les crédits versés par le contributeur, ainsi que les dépenses qu'il prend en charge directement et qui sont valorisées dans le compte administratif du GIP.

## Participation des différents contributeurs du GIP en 2009



Pour les deux premiers contributeurs, le conseil général et l'État (Cohésion sociale, Travail et emploi, Éducation nationale), la tendance des années précédentes se confirme. Ainsi, la participation de l'État continue de diminuer proportionnellement (34 % contre 36 % en 2008), principalement en raison de la nette augmentation de celle du conseil général (39 % contre 37 % en 2008). Cependant, les crédits de l'État augmentent légèrement (94,6 M€ contre 92,8 M€ en 2008).

Ce constat peut être expliqué par le fait que les dépenses prises en charge directement doivent être communiquées aux MDPH pour pouvoir être valorisées. Or, celles qui concernent l'État sont souvent estimées ou reprises d'une étude antérieure, faute de transmission des éléments les plus récents.

La CNSA contribue en 2009 à hauteur de 21 %, son concours ayant été porté de 45 M€ en 2008 à 60 M€. Les autres contributions proviennent des organismes de sécurité sociale (1 %) et de divers autres partenaires (1 %).

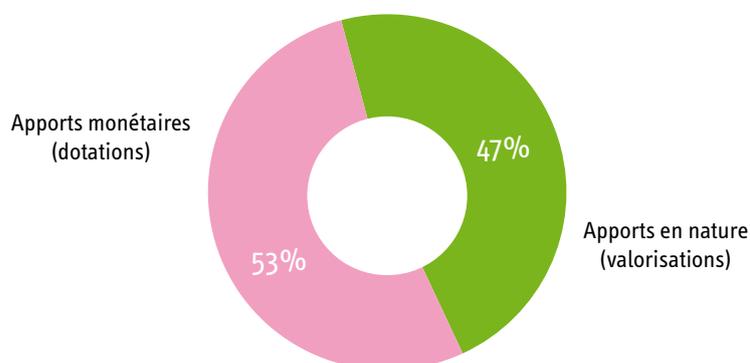
Le tableau ci-dessous compare les apports des deux exercices 2008 et 2009 en termes de montants et de pourcentages.

### Participations 2008 et 2009 des contributeurs du GIP

Contributeurs	Apport en montant 2008	Apport en montant 2009	Apport en % 2008	Apport en % 2009
Conseils généraux	95,3	107,5	37%	39%
État	92,8	94,6	36%	34%
CNSA	48,2	58,0	19%	21%
Sécurité sociale	2,1	1,9	1%	1%
Autre (mutualité, Ugecam...)	4,9	3,8	2%	1%
MDPH (investissement, vente, produits financiers, produits exceptionnels)	13,3	11,3	5%	4%

### Les différents types d'apports à la MDPH

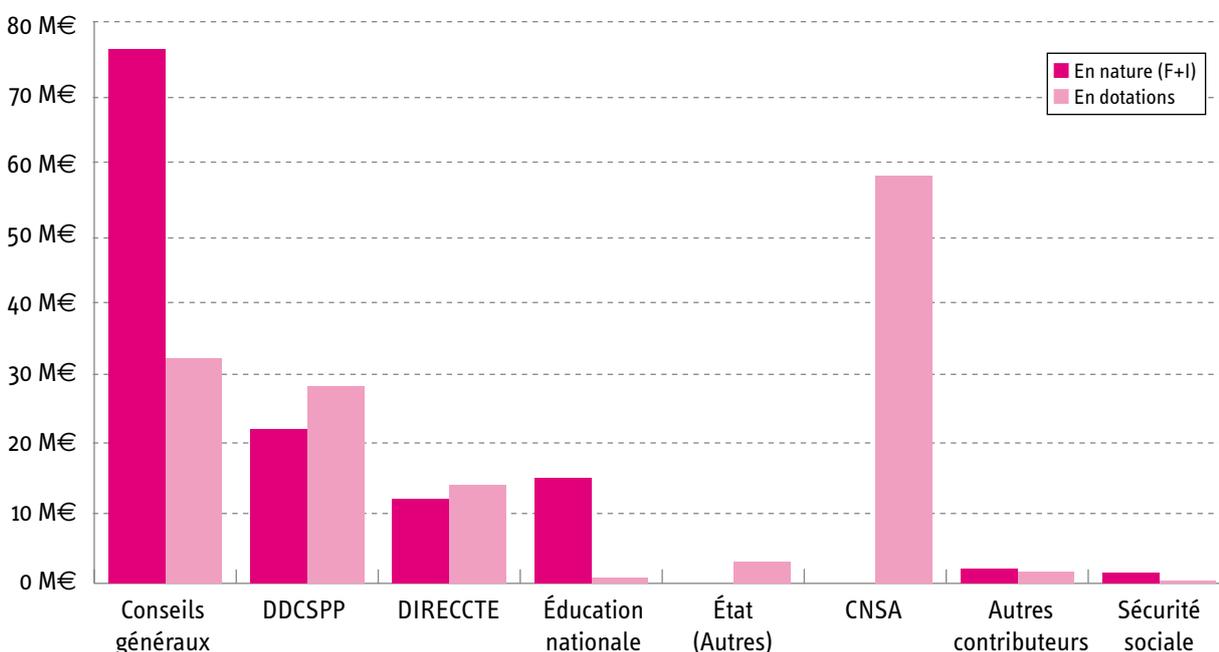
#### Typologie des apports à la MDPH en 2009



La part des apports en nature est toujours aussi importante en montant mais diminue d'une année sur l'autre en proportion (47 % contre 49 % en 2008). Ces apports recouvrent l'ensemble des mises à disposition (personnels, locaux...).

Dans le graphique suivant, on peut comparer les apports des différents contributeurs selon qu'ils sont monétaires ou en nature.

#### Apports par contributeur en 2009

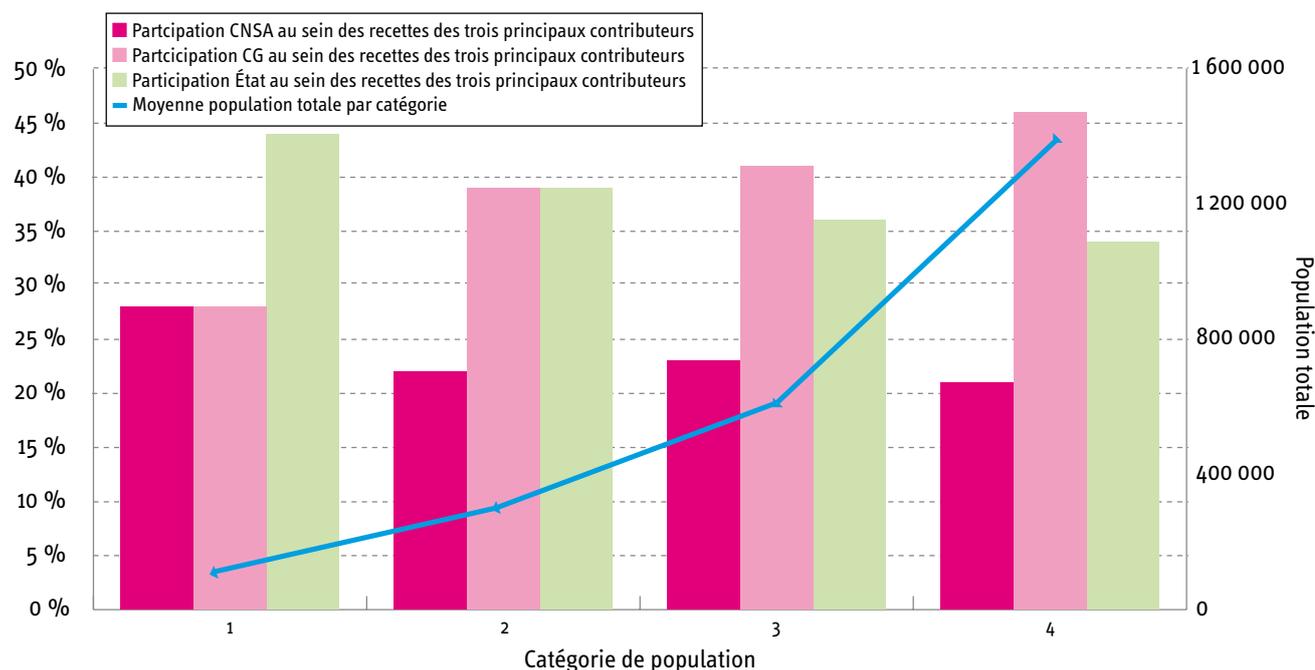


## Une analyse en fonction de la taille des départements

Le graphique suivant permet de préciser la participation des principaux contributeurs (conseils généraux, État, CNSA) en fonction de la taille des départements (selon la nomenclature utilisée par le ministère de l'Intérieur – direction générale des collectivités locales) :

- catégorie 1 : population inférieure à 250 000 individus ;
- catégorie 2 : population comprise entre 250 000 et 500 000 individus ;
- catégorie 3 : population comprise entre 500 000 et 1 million d'individus ;
- catégorie 4 : population supérieure à 1 million d'individus.

### Participation des principaux contributeurs dans les recettes du GIP en 2009 selon la taille de population du département



Par rapport aux données similaires de 2008, on observe une évolution sensible. La participation de l'État, si elle s'accroît légèrement dans les montants (94,6 M€ contre 92,8 M€ en 2008), diminue en proportion pour chacune des catégories de départements. La participation de la CNSA, qui augmente globalement en 2009 est plus importante pour les petits et les très grands départements (catégories 1 et 4). La participation des conseils généraux se renforce fortement dans les montants (107,5 M€ contre 95,3 M€ en 2008), mais elle diminue en proportion dans ces mêmes départements.

De l'analyse faite par département, il ressort que si la contribution de l'État représente au niveau national 34 % des ressources du GIP, elle varie selon les départements de 9 à 63 % de l'ensemble des apports. Malgré une certaine dispersion, les contributions de l'État sont plus importantes dans les départements les moins peuplés.

Par le biais de son concours, la CNSA contribue au fonctionnement du GIP à hauteur de 21 %, avec des contributions allant de 9 à 53 %. Celles-ci sont globalement proportionnelles à la population, avec l'impact de la part fixe dans le calcul du concours.

L'apport des conseils généraux représente 39 % de l'ensemble et oscille entre 4 et 64 % selon les départements. Comme en 2008, la contribution du conseil général semble peu liée à la taille de la population, même si elle apparaît globalement plus élevée dans les départements les plus peuplés.

## 2. Les personnels des MDPH

Quatre ans après la création des maisons départementales, les professionnels qui constituent les nouvelles équipes sont trois fois plus nombreux que ceux qui travaillaient dans les anciens dispositifs (CDES, COTOREP, sites pour la vie autonome) et qui étaient moins de 1 700 agents.

Les données nationales transmises pour 2009 par les MDPH font ainsi apparaître un nombre de 4 874 équivalents temps plein (ETP)<sup>2</sup> travaillant en leur sein, pour un total d'environ 5 700 professionnels.

### Récapitulatif des emplois en 2009 répartis par employeur (en ETP)

Conseils Généraux	2342
GIP – MDPH	1279
État – Cohésion sociale	559
État – Travail et emploi	254
État – Éducation Nationale	341
Autres	99
<b>Total</b>	<b>4874</b>

La **répartition des personnels par employeur** peut être rapprochée des participations et des charges de personnel par contributeur, selon ce que l'on a vu précédemment. Ces charges de personnel sont supportées pour la plus grande partie par le budget de la MDPH. Le conseil général refacture notamment un peu moins de la moitié de ses personnels au GIP.

Le nombre des personnels de l'État ne représente plus que les deux tiers des effectifs mis à disposition initialement, lors des conventions constitutives des GIP au 1<sup>er</sup> janvier 2006. Cette proportion a probablement encore diminué ces derniers mois, avec la réorganisation en 2010 des services territoriaux de l'État qui a été l'occasion, pour certains agents, de revenir dans leur administration d'origine.

Il est important de noter que les partenaires financent en partie les personnels par le biais des dotations qu'ils versent à la MDPH, en plus des mises à disposition non refacturées.

L'importante progression du nombre des emplois est encore plus sensible quand on apprécie les **qualifications des professionnels** recrutés depuis 2006. Alors que la quasi-totalité des emplois étaient autrefois tenus par des agents de catégorie C de la fonction publique<sup>3</sup>, les nouveaux recrutements ont permis d'enrichir les compétences techniques, notamment au sein des équipes pluridisciplinaires : médecins, travailleurs sociaux, infirmières, psychologues, ergothérapeutes. Ce dernier métier, qui a été une découverte pour de nombreux responsables, occupe aujourd'hui une fonction déterminante dans un grand nombre d'expertises et d'aides à la décision. Parmi les recrutements, il existe un point noir dans beaucoup de départements, celui des candidatures de médecins qui sont toujours difficiles à recueillir, tant à cause de la démographie médicale que des conditions salariales proposées à ces professionnels ; les temps partiels y sont majoritaires.

Les nouveaux recrutements ont été permis grâce à l'**engagement important des conseils généraux** qui mettent à la disposition de leurs maisons départementales 2 342 emplois, auxquels on peut ajouter les personnels directement salariés par les GIP (1 279 emplois), le financement de ces dépenses étant aidé par le concours de la CNSA. Ces efforts sont d'autant plus à saluer que les départements ont rencontré à partir de 2009 de graves difficultés financières, avec des dépenses en hausse du fait de la crise économique et des recettes qui tendent à diminuer, avec notamment la baisse des droits de mutation et le risque de voir les dotations générales de l'État aux collectivités territoriales ne plus augmenter.

Il ressort des informations données dans l'analyse des comptes administratifs des MDPH qu'un nombre important d'emplois ont été créés par les GIP ; près de 1 300 agents, soit 26 % des effectifs, ont la maison départementale comme employeur. Cette évolution n'était pas initialement prévue quand, quatre ans plus tôt, la grande majorité des départements disaient souhaiter a priori être exclusivement les employeurs des nouveaux agents. Les difficultés de recrutement de certains professionnels sur des statuts de la fonction publique territoriale ont sans doute obligé les départements à laisser la MDPH effectuer elle-même certains recrutements. Ce fut le cas notamment du recrutement des anciens médecins vacataires des COTOREP et de certains professionnels des anciens « sites pour la vie autonome ».

<sup>2</sup> L'équivalent temps plein est une unité de temps correspondant au temps consacré au travail par une personne à temps plein.

<sup>3</sup> Les emplois de catégorie C ou assimilés ne représentaient plus que la moitié des effectifs en 2009.

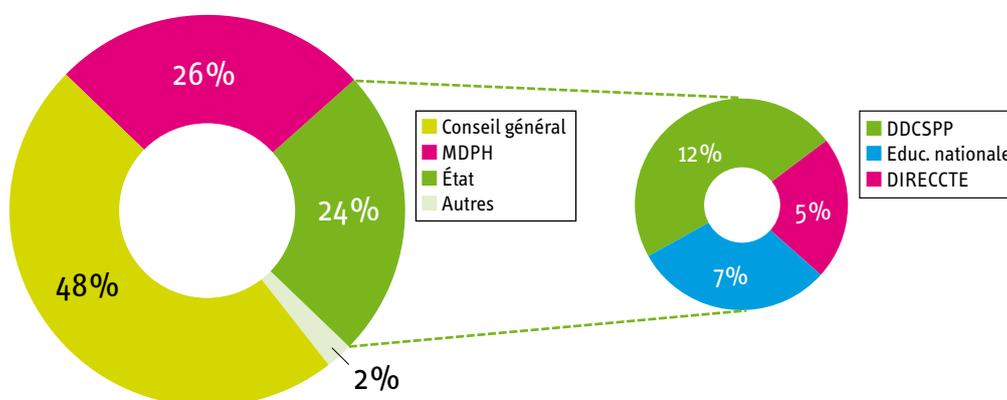
D'autres départements ont décidé que le groupement d'intérêt public devait être le plus autonome possible, en le distinguant nettement de la gestion des services du conseil général. Des maisons départementales indiquent toutefois qu'elles ont souvent dû embaucher elles-mêmes certaines catégories de personnel, alors qu'elles auraient aimé ne pas avoir à assurer en direct la gestion des ressources humaines, ni la logistique générale, et pouvoir ainsi consacrer leurs énergies à leurs fonctions fondamentales.

Les fonctionnaires mis à disposition par les services déconcentrés de l'État, au nombre de 1154, ne représentent plus que le quart des professionnels travaillant dans ces nouvelles structures.

On peut par ailleurs considérer que le concours de la CNSA porté à 60 M€ en 2009 permet le financement indirect, par le GIP ou par les services départementaux selon les cas, de quelque 1 200 emplois<sup>4</sup>.

A partir du graphique suivant, on peut très globalement dire que, pour des personnels qui ont triplé en quatre ans, un quart sont payés par l'État, un quart le sont grâce aux crédits de la CNSA et la moitié par les ressources propres des départements.

### Récapitulatif des emplois en 2009 (en ETP) répartis par employeur (%)



Source: Maquette budgétaire 2009

S'il n'existe que peu de données sur les différentes catégories d'emplois nouveaux, il n'est pas faux d'estimer que la majorité d'entre eux ont été créés pour constituer l'équipe pluridisciplinaire<sup>5</sup> et, dans une certaine mesure, également pour développer de vrais services d'accueil. Cette appréciation est évidente pour qui rencontre aujourd'hui les équipes des maisons départementales dans leurs locaux.

Alors que les précédents rapports n'avaient pas permis de les apprécier, les différences semblent grandes entre départements si l'on rapporte le nombre d'agents aux demandes traitées et à la population concernée (de 0 à 59 ans). Sans interférer sur les libertés d'organisation des GIP et des services des conseils généraux, il sera sans doute nécessaire de faire un exercice de comparaison entre départements de même taille et ayant une pression identique de demandes, en commençant d'abord par les plus peuplés, puisque c'est chez eux que l'on trouve les écarts les plus grands.

Un point déterminant pour les progrès de ces nouveaux services publics est la **formation des personnels** ; les rapports des MDPH mentionnent au fil des pages les efforts significatifs réalisés, avec un investissement notable des anciens agents qui - après avoir été quelquefois déstabilisés par la réforme institutionnelle - ont bénéficié, souvent avec une grande satisfaction, des sessions de formation qui leur ont été proposées. C'est particulièrement le cas pour les personnels de l'accueil qui ont été amenés à franchir une vraie marche qualitative dans leurs fonctions, voire dans leurs attitudes envers les personnes handicapées et leurs familles.

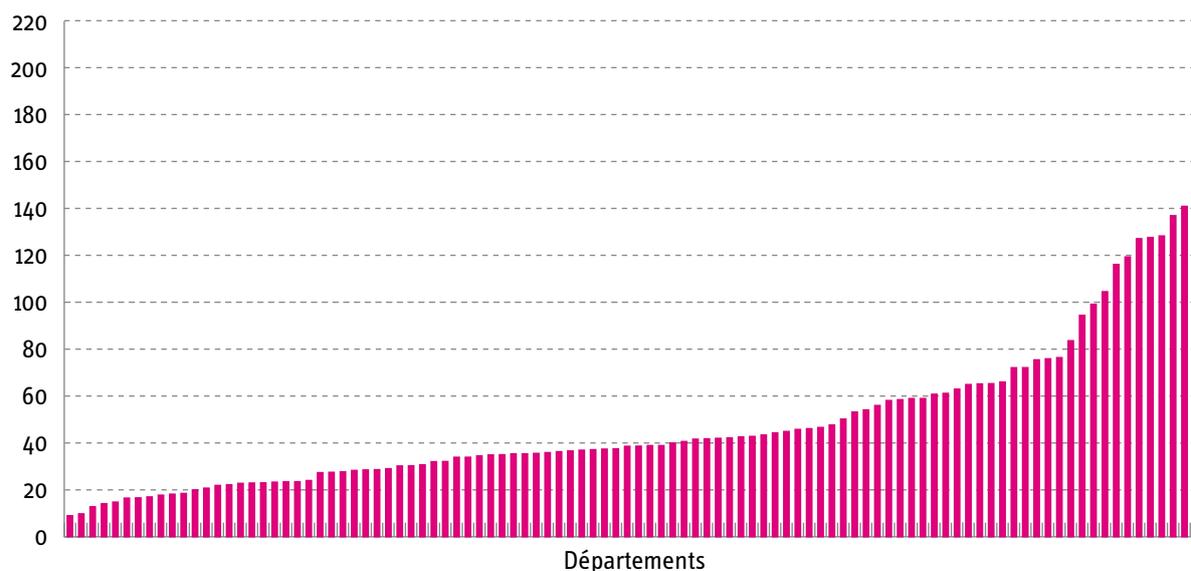
### Le nombre d'emplois dans chaque MDPH

Comme nous le constatons sur ce graphique où les MDPH sont classées par ordre croissant d'effectifs, le nombre moyen d'agents par département est de 49 ETP. Plus de cinquante maisons départementales emploient moins de 40 ETP et dix ont plus de 100 agents.

<sup>4</sup> Les trois quarts des dépenses des MDPH sont des dépenses de personnel.

<sup>5</sup> Près du tiers des emplois sont ceux des équipes pluridisciplinaires d'évaluation.

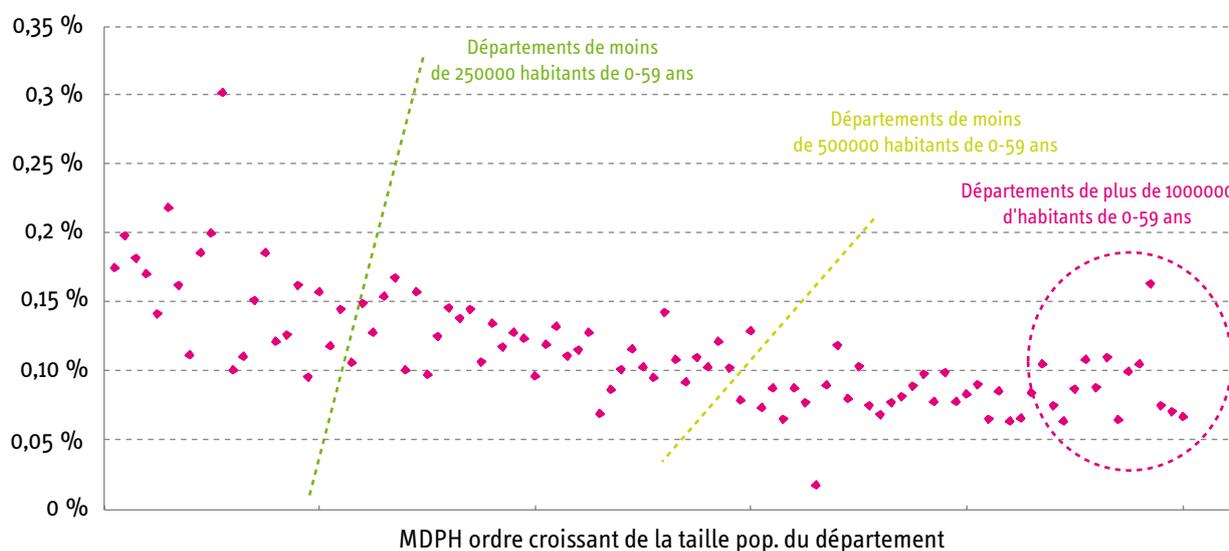
## Nombre d'ETP par département en 2009 (100 MDPH)



Source: Maquette budgétaire 2009

Dans le graphique ci-dessous, on observe que le niveau des ressources humaines de la MDPH est très relativement corrélée à la population du département. Des départements de taille semblable ont ainsi des effectifs très différents. Ces inégalités proviennent à la fois des situations de départ, puisque les anciennes commissions ne fonctionnaient pas selon des ratios nationaux, et des choix locaux faits pour renforcer les postes par la suite.

## Part d'ETP par MDPH pour mille habitants en 2009 (100 MDPH)



Source: Maquette budgétaire 2009

Ce graphique montre cependant que la corrélation entre population du département et taille de la MDPH n'est pas complète, les plus petits départements ayant proportionnellement plus de personnel que ceux dont la population est très importante, avec toutefois l'exception notable du Rhône qui intègre dans son chiffre l'ensemble des agents travaillant localement dans les cinquante et une « maisons du Rhône » où sont déconcentrées toutes les activités sociales de ce département.

Cette analyse doit toutefois être pondérée selon le type d'organisation des différentes fonctions que remplit la MDPH. Le degré d'autonomie de fonctionnement par rapport aux services du département, dont les apports connexes (administration générale et logistique, comptabilité, ressources humaines, informatique...) ne sont pas toujours valorisés, est en effet déterminant, comme l'est aussi l'externalisation de certaines fonctions.

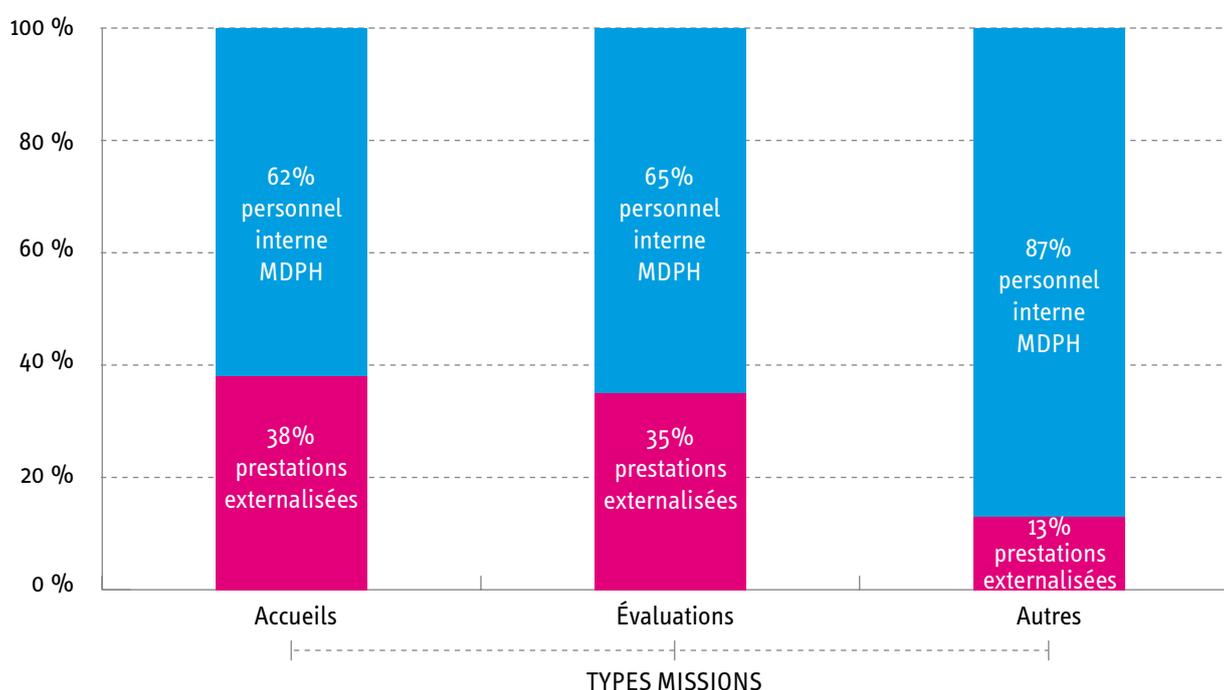
## Des partenariats qui viennent compléter l'activité des équipes internes

Les partenariats engagés avec des organismes extérieurs ont été consolidés et de nouveaux ont été développés en 2009, même si les nécessaires coopérations régulières restent encore à formaliser. C'est le cas par exemple des conventions entre les MDPH et les Cap-Emploi qui ne sont signées que dans les deux tiers des départements.

S'agissant notamment des missions d'accueil et d'évaluation, les MDPH ont poursuivi et renforcé leur collaboration avec divers services et établissements spécialisés, souvent avec des contreparties financières variables selon les prestations assurées. Des compétences très spécialisées ont ainsi été rassemblées par la MDPH qui ne pouvait les recruter en direct.

Bien que les éléments fournis sur cette question ne soient pas exhaustifs, le graphique suivant montre l'importance du recours à ces prestations externes.

### Proportion d'externalisation des missions en part d'ETP en 2009 (100 MDPH)



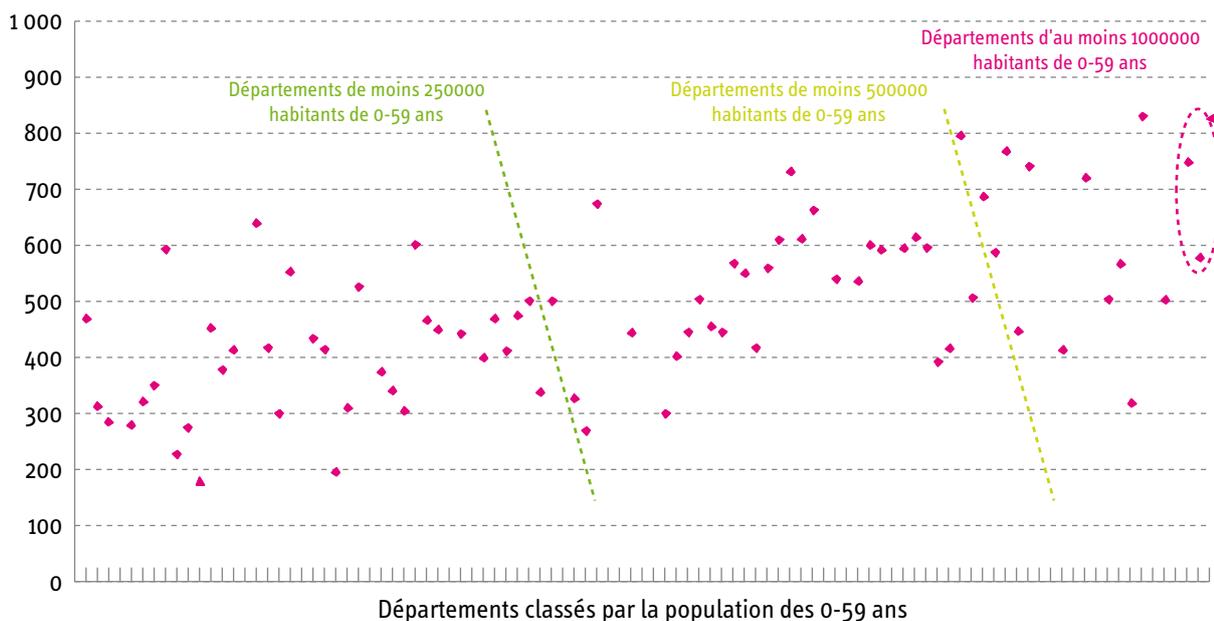
Source: Maquette budgétaire 2009

On notera en particulier qu'un tiers des effectifs de la MDPH sont affectés à la mission d'évaluation.

## Les personnels et le nombre de demandes traitées par la MDPH

Si l'on rapproche le nombre d'agents employés par chaque maison départementale du nombre de demandes traitées, on s'aperçoit que les ratios sont très variables d'un département à l'autre, comme on le voit sur le graphique suivant. Il s'agit ici des chiffres bruts des effectifs ; il n'est pas possible de faire la part des différentes missions de la MDPH selon leur organisation interne.

## Taux de demandes par ETP de la MDPH (100 MDPH)



Source: Compensation questionnaire mensuel

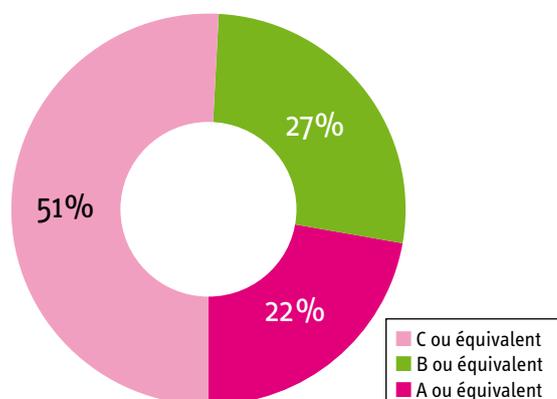
Allant de 180 à près de 900 demandes par agent, le rapport entre les départements est donc de 1 à 5. S'il n'y a pas de corrélation directe entre taille du département, nombre de demandes déposées et nombre d'emplois dans la MDPH, les taux les plus lourds sont toutefois majoritairement dans les départements les plus peuplés.

### Les différentes catégories d'emplois

Afin d'avoir une idée des niveaux hiérarchiques et/ou de diplôme au sein des MDPH, il a été attribué à chaque ETP une catégorie d'emplois correspondant à ceux de la fonction publique, soit A, B ou C ou leurs équivalents si l'agent n'est pas fonctionnaire.

La part des emplois de catégorie C, ou assimilés, représente la moitié des postes. La catégorie B en représente plus du quart et la catégorie A est la moins représentée, constituée principalement des médecins, de certains professionnels paramédicaux et sociaux, des directeurs et de leurs adjoints éventuels.

### Part d'ETP par catégorie d'emploi en 2009 (100 MDPH)



Source: Maquette budgétaire 2009

## Le dialogue social et les premiers signes d'une culture commune

La mise en place généralisée des instances de concertation des personnels et le décloisonnement des services tendent à construire une identité professionnelle et favorisent une culture commune. Le renforcement du rôle des cadres et la mise en place d'outils de gestion des ressources humaines ont facilité l'adéquation entre compétences et missions exercées.

Un grand nombre de départements soulignent que le niveau de compétences des équipes s'est accru. La création de fiches de poste a facilité la rencontre entre compétences, activités ou missions décrites ; certains profils sont ainsi réexaminés, par exemple celui des médecins, qui ne sont pas tous coordonnateurs de l'équipe pluridisciplinaire. Les inadéquations constatées ont, dans certains cas, été corrigées par des parcours de formation, voire des redéfinitions de fonctions, à l'intérieur de la MDPH.

La communication interne, facteur de cohésion des équipes, émerge à beaucoup d'endroits.

## 3. Les systèmes d'information

### La fin de l'utilisation des applicatifs nationaux

Plus de la moitié des départements ont signé en 2009 l'avenant au protocole d'assistance des MDPH pour la reprise des données et l'arrêt du service et de l'exploitation des applicatifs informatiques ITAC et OPALES.

La signature de cet avenant a marqué ainsi le passage en production de leur nouveau système d'information. Plus précisément, les maisons départementales ont pu bénéficier d'une dernière extraction de leurs données ITAC et/ou OPALES. Elles ont également pu utiliser le logiciel VISITOP développé par la CNSA qui, en visualisant l'historique des données ITAC et OPALES, permet de conserver une image exploitable des informations.

La bascule des systèmes a demandé un long travail, avec différentes phases allant de la définition du besoin à la validation définitive de l'application, en passant par la phase essentielle de la formation des utilisateurs. Tout au long de ces différentes étapes, les ressources de la MDPH et des services du conseil général ont été très fortement mises à contribution ; si des tensions ont existé, il en est résulté aussi un enrichissement mutuel.

Les MDPH ont adopté lors de ce changement des méthodes différentes pour la reprise des données : certaines ont préféré ne pas reprendre leurs données pour les réintégrer au fur et à mesure dans le nouveau système d'information, d'autres ont, au contraire, décidé de reprendre l'intégralité des données. Cela a induit de grandes difficultés dans la production statistique, qui se répercutent sur les données disponibles au niveau national, encore aujourd'hui, fin 2010.

À la fin de l'année 2009, le travail était réalisé dans la quasi-totalité des départements ; seules quelques maisons départementales rencontraient encore des difficultés pour basculer vers leur nouveau système d'information.

### La stabilisation des logiciels MDPH

L'année 2009 a été également marquée par la stabilisation des logiciels déployés qui s'est matérialisée par l'adaptation et la finalisation du paramétrage de ces outils.

Ainsi, l'intégration de la PCH enfant s'est généralisée dans toutes les solutions logicielles. De la même façon, les MDPH se sont attelées à paramétrer finement leurs éditions, notamment pour les notifications aux usagers.

Au cours de cette année cruciale, certaines MDPH ont échangé avec leur éditeur de logiciels sur leurs besoins dans un groupe de travail « utilisateurs » ; celui-ci a défini le périmètre d'une seconde version du logiciel répondant à des besoins complémentaires identifiés.

Les nouvelles versions des logiciels tendent à informatiser les missions d'évaluation et d'accueil, et à mettre en œuvre des interfaces avec différents partenaires et en premier lieu les services du conseil général, notamment en ce qui concerne le paiement de la PCH.

En complément du nouveau système d'information, de nombreux projets de numérisation des dossiers anciens ont vu le jour.

## Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées : le SipaPH.

Situées au cœur du pilotage des politiques en direction des personnes handicapées, les MDPH ont à transmettre au niveau national des informations tant quantitatives que qualitatives.

Leur système d'information doit permettre le suivi des personnes, notamment lors de l'attribution initiale des prestations et de la mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH. C'est également le cas de l'accompagnement : un changement de situation de la personne est un moment important qui nécessite une nouvelle évaluation et une révision du plan personnalisé de compensation.

Le système d'information partagée pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH) prévu par la loi du 11 février 2005 s'appuie sur la transmission des données des départements vers la CNSA afin d'élaborer des indicateurs de pilotage et de les mettre à disposition.

Cette transmission des données répond aux obligations suivantes :

- les données échangées sont des données individuelles ;
- ces données sont rendues anonymes ;
- l'identifiant permettant d'effectuer un possible chaînage est doublement rendu anonyme : une première fois au sein du système d'information émetteur et une deuxième fois dans le système d'information récepteur.

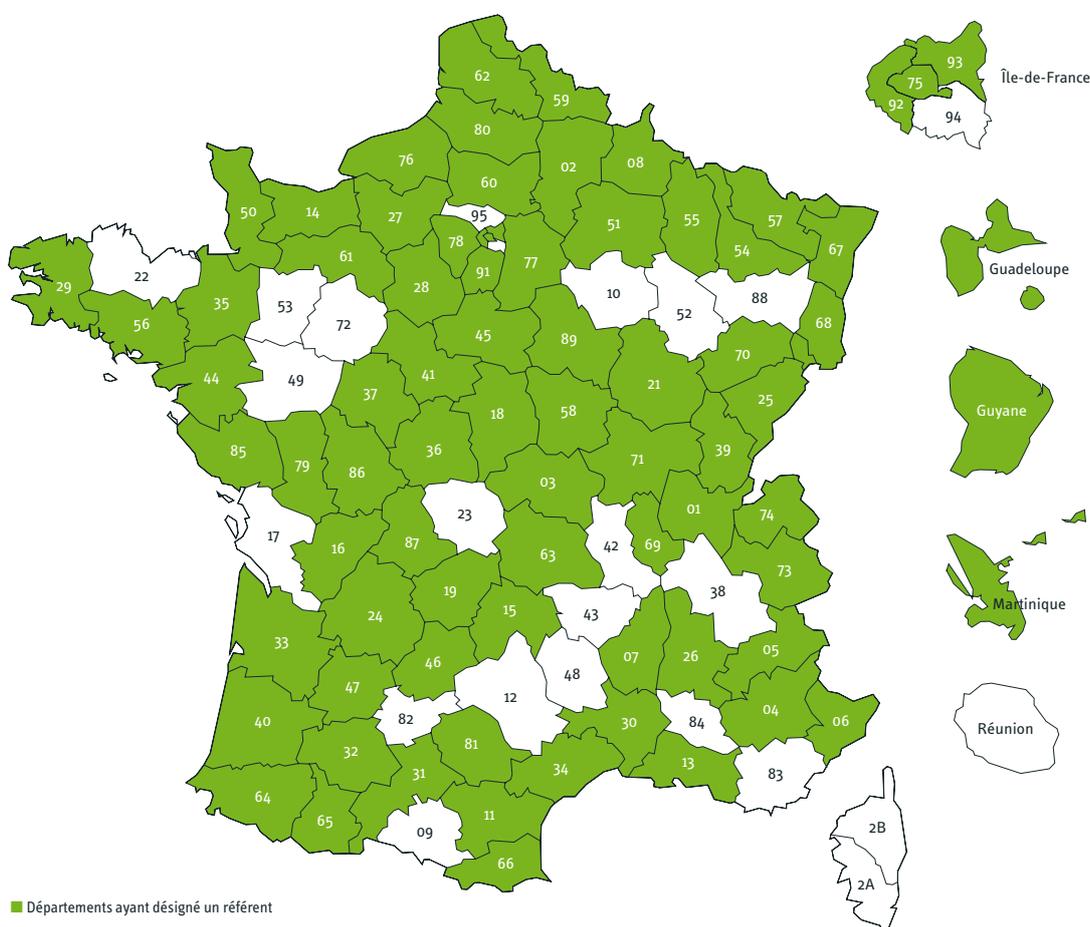
Ces principes seront repris dans un futur arrêté qui fixera le périmètre officiel des données à transmettre et les nomenclatures à respecter par les MDPH.

En attendant la transmission effective des données par les nouveaux systèmes d'information des MDPH, la CNSA a mis en œuvre une première version du SipaPH à partir des données individuelles rendues anonymes issues d'ITAC et d'OPALES.

À partir de juillet 2009, des formations sur cette première version ont été proposées aux équipes des MDPH et aux services départementaux. Ces formations interdépartementales se déroulent sur deux jours et permettent aux futurs utilisateurs d'appréhender le contenu technique et fonctionnel de ce nouvel outil.

Pour la réalisation de ces formations, la CNSA s'appuie sur des référents SipaPH dans chaque département. Véritables relais opérationnels de l'outil, ils ont ainsi permis que les professionnels de 28 premières MDPH soient formés en 2009. Ce nouveau réseau s'articulait à la fin de l'année 2009 autour de 77 référents départementaux.

### Départements ayant désigné un référent SipaPH à la fin de l'année 2009 :



## 4. La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

Tous les rapports d'activité des maisons départementales consacrent un chapitre à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), à la préparation de ses décisions ainsi qu'à son fonctionnement.

Il faut d'abord souligner l'état d'esprit général qui ressort de ces rapports : la recherche de l'optimisation des organisations.

Néanmoins, certaines difficultés sont pointées :

- Comme on vient de le dire, le fonctionnement des MDPH a été perturbé par la mise en place de leur nouveau système d'information. Ce changement a évidemment pesé sur l'activité de la CDAPH et donc sur les délais de traitement des dossiers. Certains départements ont fait face au surcroît de travail en recrutant des agents contractuels.
- La difficulté à réunir le quorum des membres de la commission est très souvent mentionnée, ce qui n'était pas le cas au cours des premières années. C'est même le contraire qui avait été pointé, cela paraissait d'ailleurs étonnant pour une commission de cette importance numérique. Les situations sont certes disparates, allant d'un engagement très régulier de certains membres à une difficulté chronique à mobiliser les personnalités de certains collègues ; c'est souvent le cas des représentants de l'État dans des départements où le nombre de réunions mensuelles est très important.
- Quelques maisons départementales expriment une réserve sur le formulaire de demande simplifié. En effet, sa présentation pourrait inciter les usagers à remplir toutes les catégories de demandes de prestations... Cela se traduit par une augmentation du volume de demandes et du temps de traitement des dossiers. C'est pourquoi il convient de donner une bonne information initiale aux demandeurs et de les accompagner dans leurs démarches initiales, dès leur accueil à la MDPH.
- De nombreux rapports font ressortir une très forte augmentation des demandes en vue de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Pour expliquer ce phénomène, il est souvent fait référence au contexte économique morose, tout autant qu'à l'obligation d'emploi par les entreprises.

Ces difficultés ne peuvent occulter l'appréciation relativement positive qui ressort de la lecture des rapports ; après la phase de leur création, les MDPH semblent dans leur majorité être passées à une phase de stabilisation des processus pour l'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Il est intéressant de noter que l'ensemble des réformes d'organisation initiées démontre une implication de tous les personnels et l'adhésion en général du grand nombre.

Aucun rapport d'activité ne témoigne en effet de difficultés à associer les agents dans la réflexion sur les organisations, sans pour autant connaître dans le détail la forme que prend localement cette participation.

Cette évolution positive se traduit par des actions sur les axes suivants : l'optimisation du fonctionnement et la montée en compétence des acteurs.

### L'optimisation du fonctionnement

De nombreux rapports d'activité témoignent de la création d'espaces d'échanges au sein de la CDAPH en deçà de l'étude des dossiers individuels. Ces échanges prennent la forme de comités permanents, de commissions extraordinaires « de doctrine » et de jurisprudence, ou quelquefois même de véritables journées techniques, de type séminaire.

L'objectif est de créer une dynamique de partage entre les membres de la CDAPH, les personnels de la maison départementale et les partenaires extérieurs.

Les thèmes étudiés sont divers : les évolutions de procédures, l'organisation des temps de formation, des présentations thématiques, les pratiques et les relations avec l'équipe pluridisciplinaire.

Des procédures sont élaborées dans le but d'améliorer l'équité du traitement des demandes.

La création de chartes de fonctionnement et la révision des premiers règlements intérieurs témoignent du souci d'un meilleur fonctionnement et d'une volonté d'efficacité.

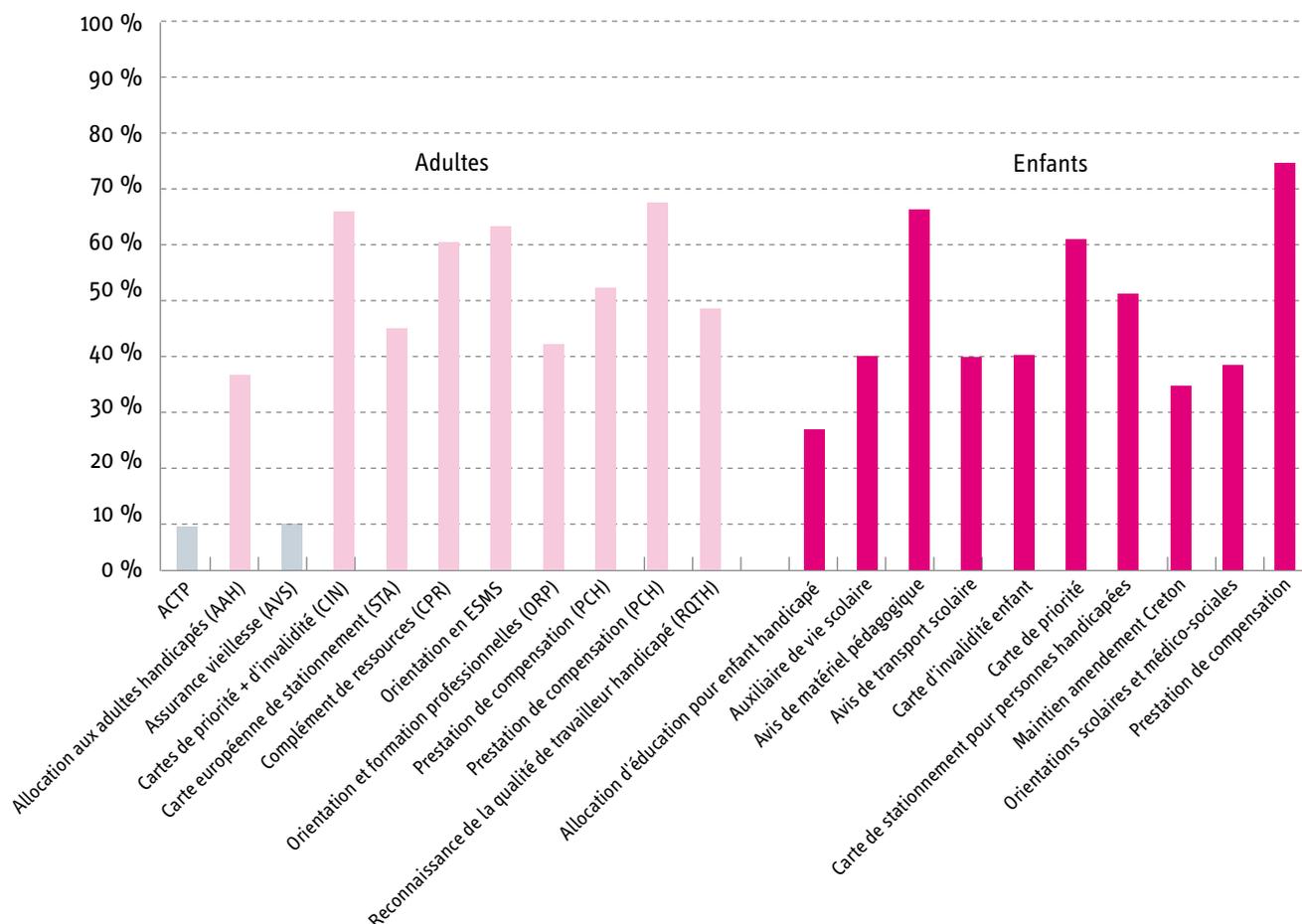
## La montée en compétence des acteurs

Deux axes se dégagent clairement : la formation professionnelle et l'échange des pratiques.

- **Des actions de formation professionnelle** ont été régulièrement entreprises en direction des membres de la CDAPH, avec des apports sur de multiples thématiques. Une illustration peut être donnée avec les formations juridiques sur diverses prestations.
- **L'échange de pratiques** a pour objectif de favoriser le développement d'une culture commune et de réduire ainsi les écarts entre les procédés de traitement des demandes.  
Nombre de rapports soulignent le souhait des acteurs de se rencontrer et d'échanger autour de différents sujets liés aux types de handicap, aux prestations, au fonctionnement des institutions médico-sociales. Ces actions peuvent prendre la forme d'interventions de professionnels de la MDPH, de certains partenaires ou de la mise en place d'un groupe de travail spécifique.  
Les thèmes abordés sont vastes et recourent tous les domaines sur lesquels la commission doit se prononcer. Ces actions favorisent aussi la connaissance que doivent avoir les membres de la CDAPH des mécanismes de fonctionnement de la MDPH, de ses éventuelles difficultés temporaires ou structurelles de gestion.  
On notera que des experts de la CNSA interviennent sur place, à la demande des MDPH qui veulent rapprocher leur équipe pluridisciplinaire des membres de la CDAPH ; au cours de ces sessions, une lecture commune des dossiers peut, par exemple, faciliter la compréhension mutuelle entre les acteurs intervenant sur une même affaire.

## La proportion de premières demandes

**Part des premières demandes dans le total des demandes déposées en 2009 par prestations et orientations adultes et enfants**



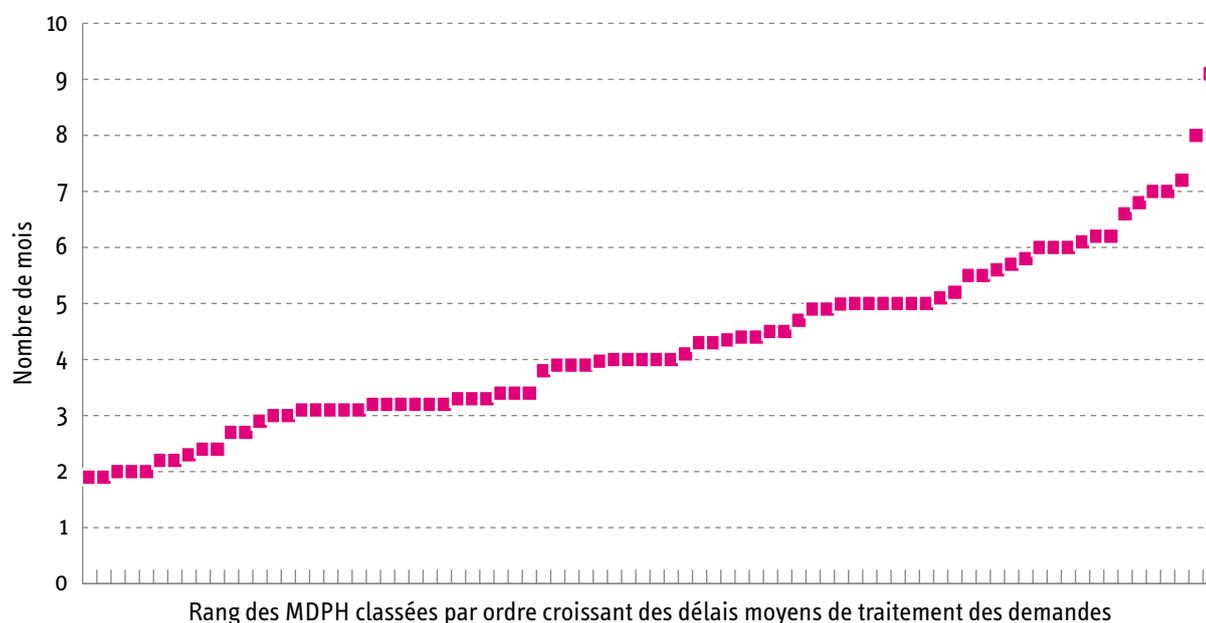
Pour l'année 2009, la part de premières demandes dans le total des demandes déposées est toujours importante et cela pour quasiment toutes les prestations pour les adultes et les enfants, la PCH occupant la première place pour les deux secteurs. Si cela signifie que cette prestation n'a donc pas encore atteint son rythme de croisière, cela montre aussi qu'il y a déjà un quart des demandes qui correspondent à des renouvellements dès cette quatrième année d'application de la nouvelle loi.

### Les délais de traitement des demandes

Sujet qui donnait lieu à de très fortes critiques dans l'ancien dispositif, spécialement pour les COTOREP, les délais de traitement des demandes restent un des indicateurs significatifs de la qualité du service rendu. Cet indicateur doit toutefois être relativisé, car rapidité ne saurait être synonyme de qualité dans l'étude de toutes les demandes...

La loi de 2005 fixant un délai légal de 4 mois pour le traitement des demandes, il est intéressant de noter que la moyenne des délais indiqués est proche de 4,2 mois pour l'ensemble des prestations. La moitié des MDPH déclarent ainsi des délais inférieurs ou égaux à 4 mois. Toutefois d'importantes disparités existent entre les départements et entre les différents types de demandes.

**Délais moyens de traitement des demandes adultes en 2009 (échantillon : 80 MDPH)**



**Observations :**

Moyenne des délais : 4,2 mois.

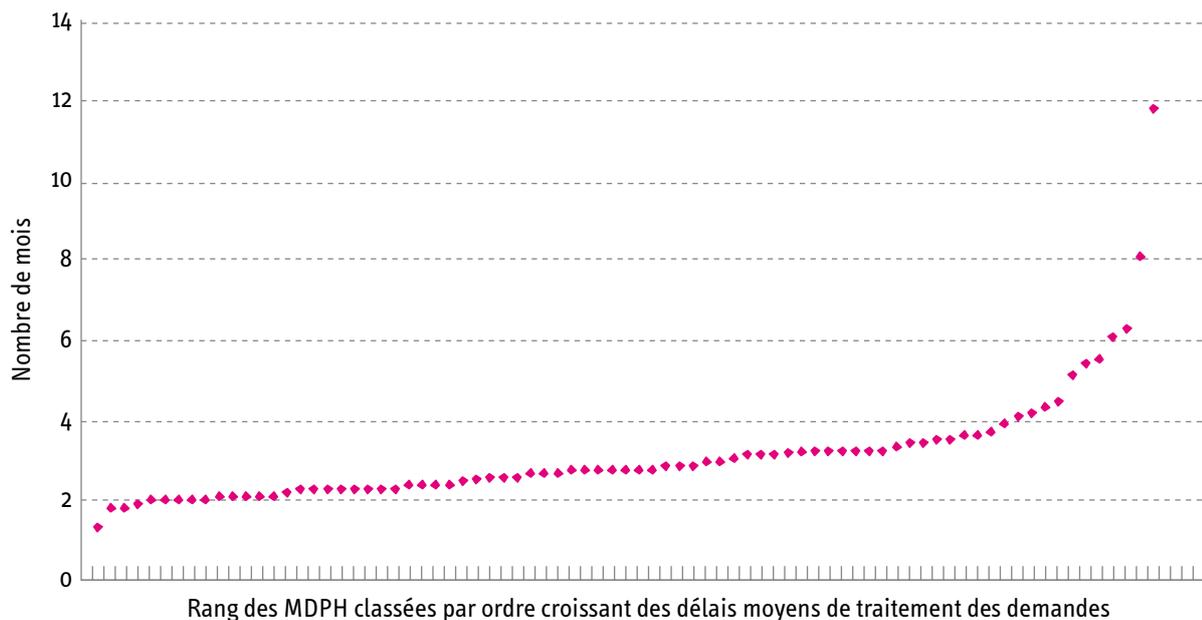
Moyenne des délais pour 95 % des demandes : 3,8 mois.

Écart type : 1,5 mois.

La moitié des MDPH traitent les demandes en moyenne en moins de 4 mois.

Ce résultat pourrait confirmer maintenant l'adaptation des organisations au traitement des flux. Mais il convient de considérer cette moyenne avec les délais de traitement des demandes de PCH, prestation pour laquelle de très nombreux rapports d'activité font état de délais dépassant très largement les quatre mois.

## Délais moyens de traitement des demandes enfants en 2009 (échantillon : 79 MDPH)



*Observations :*

*Moyenne des délais : 2,9 mois.*

*Écart type : 1,6 mois.*

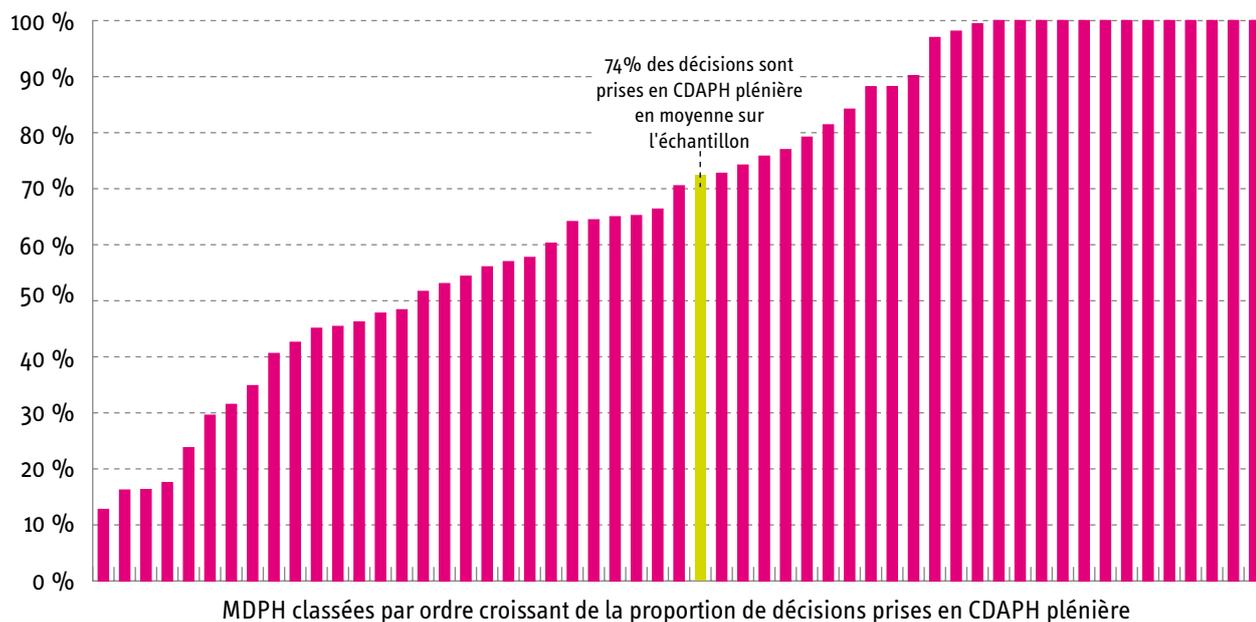
*La moitié des MDPH traite les demandes en moyenne en 2,5 mois.*

La moyenne des délais de traitement des demandes relatives aux enfants est de moins de 3 mois (2,9 mois), soit sensiblement moins que l'obligation légale.

Il serait intéressant d'étudier ce chiffre à la lumière des organisations mises en place, afin de déterminer les raisons de cette efficacité et de vérifier l'homogénéité des méthodes de comptabilisation des délais. Il y a en effet des différences de pratiques dans la manière de quantifier les délais, notamment sur leur date du début, soit au jour du premier dépôt de la demande, soit après que le dossier a été déclaré complet.

## Le fonctionnement de la commission

### Part des décisions prises en CDAPH plénière (échantillon : 51 MDPH)



#### Observations :

30 % des MDPH prennent plus de décisions en CDAPH simplifiée qu'en CDAPH plénière.

25 % des MDPH prennent la totalité de leurs décisions en CDAPH plénière.

S'agissant du fonctionnement de la commission, il apparaît que, dans les trois quarts des cas, les décisions sont prises en CDAPH plénière (74 % des décisions). Dans 30 % des départements, la majorité des décisions sont prises en CDAPH simplifiée.

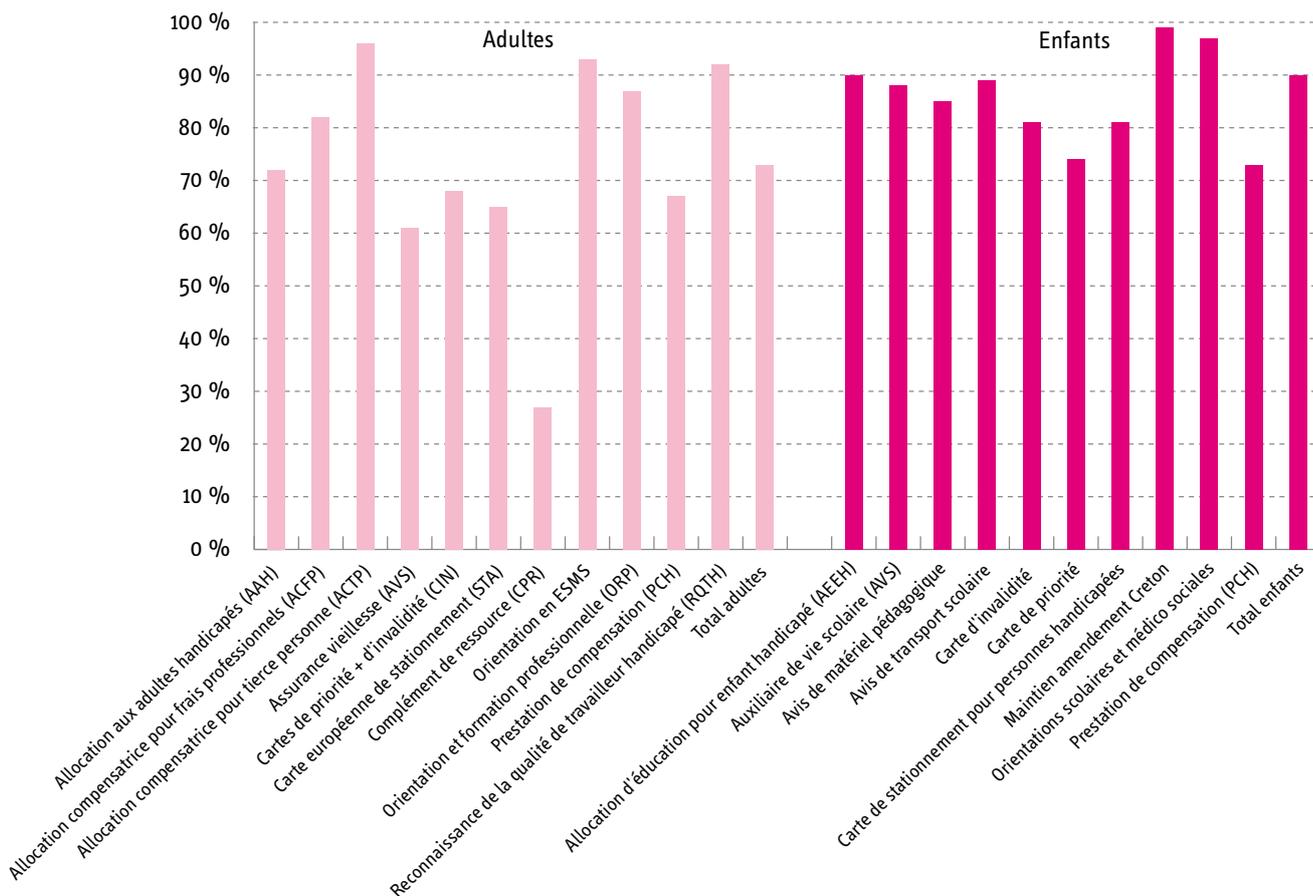
On ne dispose pas de statistiques sur l'examen des dossiers et sur la manière de procéder en commission, une très grande majorité des demandes étant validées sur liste, les dossiers n'étant pas formellement ouverts en séance.

## Les accords donnés par la CDAPH

Si l'on compare les chiffres de 2008 et de 2009, les taux d'accords présentent une certaine stabilité.

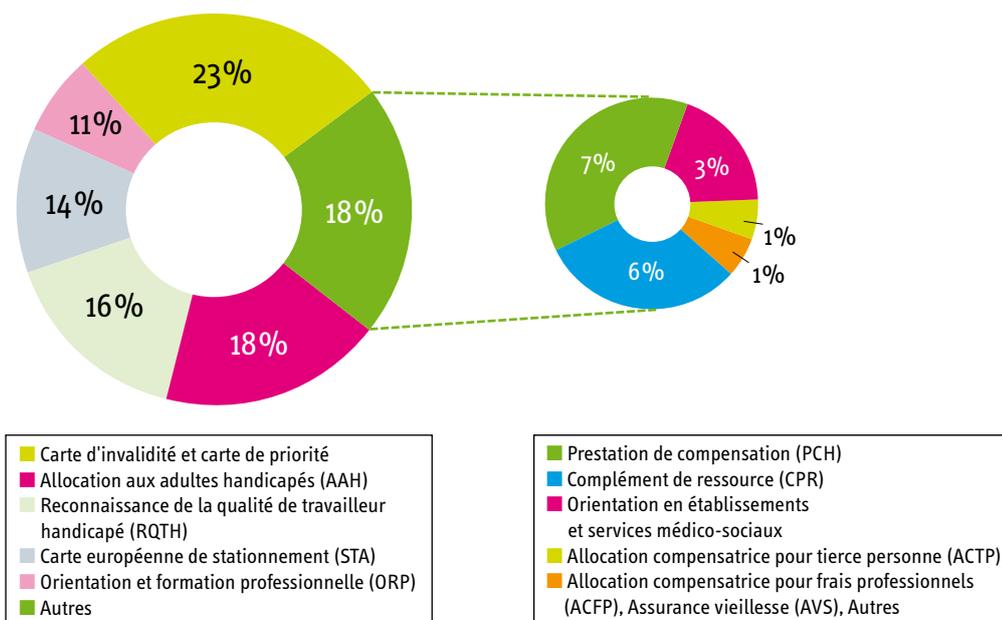
Sur le graphique de la page suivante, on note le taux d'accord significatif des demandes d'auxiliaires de vie scolaire (AVS). Un point difficile réside dans les décisions relatives aux « amendements Creton » qui sont encore toujours égales au nombre de demandes.

## Taux d'accord en 2009 par prestations et orientations adultes et enfants



### La répartition des demandes adultes

#### Répartition des demandes adultes déposées en 2009 (échantillon : 76 MDPH)



Les chiffres 2009 confirment la répartition des demandes pour les adultes observée l'année précédente. Les démarches concernant les cartes d'invalidité et de priorité occupent une part prépondérante, presque le quart des dossiers. La question de la lourdeur de gestion de ces cartes doit être posée et probablement, à terme, la réglementation à revoir. Les demandes d'AAH viennent ensuite. La PCH représente pour sa part 7 % des demandes, une part relative en augmentation par rapport à 2008 (6 %).

En conclusion de ce chapitre, il convient de souligner la forte implication des MDPH sur l'aspect qualitatif de leur fonctionnement. Les réorganisations de service, les formations engagées, le partage de pratiques et des expériences sont autant d'initiatives qui traduisent le souci d'améliorer le service rendu aux usagers.

## 5. La prestation de compensation du handicap

*Le système d'enquêtes semestrielles mis en place pour connaître l'évolution de la PCH permet à la CNSA d'inclure ici, les premières données de l'année 2010.*

*Les données complètes sur la PCH sont disponibles sur le site Internet de la CNSA ; elles sont actualisées chaque semestre en vue d'une présentation régulière au Conseil de la CNSA.*

Bien que les données chiffrées qui sont ici rapportées ne ressortent pas à proprement parler des rapports annuels des MDPH, il apparaît essentiel de faire un point particulier sur ce thème, à partir des réponses au questionnaire soumis chaque mois par la CNSA aux départements.

Cette prestation est en effet au cœur de la réforme de 2005 par la personnalisation possible de la réponse aux réels besoins de la personne. Même si le nombre de dossiers relatifs à la PCH reste proportionnellement très réduit, à peine plus de 6 % des demandes déposées en 2009, il en résulte une charge de travail beaucoup plus lourde pour les équipes des maisons départementales.

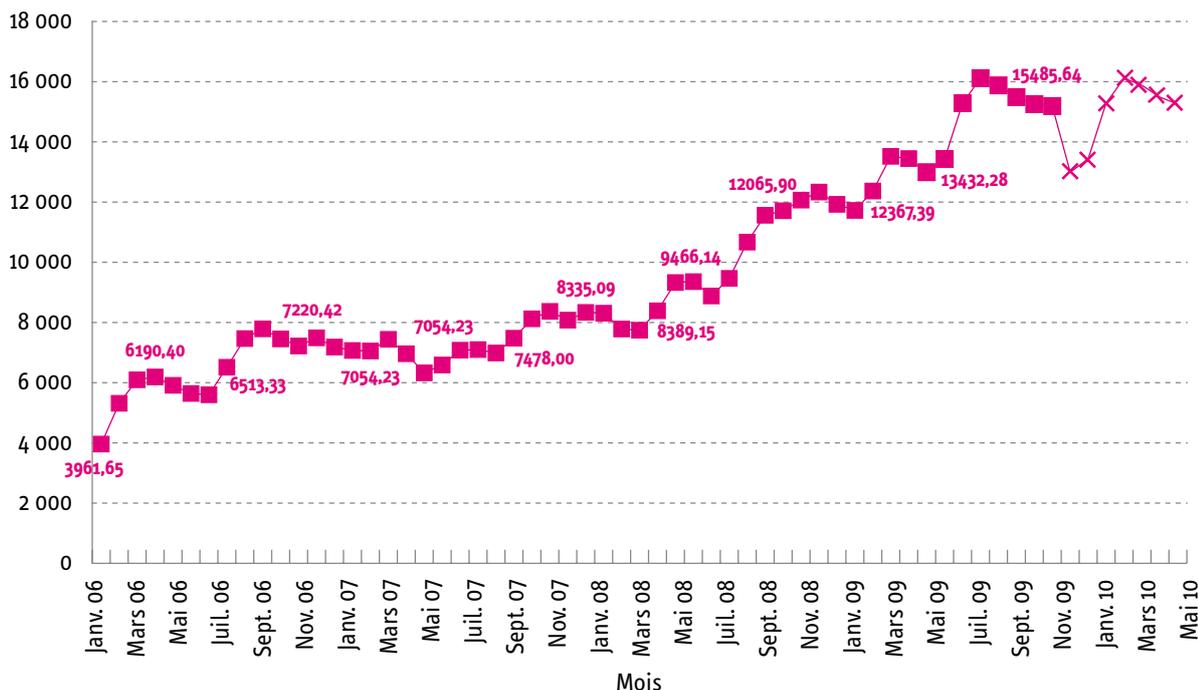
Il faut rajouter à ce chiffre celui représentatif de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), ancienne prestation qui peut être maintenue pour les anciens bénéficiaires ; aucun terme officiel n'ayant été prévu par la loi, l'ACTP représente encore 1 % des demandes totales.

La PCH est, comme on le sait, financée par les départements, avec le concours financier de la CNSA. On verra d'ailleurs combien ces concours, après avoir été supérieurs aux dépenses effectives en 2006 et 2007, sont aujourd'hui à des niveaux tels qu'ils font craindre aux conseils généraux de se trouver dans la configuration qu'ils ont connue lors de la montée en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), quelques années plus tôt.

### Les demandes et leur étude

Comme on le voit sur le graphique suivant, les **demandes de prestation de compensation** sont passées de 70 000, lors de la première année d'application de la loi, à 143 000 en 2009 ; elles devraient être de l'ordre de 180 000 en 2010 (à titre d'exemple, elles s'élevaient à plus de 16 000 au mois de mars 2010). Il y a dans ces chiffres un certain nombre de demandes de renouvellement qui ont été, dès la troisième année, présentées devant les CDAPH, soit que le dossier venait d'ores et déjà à échéance, soit que la personne demandait elle-même une révision de sa situation.

## Évolution mensuelle lissée des demandes PCH 2006-2010 (estimation France entière, source déclarative)

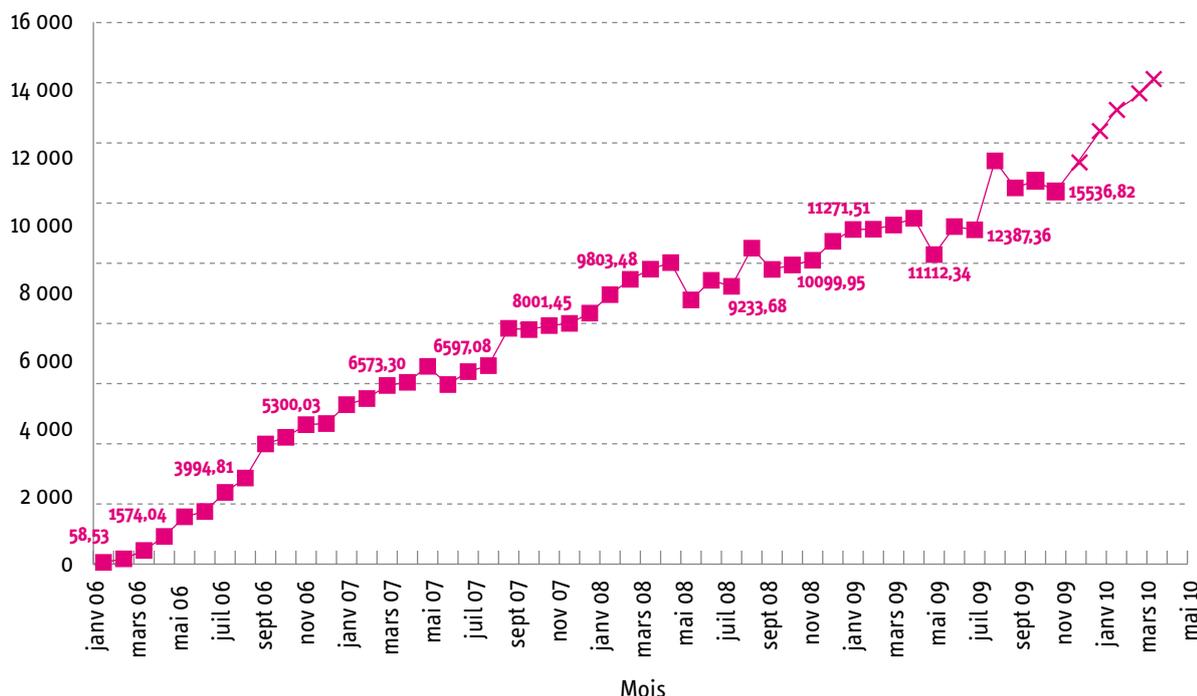


On voit que c'est au cours du second semestre de 2008 que la courbe s'infléchit nettement vers le haut. L'évolution de la réglementation, avec l'extension de la prestation aux enfants à compter du 1<sup>er</sup> avril, a eu une influence sensible ; comme également sensible a d'ailleurs été la montée en charge des demandes de prestation pour des personnes hébergées en établissement.

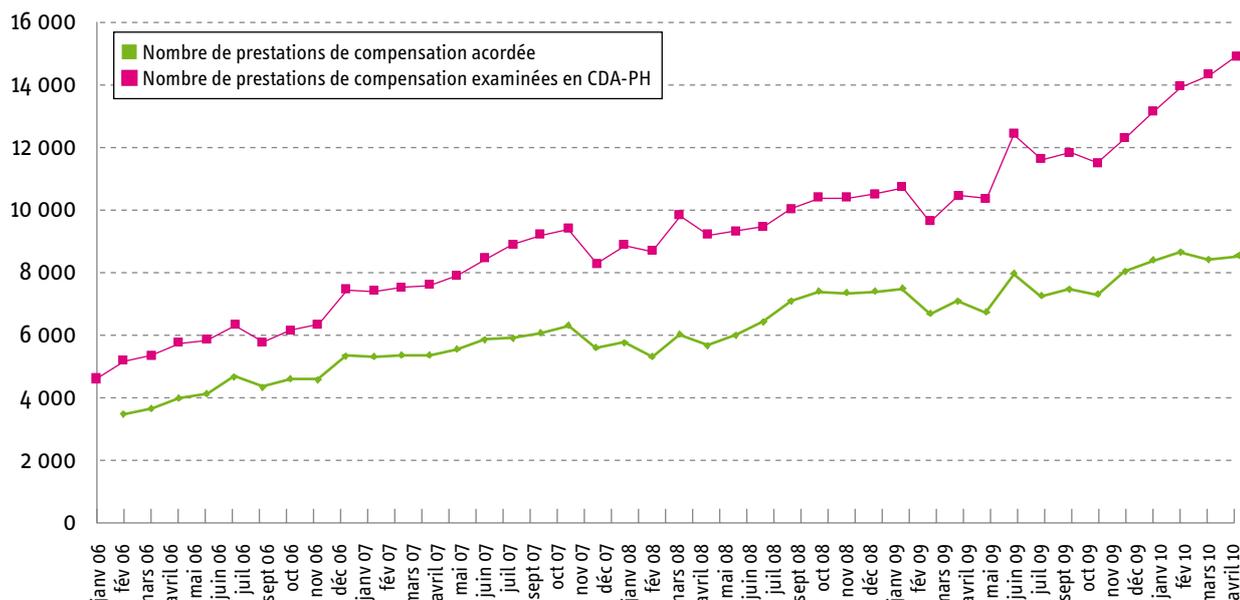
L'évaluation des situations des personnes est réalisée très majoritairement sur dossiers (pour 76 % des demandes), l'évaluation comportant un contact avec le demandeur dépassant à peine les 20 % (13% à la MDPH, 8 % à domicile). Ces derniers chiffres sont toutefois en augmentation par rapport aux premières années. Il semble que ce soit toujours les demandes de PCH qui sont surtout évaluées à domicile.

Si l'on étudie maintenant les **décisions formellement prises** par les commissions, l'accélération du nombre de demandes traitées se confirme : entre 2006 et 2008, 350 000 décisions ont été prises. En 2009, les CDAPH ont prononcé 137 000 décisions. Les premiers chiffres de 2010 montrent 14 400 décisions prises en moyenne chaque mois au premier semestre contre 11 400 décisions au cours de la même période en 2009.

## Évolution mensuelle lissée des décisions PCH 2006-2010 (estimation France entière, source déclarative)



## Évolution mensuelle lissée des PCH accordées 2007-2010 (estimation France entière, source déclarative)



Si l'on considère enfin les **accords donnés** par les CDAPH par rapport aux demandes examinées, les deux courbes sont de moins en moins parallèles : le taux d'accord était presque de 70 % sur les trois premières années ; il est tombé à moins de 60 % au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2010.

On peut se demander si cet infléchissement est seulement dû à la nature des demandes présentées aux MDPH, les demandeurs présentant les situations les plus lourdes ayant déposé leur demande rapidement dès les deux premières années d'application de la loi. Une autre explication pourrait résulter de l'effet de notoriété d'une prestation désormais mieux connue et donc plus souvent sollicitée, y compris par des demandeurs non éligibles ; ou encore qu'il pourrait y avoir une sorte d'autocensure des commissions, voire des évaluateurs eux-mêmes, qui serait intervenue ces derniers mois en corrélation avec les difficultés financières des départements.

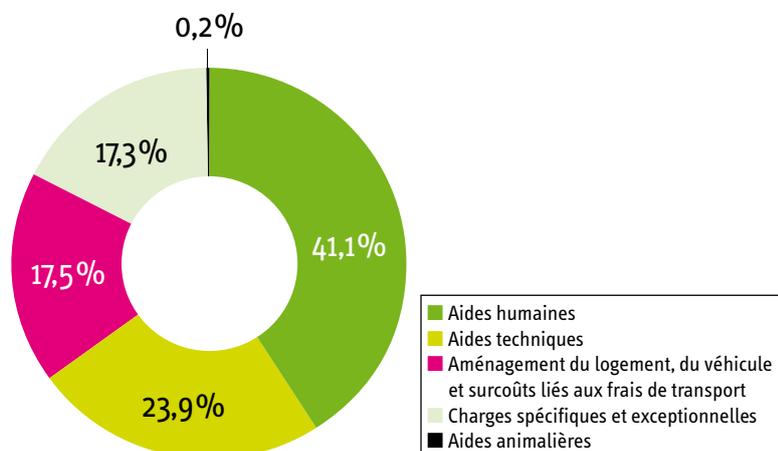
À ce stade, il n'est pas possible d'estimer quelle pourrait être la part de ces différents facteurs....

### Les contenus de la PCH

Parmi les cinq éléments constituant la prestation de compensation, ce sont toujours les aides humaines (le premier élément) qui sont majoritaires, mais leur proportion se réduit, passant de près de 50 % en 2006 à 41 % en 2010. Les aides techniques, quant à elles, ont très sensiblement augmenté, passant de 20 à 24 %.

Troisième élément de la PCH, l'aménagement du logement et du véhicule, qui a représenté un véritable progrès dans la réponse aux besoins réels de la personne en situation de handicap, s'établit à 17 % et cela de manière stable.

### Répartition (%) des éléments de la PCH attribués au 1er semestre 2010 (source déclarative)

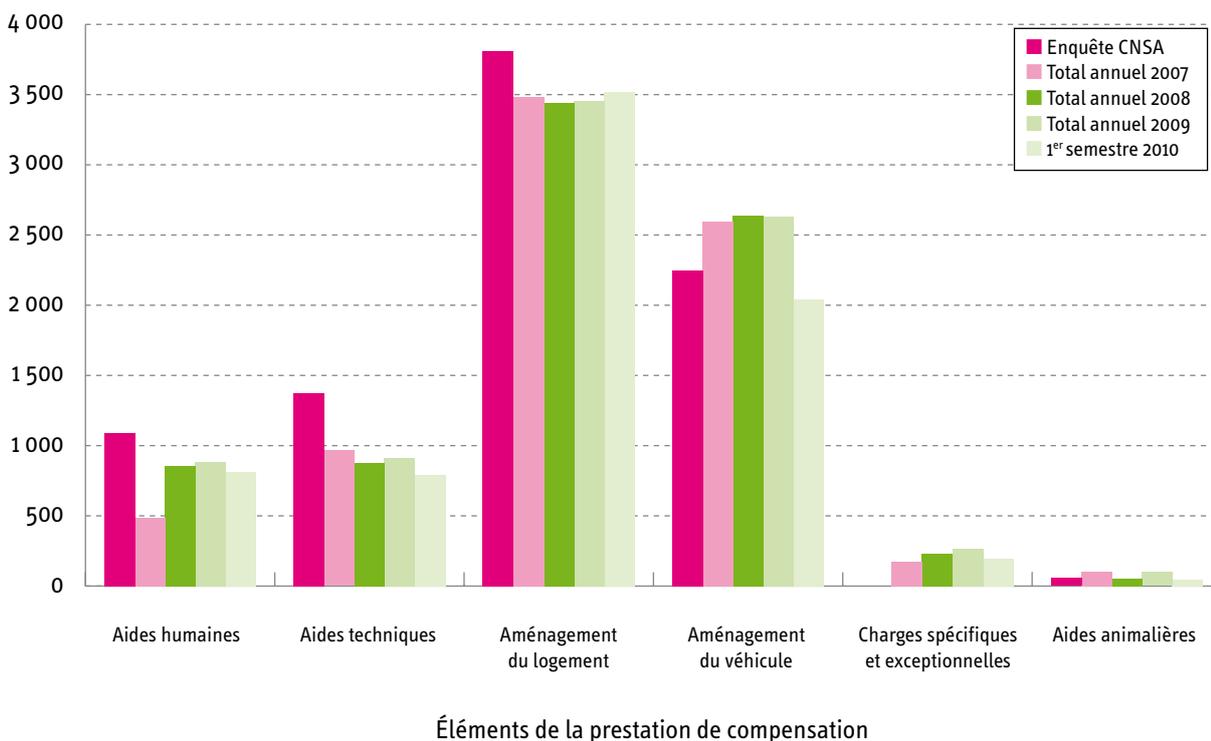


Du point de vue financier, si l'étude qu'avait réalisée la CNSA, à partir des premiers dossiers au début de l'année 2006, faisait apparaître un coût de 1 100 € pour un mois d'aide humaine (il s'agissait probablement de demandes de personnes très lourdement handicapées), le coût moyen est aujourd'hui ramené à 811 €.

S'agissant des dépenses d'aménagement du logement, elles apparaissent stables (de l'ordre de 3 400 €) ; elles sont en revanche très nettement plus basses au début de l'année 2010 pour les aménagements du véhicule de transport (2 124 € au lieu de 2 600 € les trois années précédentes).

On peut là aussi se demander s'il s'agit de dossiers ressortant de personnes présentant un handicap moins lourd, d'une montée en charge de la prestation pour les personnes en établissement pour lesquelles les aides humaines sont accordées uniquement pour les périodes de retour à domicile, ou s'il y a, comme on vient de le dire, une réduction prudente du niveau de proposition en considération des difficultés financières des départements.

### Évolution des montants moyens attribués par élément de la PCH 2007-2010 (source déclarative)

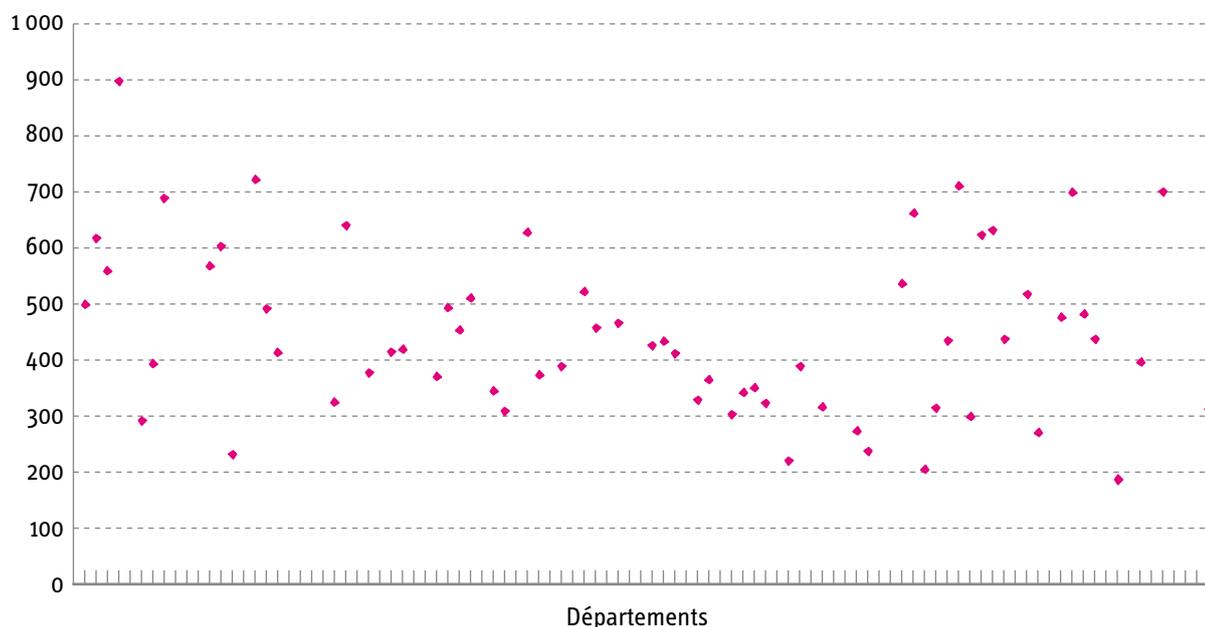


La CNSA a réuni par deux fois en 2010 une vingtaine de départements – responsables de MDPH et services des conseils généraux - afin d'examiner collectivement les chiffres et de débattre de la situation actuelle. La diminution observée au niveau national des coûts par éléments de la PCH s'accompagne d'importantes différences de coûts, et sans doute de pratiques, entre les départements. Des travaux complémentaires sont donc à mener sur cette question, compte tenu des interrogations exprimées ci-dessus.

## Des différences sensibles entre départements

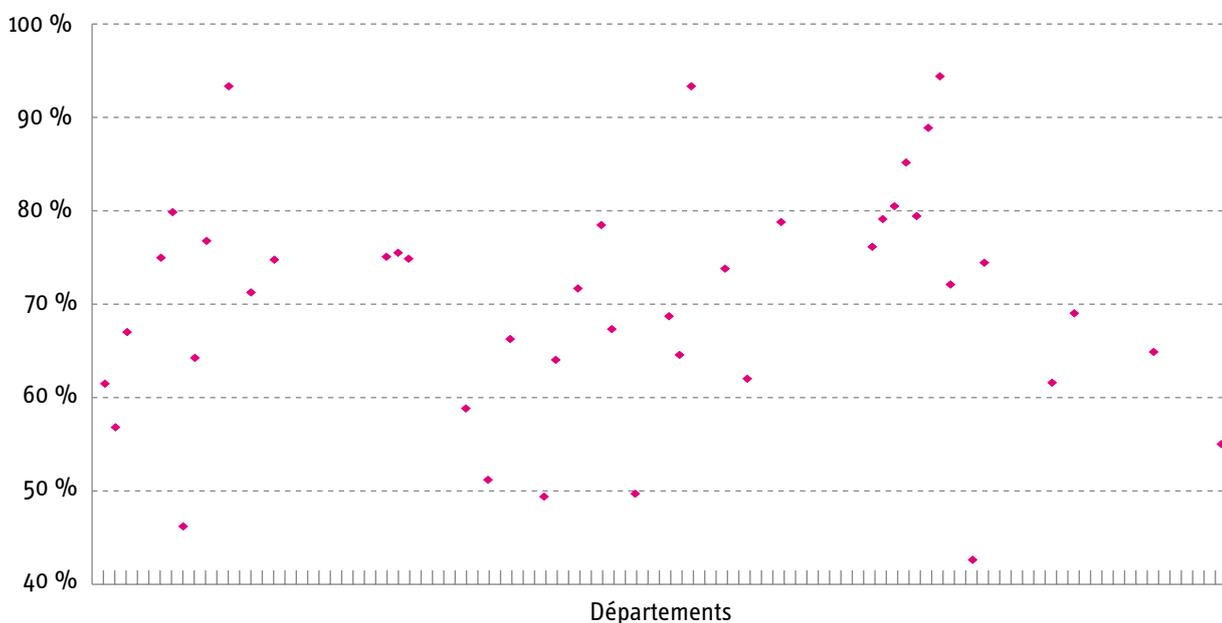
Le **nombre de demandes** présentées à la MDPH varie très fortement : le ratio pour mille habitants varie de deux à neuf d'un département à l'autre.

### Nombre de demandes de PCH pour 100 000 habitants en 2009 (source déclarative, échantillon : 64 MDPH)



Les variations des **taux d'accord** sont également très grandes (de 41 à 95 %), sans que l'on sache dire à ce stade si cela vient de la nature des demandes présentées, des pratiques dans les procédures d'évaluation ou de la jurisprudence que la CDAPH se serait elle-même fixée.

### Taux d'accord PCH en 2009 (source déclarative, échantillon : 43 MDPH)



Il faut cependant se garder de tirer des conclusions trop rapides de ces chiffres transmis par les MDPH en réponse aux questionnaires de la CNSA, sur lesquels un travail indispensable est encore nécessaire pour fiabiliser et homogénéiser les données saisies par les cent départements.

On peut toutefois s'étonner de ces écarts. Il s'agit certes d'une prestation très individualisée, mais l'échantillon est aujourd'hui assez grand pour que soit posée la question de ces différences et si nécessaire examiner la manière d'y remédier. En effet, une évolution est en train de se produire sur la PCH similaire à celle rencontrée depuis trente ans sur l'AAH, où les écarts sont très importants.

## 6. Le fonds départemental de compensation

Compte tenu des difficultés de gestion de ce dispositif et des craintes que l'on peut avoir sur son avenir, les rapports annuels des maisons départementales insistent sur son fonctionnement et sur les modalités de son financement actuel, souvent très difficile.

### Le fonctionnement du fonds départemental de compensation

Comme on le sait, la loi de 2005 (article L.146-5 du Code de l'action sociale et des familles) prévoit la mise en œuvre dans chaque département d'un fonds départemental de compensation (FDC), destiné à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la prestation de compensation. Les financeurs déterminent dans le cadre d'un règlement intérieur l'utilisation qu'ils souhaitent donner aux sommes versées à ce fonds ; s'il est obligatoire, son financement est structurellement aléatoire selon les possibilités de l'État et les volontés locales.

Le fonds intervient donc en complément de financement, pour les bénéficiaires de la PCH, sans condition d'âge, que la personne soit à domicile ou qu'elle réside en établissement. On pourrait d'ailleurs parler d'un « fonds complémentaire » plutôt que d'un « fonds de compensation », expression susceptible d'entraîner des confusions avec la prestation principale elle-même (la PCH). Selon les départements, le fonds peut également répondre aux demandes des personnes de moins de 20 ans bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ainsi qu'à celles des personnes bénéficiaires de l'ACTP ou de plus de 60 ans.

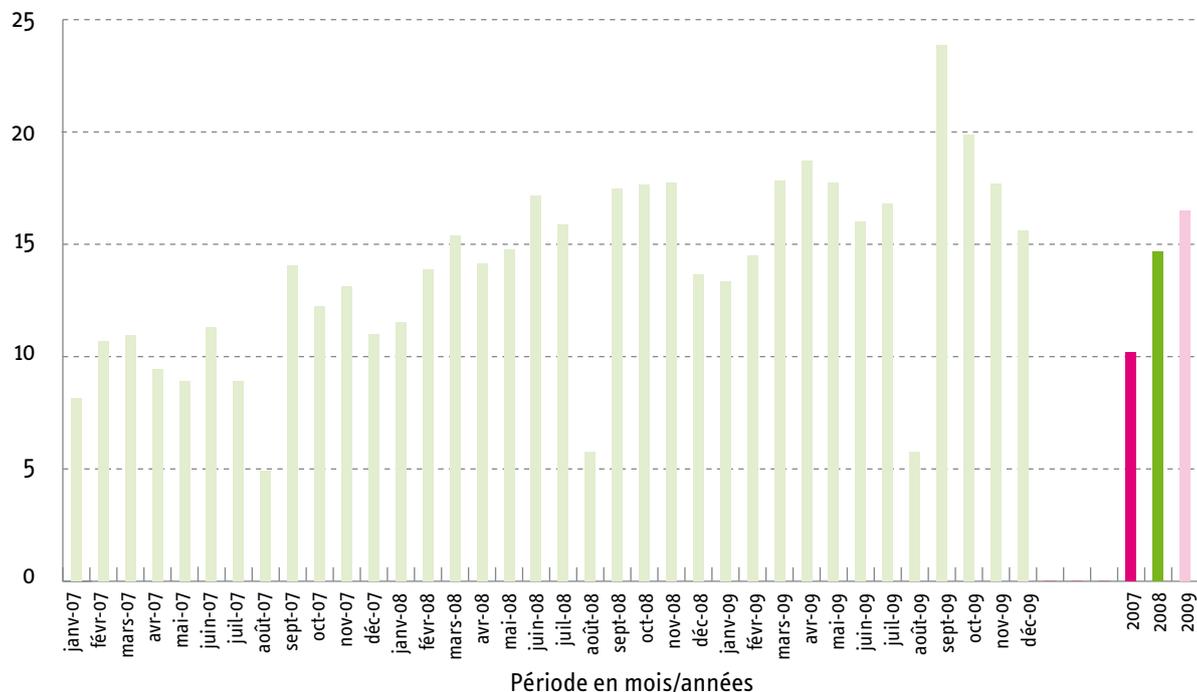
Ce dispositif permet de diminuer le reste à charge des personnes en situation de handicap, principalement sur les volets de la PCH faisant l'objet de versements ponctuels :

- les aménagements de logement ;
- les aménagements du véhicule ;
- les aides techniques : les fauteuils roulants, le matériel médicalisé, les prothèses auditives, y compris le matériel informatique ;
- les aides animalières possibles pour certains types de handicap ;
- et, de manière très exceptionnelle, les aides humaines ou les frais de transport, en raison du caractère répétitif de ces aides.

## L'évolution du nombre d'interventions du fonds

En 2009, les fonds départementaux sont intervenus en moyenne 16,5 fois par mois, contre 14,7 fois en 2008 (et 10,2 fois en 2007).

### Évolution du nombre moyen d'interventions du fonds départemental de compensation en trois ans

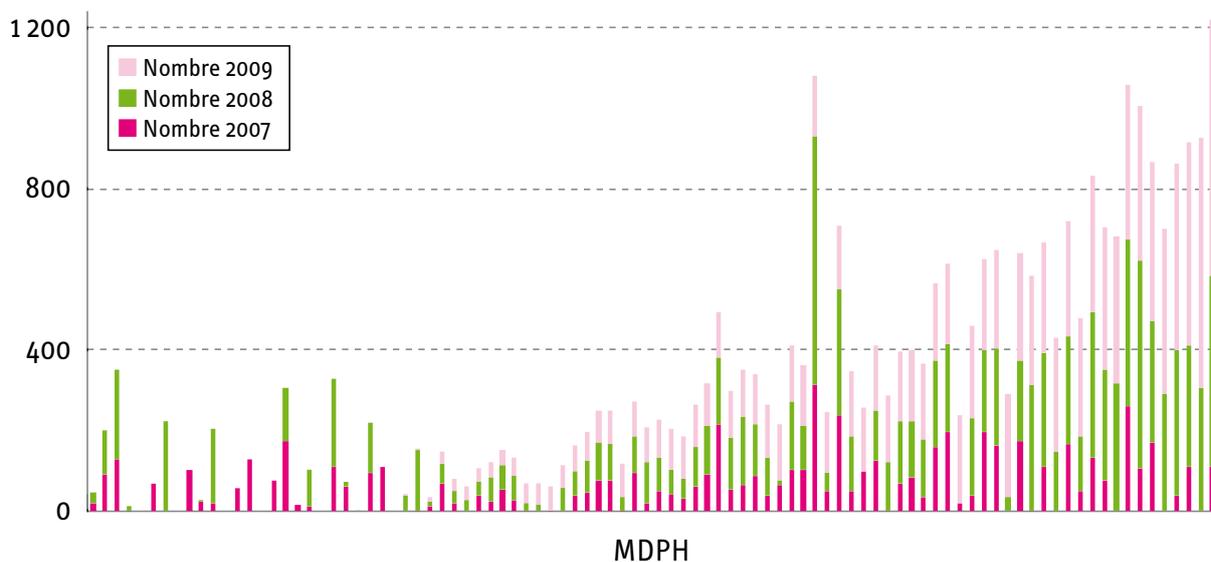


Malgré l'intervention relativement faible de ces financements complémentaires, la tendance générale est à l'accroissement progressif des interventions. Alors que dans certains départements il n'y a eu aucune décision en 2009, plusieurs MDPH indiquent que leur fonds va devoir prochainement fermer, faute de crédits, le désengagement de l'État entraînant souvent celui des autres financeurs. D'autres ont vu baisser sensiblement leur activité par rapport à 2008. L'activité s'est au contraire accrue dans une trentaine de départements.

On observe donc des réponses très inégales aux besoins des personnes handicapées, celles-ci ne bénéficiant pas des mêmes avantages d'un département de résidence à un autre.

Le graphique suivant illustre cette analyse :

### Évolution du nombre d'intervention du fonds départemental de compensation par MDPH (échantillon : 94 MDPH)



Source: échanges annuels compensation 2009

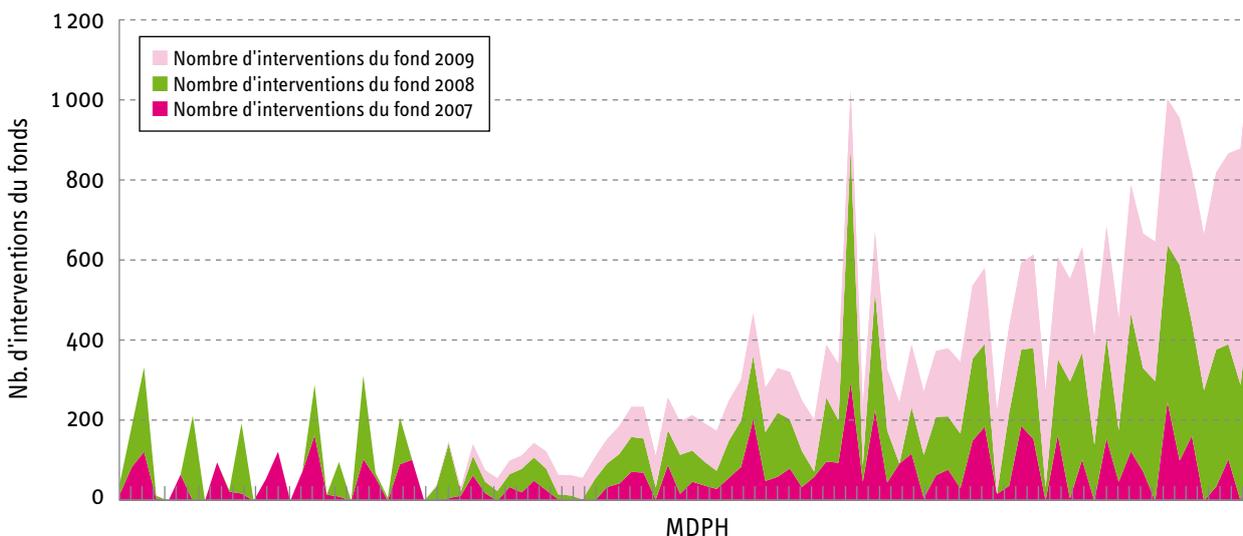
Observations :

Classées par ordre croissant du nombre d'interventions du fonds en 2009, non rapporté à la population.

Le graphique ci-dessous montre globalement ces résultats **au niveau national**, sans toutefois qu'ils soient rapportés à la taille de la population.

On remarque que pour l'année 2009, 27 départements présentent une absence d'intervention du fonds. Cela peut s'expliquer par l'épuisement des crédits ou par le simple fait que le département n'a pas transmis les données à la CNSA.

### Évolution du nombre d'interventions du fonds départemental de compensation en trois ans (échantillon : 94 MDPH)



Observations :

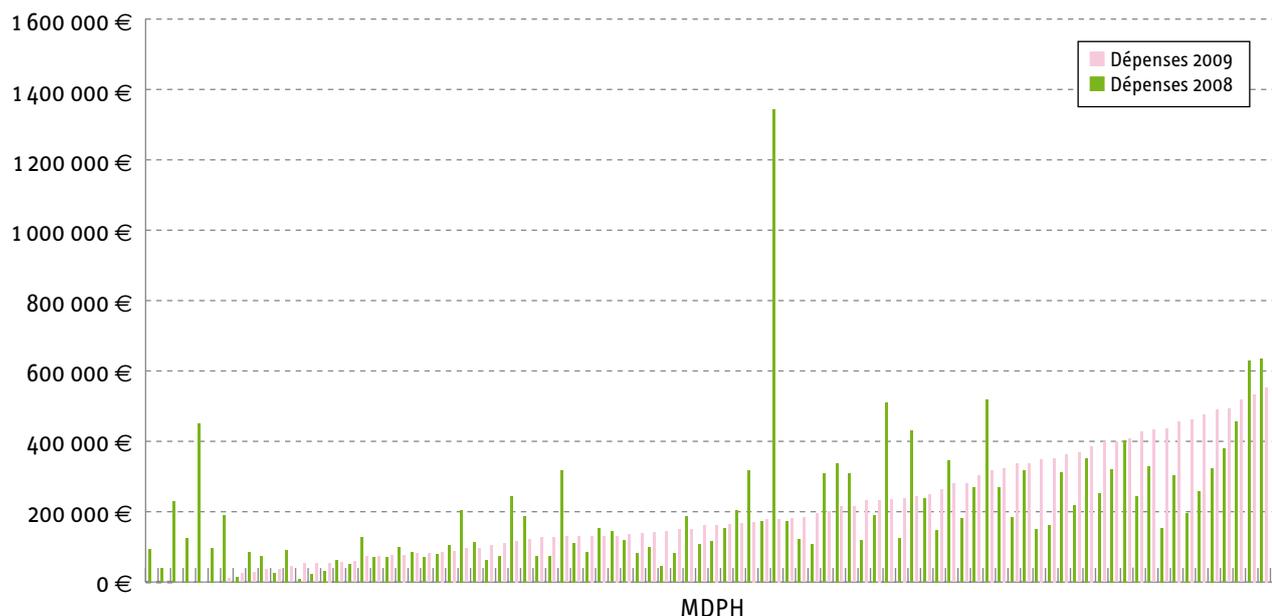
Classées par ordre croissant du nombre d'interventions du fonds en 2009, non rapporté à la population.

## L'augmentation des dépenses

La poursuite de la montée en charge du nombre d'interventions du fonds départemental dans certains départements induit l'augmentation des dépenses, constatée sur le graphique suivant. Cette situation peut être suivie individuellement (voir sur le graphique ci-dessous les données issues des comptes administratifs des MDPH).

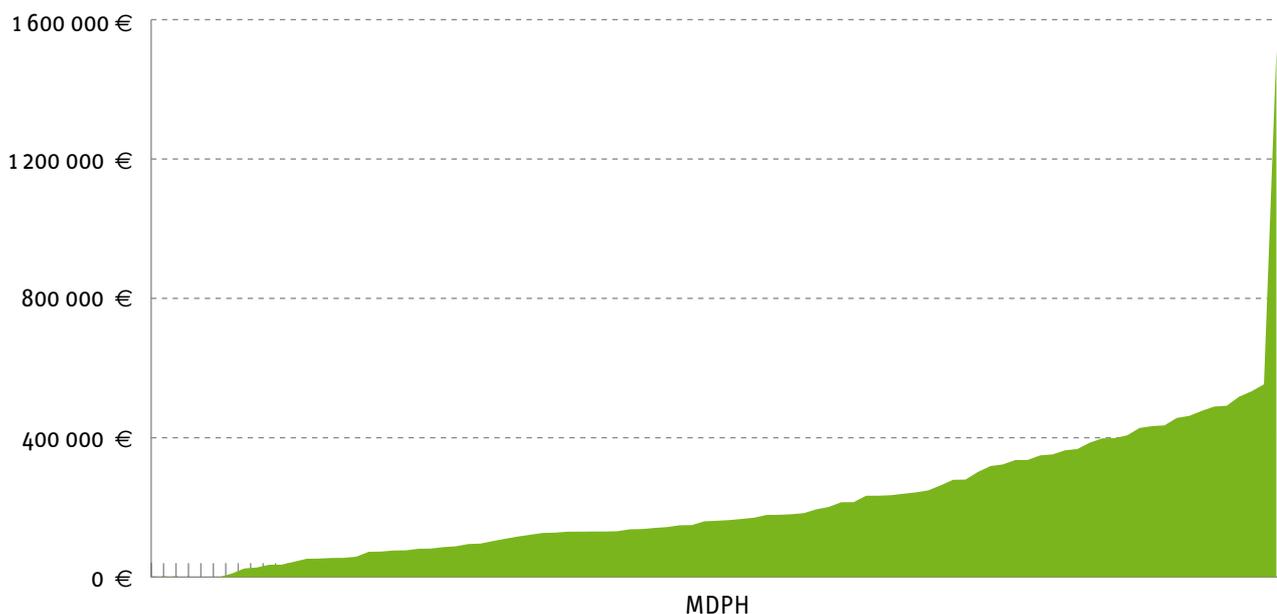
Six départements, ayant épuisé leur fonds dès 2008, ne font logiquement apparaître aucune dépense pour 2009. Ceux qui étaient excédentaires ont dépensé beaucoup plus largement en 2009 qu'en 2008. Dans d'autres cas, les dépenses de l'année 2009 égalent celles de l'année 2008.

### Évolution des dépenses entre 2008 et 2009 (échantillon : 91 MDPH)



Observations :  
Évolution par ordre croissant des dépenses 2009, non rapportées à la population.

### Dépenses du fonds départemental de compensation en 2009 (échantillon : 91 MDPH)



Observations :  
Dépenses 2009 par ordre croissant, non rapportées à la population.

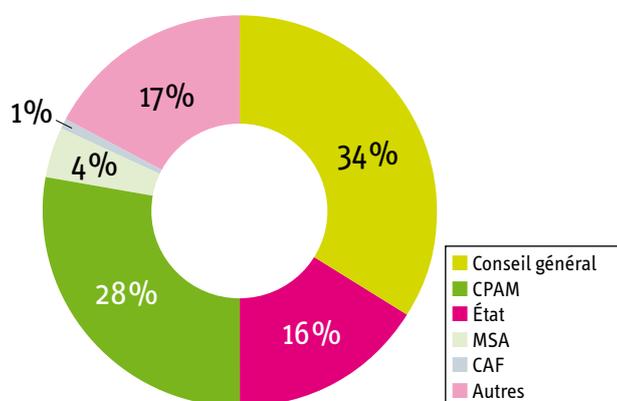
Cette situation hétérogène ne permet pas aujourd'hui de dire, à l'échelle nationale, les besoins de financement de ces fonds. Elle révèle cependant des réponses très inégales aux besoins des personnes handicapées selon leur lieu de résidence. Ce qui pose bien sûr question au regard de l'esprit de la loi de février 2005, même si ces différences ne sont pas illégales à proprement parler et si, dans ce cas du FDC, le principe d'égalité de traitement ne peut malheureusement pas être appliqué en raison du financement aléatoire du dispositif.

### Les origines des financements

Le fonds départemental de compensation est principalement financé en 2009 par la sécurité sociale et le conseil général, l'État ayant suspendu totalement sa contribution.

Outre les crédits versés par les conseils généraux, on peut noter parmi les contributeurs les organismes suivants : la CAF, la CPAM, la MSA, les CCAS, les caisses de retraite, les mutuelles complémentaires en santé, l'ANAH, selon ce qu'illustre le graphique ci-dessous.

**Part des recettes du fonds départemental de compensation par contributeur en 2009 hors report (100 MDPH)**



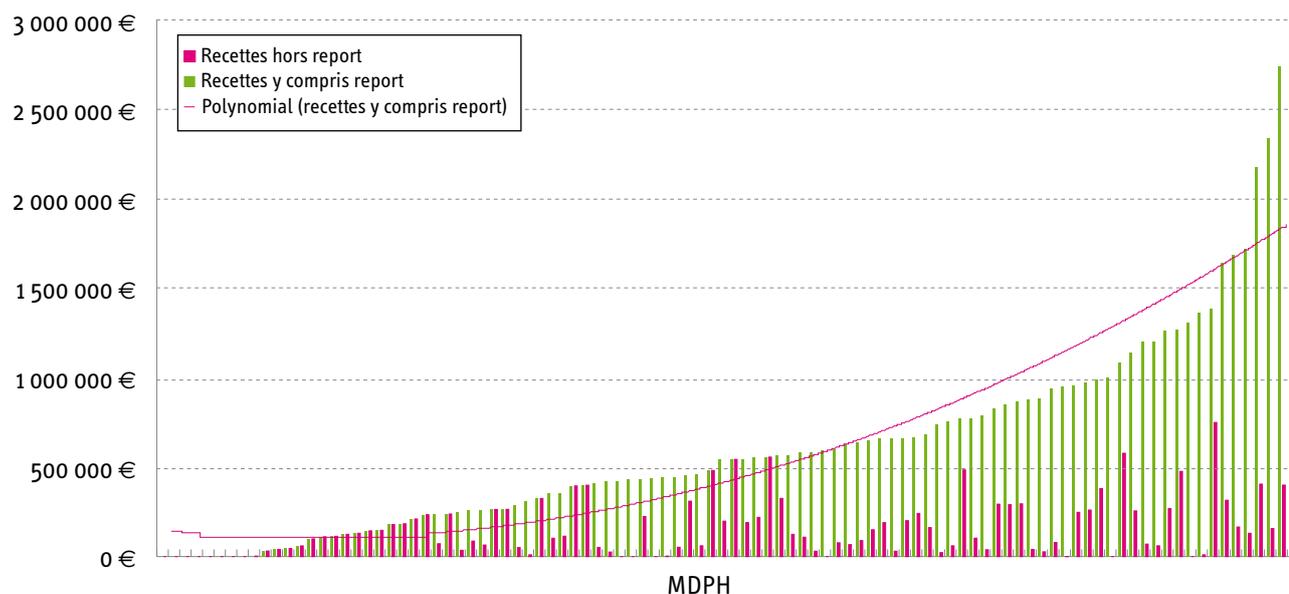
Source: maquette budgétaire 2009

Malgré une absence de versement en 2009, les crédits de l'État restent présents, pour environ 16 % de l'ensemble des recettes. Il s'agit évidemment d'un solde des versements antérieurs.

Rapportant les recettes hors report et avec report, le graphique de la page suivante montre qu'une douzaine de MDPH se trouvent en situation d'arrêt de financement du fonds. On dénombre 15 MDPH qui n'ont pas fourni l'information complète. Certaines MDPH se trouvent en situation d'équilibre, alors que d'autres disposent encore de réserves importantes, avec semble-t-il les disponibilités nécessaires pour une voire plusieurs années.

On observe là aussi une très grande hétérogénéité.

## Part des recettes en 2009 par département (100 MDPH)



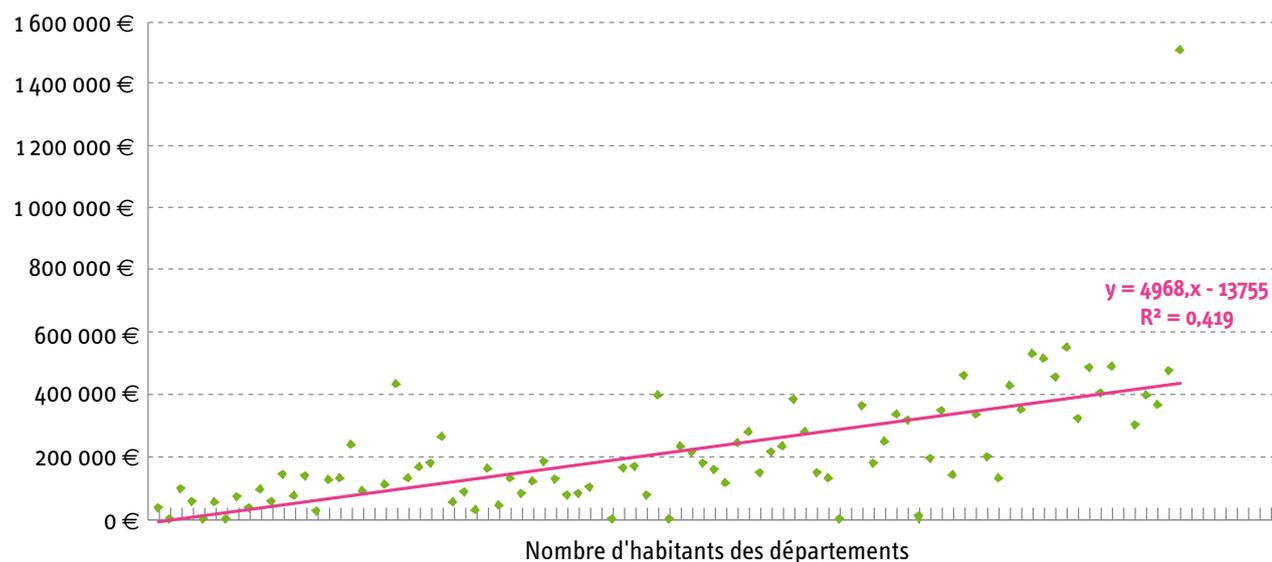
Source: maquette budgétaire 2009

La part des reports sur les recettes de l'année 2009 a par ailleurs été de 74 %.

## La situation financière des fonds départementaux rapportée au nombre d'habitants

Le montant des dépenses du fonds départemental est assez lié à la taille du département. Cependant, on remarque que quelques petits départements ont des dépenses très supérieures à celles des départements de même taille de population.

## Dépenses du fonds départemental de compensation en 2009 rapportées à la population (échantillon : 93 MDPH)

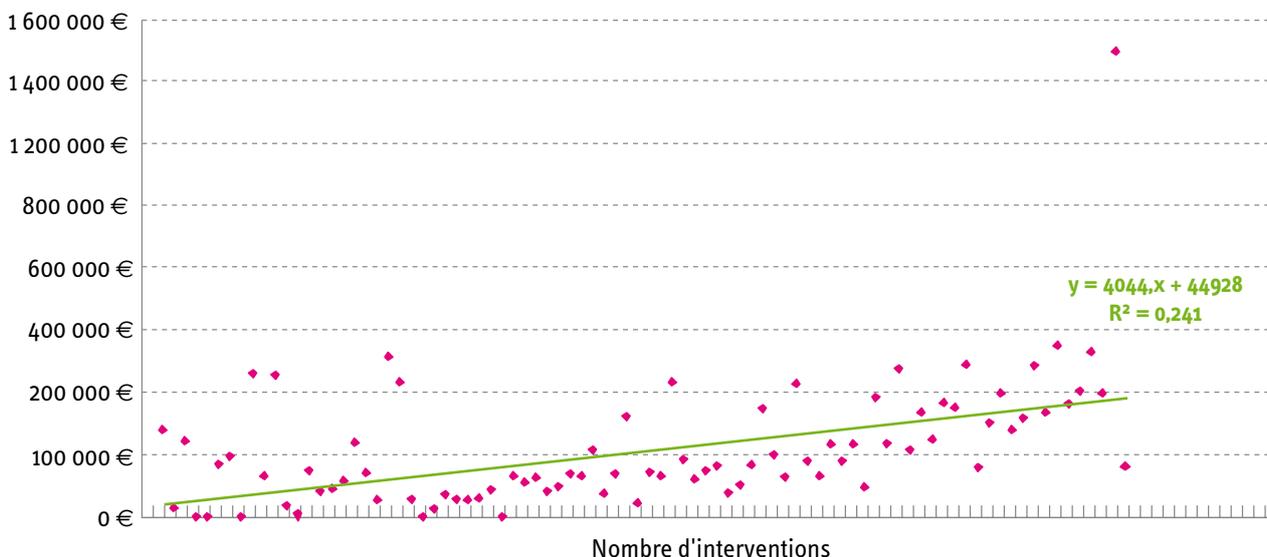


Source: maquette budgétaire 2009

## La situation financière des départements rapportée au nombre d'interventions du fonds

Le nombre d'interventions du fonds départemental de compensation n'est pas forcément lié à la situation financière d'un département. On constate sur le graphique ci-dessous que plusieurs départements effectuent peu d'interventions, mais que celles-ci sont souvent très coûteuses. Un seul département effectue des interventions très nombreuses pour un montant total très élevé.

**Dépenses du fonds départemental de compensation en 2009 rapportées au nombre d'interventions du fonds (échantillon : 88 MDPH)**



La contribution du conseil général est également très variée en fonction du niveau des reports enregistrés. Les pratiques d'attribution d'aides sont également diversifiées.

Bien que les éléments transmis par les MDPH ne permettent pas d'affiner l'étude sur la nature des aides apportées au cas par cas, force est de reconnaître que les fonds départementaux de compensation présentent des situations extrêmement hétérogènes, tant pour leurs recettes que pour leurs dépenses.

Cette analyse, bien que partielle, ne peut qu'engager les pouvoirs publics à répondre à la question du maintien ou non de ce dispositif prévu par la loi. La situation ayant probablement évolué depuis plus d'un an dans le sens d'écarts encore plus grands entre départements, une clarification juridique et financière apparaît aujourd'hui indispensable.

La CNSA était chargée d'effectuer un bilan des situations départementales en vue d'éclairer les pouvoirs publics sur les décisions éventuelles de reprise des financements de ce dispositif complémentaire.

# Au service des personnes handicapées

## 1. L'accueil et l'information

Les rapports annuels des maisons départementales évoquent tous la mission « accueil – information », en insistant sur l'importance qu'a pour toutes les personnes handicapées et leurs familles ce premier contact avec la MDPH, dont la qualité va conditionner la suite de leur parcours. L'accueil, avec ses locaux et ses personnels, est non seulement la vitrine de la MDPH mais le premier service rendu à la personne en situation de handicap. Lieu d'accès aux différentes prestations et orientations, la MDPH est d'abord celui de la première écoute.

Les attentes exprimées par le public sont toujours aussi fortes que lors de la création des MDPH. Le rapport du Sénat de juillet 2009 sur le fonctionnement des MDPH soulignait l'importance de faire de l'accueil une priorité et de faciliter les démarches des personnes handicapées.

Cette invitation semble avoir été entendue par les équipes des maisons départementales : dans ce domaine toujours considéré comme premier, les MDPH ont le souci de mieux organiser les modalités d'accueil pour rendre un meilleur service aux personnes qui les sollicitent, spécialement celles qui, souvent inquiètes de leur situation, y viennent pour la première fois.

Les rapports d'activité font état de statistiques très précises sur le nombre de **sollicitations de la structure d'accueil**, ce qui permet aux personnels d'analyser leurs pratiques et de réfléchir à l'évolution de l'organisation, afin de mieux répondre aux attentes exprimées. Une forte pression de la demande des personnes handicapées et de leurs familles est toujours notée sur ces services.

Les personnes handicapées expriment principalement des demandes d'information générale sur leurs droits, souhaitent la remise de formulaires et une aide à la constitution de leur dossier ; les interrogations sur l'avancement du traitement de leurs demandes sont également très nombreuses. **Pour les adultes**, les questions portent majoritairement sur l'insertion professionnelle, les ressources et les différentes cartes. **Concernant les enfants**, les familles posent majoritairement des questions sur les prestations (l'AAEH et la PCH) et recherchent des conseils sur l'orientation vers les établissements et services, ce qui les conduit souvent à privilégier un contact physique avec la MDPH, plutôt que de se contenter d'un appel téléphonique.

Les demandes concernent aussi plus largement l'ensemble des droits des personnes handicapées, relevant d'autres politiques publiques, et doivent donc être réorientées vers d'autres services publics. En cela la MDPH a une mission plus large reconnue par la loi « de sensibilisation de tous les citoyens au handicap »<sup>6</sup>.

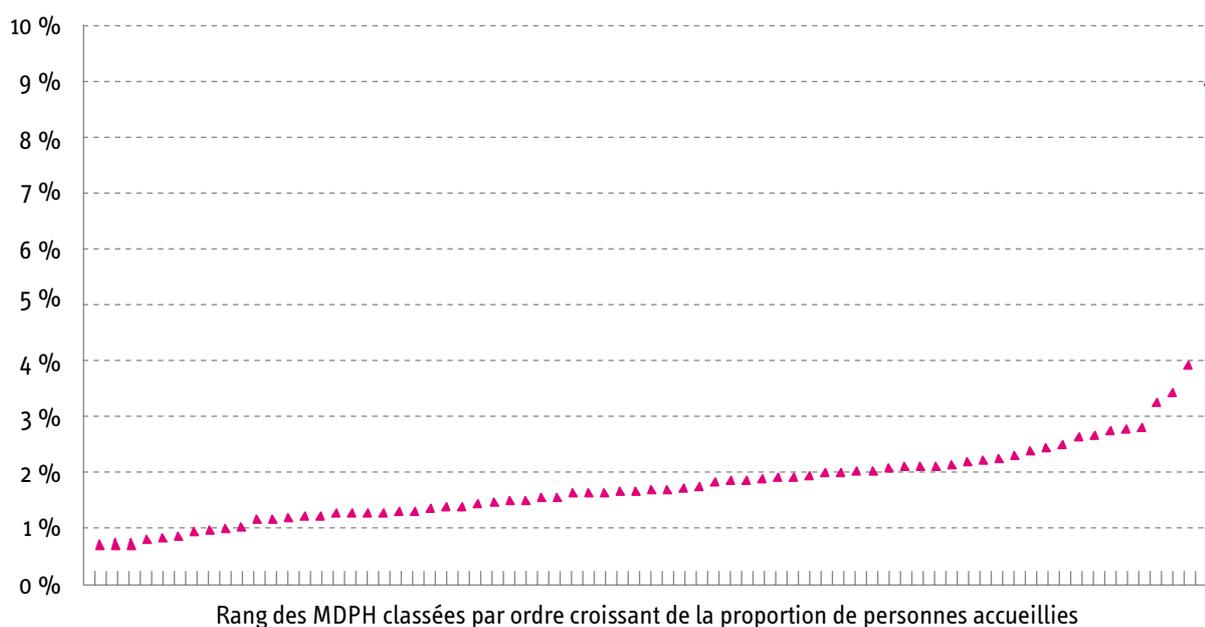
La **fréquentation des lieux d'accueil** dépend évidemment des évolutions dans le fonctionnement de la MDPH : l'envoi systématique d'accusés de réception des dossiers entraîne par exemple une baisse des démarches effectuées simplement pour vérifier leur bonne réception. Toute période de retard dans le traitement des dossiers conduit ainsi à une augmentation des demandes de contact. Les efforts importants de réduction des retards faits pour résorber les stocks de dossiers existant encore en 2009 sont donc des préalables à un fonctionnement stabilisé de l'accueil. Ce service reste néanmoins très sensible à toute aggravation des retards de traitement.

Ici encore, la mise en place du nouveau système d'information a fréquemment représenté une période délicate au cours de l'année, provoquant des retards de traitement souvent importants. Mais une fois mis en place, le nouveau logiciel semble permettre de renseigner facilement les personnes sur l'avancement du traitement de leurs dossiers.

Si le graphique de la page suivante indique de petits chiffres car rapportés à la population totale, on notera que, pour un département de taille moyenne, ce sont plus de 10 000 personnes qui sont reçues annuellement par la maison départementale, les écarts entre départements allant toutefois de un à six (avec en supplément quelques cas isolés).

<sup>6</sup> Article L146-3 du Code de l'action sociale et des familles, modifié par l'article 64 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

## Proportion de personnes du département accueillies physiquement dans les MDPH (éventuellement dans leurs relais lorsque l'accueil est territorialisé) (échantillon : 71 MDPH)



### Observations :

En moyenne sur l'échantillon, les MDPH accueillent 1,6 % de la population.

70 % des MDPH accueillent entre 0,5 et 2 % de la population de leur département.

25 % des MDPH accueillent entre 2 et 3 % de la population de leur département.

Les MDPH qui accueillent plus de 3 % de la population de leur département semblent des cas isolés.

### 1.1 Le développement du management de la fonction « accueil »

Le caractère essentiel de cette fonction a souvent donné lieu à la désignation d'un responsable, un cadre de direction chargé d'assurer le management de l'équipe. Avec le souci d'une meilleure définition des processus, des fiches de postes ont été élaborées ; la manière de répondre aux sollicitations des personnes handicapées a donné lieu soit à un audit externe, soit à des travaux internes qui se sont parfois concrétisés dans une « charte d'accueil ». Celle-ci doit tenir compte d'une meilleure articulation avec les autres services de la MDPH, que sont équipes pluridisciplinaires d'évaluation et les personnels d'instruction.

De nombreuses actions de formation ont été organisées : techniques d'accueil, sensibilisation aux divers types de handicap, différentes réponses possibles.

Mais de nombreux rapports continuent à souligner la difficulté de disposer d'équipes suffisantes et stables, considérant qu'il faut au minimum trois mois de formation sur son poste pour une personne nouvellement recrutée. La nécessité d'une fonction de supervision est également évoquée pour apporter une aide à des personnels confrontés à des entretiens parfois très difficiles, voire à des problèmes d'agressivité.

### 1.2 La diversification des lieux et des moyens de contact

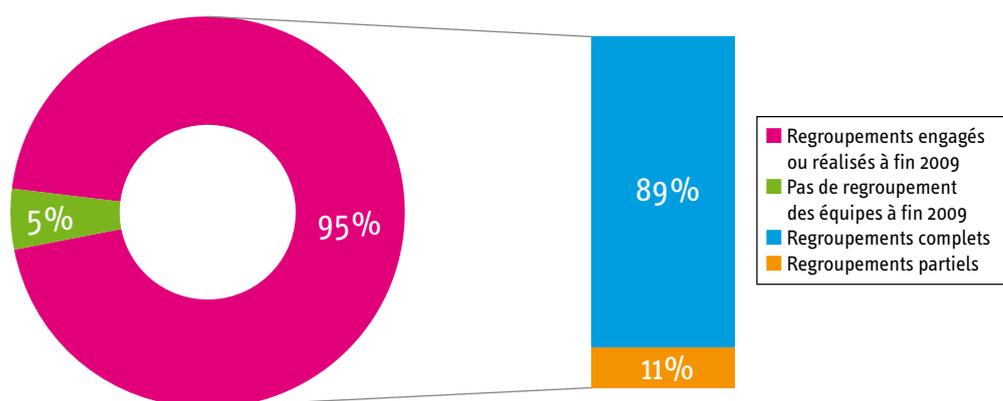
Elle s'est poursuivie en 2009, dans le souci d'offrir au public une meilleure réponse alliant rapidité et qualité.

## Accueil centralisé et accueil sur différents lieux du territoire départemental

Dans la plupart des départements, le regroupement des différentes équipes est achevé (cf. graphique suivant). Dans un très grand nombre de nouveaux locaux ou pu être créés des espaces d'accueil mieux structurés, plus adaptés et correspondant aux attentes des différents publics. L'organisation retenue doit assurer la confidentialité nécessaire : séparation de la banque d'accueil et des bureaux destinés à des entretiens personnels plus approfondis, aménagement d'espaces d'attente pour les visiteurs, espaces d'information et de diffusion de la documentation, organisation d'un pôle d'appel téléphonique séparé afin que les agents d'accueil soient plus disponibles pour les visiteurs. Certaines MDPH évoquent aussi la nécessaire mise en place de dispositifs de sécurité pour faire face aux risques d'agressivité physique ; elles notent aussi l'importance d'un lieu d'accueil qui ne soit pas isolé des autres services.

Une très forte activité, encore en croissance, est constatée tant dans ces lieux d'accueil qu'au siège de la MDPH ; de nombreux rapports soulignent les demandes d'un renforcement des personnels nécessaire pour y faire face.

### Regroupement des équipes – État des lieux à la fin de l'année 2009 (échantillon : 100 MDPH)



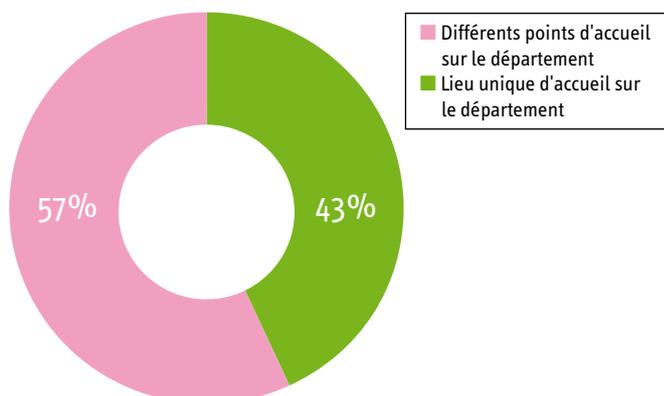
#### Observations :

En 2008, 86 % des MDPH avaient regroupé partiellement ou totalement leurs équipes.

En 2009, 95 % d'entre elles ont engagé ou réalisé un regroupement. Il reste peu de MDPH avec des équipes totalement éclatées (5 %).

Les regroupements opérés sont complets dans leur quasi-totalité.

### Organisation de l'accueil sur le territoire – État des lieux en 2009 (échantillon : 87 MDPH)



#### Observations :

Quand l'accueil est territorialisé, les unités territoriales d'action sociale du Conseil général participent à cet accueil dans 54 % des départements (échantillon : 50 MDPH).

L'accueil organisé avec les CCAS, les CLIC et les CAF est moins fréquent. Toutefois ces organismes participent à l'accueil respectivement dans 30 %, 20 % et 14 % des départements (échantillon : 50 MDPH).

Lorsque l'accueil est territorialisé, le nombre de points d'accueil varie très fortement d'un département à l'autre : 65 % des MDPH ont entre 2 et 9 points d'accueil ; 30 % ont au moins 10 relais disséminés sur le département (échantillon : 43 MDPH).

Parallèlement à ces regroupements de services en un lieu unique, la majorité des MDPH développent des **points d'accueil de proximité**, notamment grâce aux unités territoriales d'action sociale du département, déjà bien identifiées par la population comme lieux d'accueil social. Dans d'autres départements, les relais locaux sont des organismes conventionnés qui peuvent recevoir, pour un premier contact plus proche, des personnes handicapées ou leurs familles. Parmi ces différents points d'accueil, on trouve de plus en plus de centres communaux d'action sociale (CCAS) alors qu'ils étaient peu mentionnés précédemment, de guichets de caisse d'allocations familiales, d'associations, et quelquefois de

centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) qui élargissent ainsi leur activité à toute personne en situation de perte d'autonomie quel que soit son âge. Certaines MDPH créent également leurs propres antennes locales, notamment dans les départements où coexistent plusieurs villes importantes.

Dans ces lieux de contact de proximité, le public peut trouver les premières informations et les formulaires de demande, souvent une aide au remplissage du dossier et, lorsque ces sites sont connectés au système d'information de la MDPH, des informations sur l'avancement de leur dossier. Récente, cette évolution vers les territoires n'avait pas été initiée dès la création des MDPH.

Des réunions sont organisées entre les équipes de la MDPH et les services locaux d'action sociale pour échanger des connaissances techniques sur la réglementation et développer des pratiques coordonnées d'accueil. La formation des partenaires est essentielle dans une telle organisation.

Cette déconcentration peut devenir complexe quand les points d'accueil sont très nombreux ; leur coordination, notamment dans les grands départements, apparaît alors indispensable.

Même dans des départements dont l'organisation est moins décentralisée, des contacts se développent entre les services de la MDPH et tous les acteurs sociaux de proximité pour développer la connaissance des droits des personnes et favoriser l'efficacité des réponses aux demandes de renseignement, voire d'orientation.

### Une diversification des modalités d'accueil

Pour faire face à la croissance des demandes et rendre leur traitement plus fluide, des MDPH ont cherché à diversifier les modalités d'accueil : accueil physique, accueil téléphonique avec ou sans numéro vert, courrier, mais aussi courriel et site Internet. Elles ont aussi mieux adapté les horaires d'ouverture au public en fonction des habitudes locales, avec un arbitrage toujours indispensable entre les différentes fonctions à remplir, accueil et instruction des dossiers.

L'équilibre n'est pas toujours facile, particulièrement dans les périodes de tension sur le nombre de dossiers déposés et en instance et, comme déjà souligné, lors du changement de système d'information durant cette année 2009.

#### • Accueil téléphonique

Des plates-formes téléphoniques ont été mises en place, notamment dans les MDPH les plus importantes, avec une analyse des appels aboutis et du temps de décroché apparaissant sur un tableau de bord annuel. Des efforts restent encore à faire pour satisfaire tous les appels entrants dans un délai de quelques minutes. Parmi les adaptations possibles : renforcer la qualité et la rapidité des réponses par le développement de la formation des écoutants, prévoir un rendez-vous téléphonique ultérieur avec le demandeur pour des réponses de niveau plus complexe, transférer, mais uniquement en cas de réponse difficile, sur les instructeurs de dossiers directement.

Des maisons départementales ayant nommé un référent par dossier indiquent son numéro de téléphone direct sur les courriers envoyés, ce qui permet aux demandeurs de ne pas passer par l'accueil central. Des permanences téléphoniques sont parfois annoncées à l'avance pour l'ergothérapeute ou le référent de l'insertion professionnelle. D'autres maisons départementales souhaitent au contraire éviter aux agents des autres équipes d'être interrompus trop souvent dans leur travail, et leur évitent donc les appels téléphoniques trop fréquents, en demandant à la plate-forme de gérer au mieux les réponses.

#### • Accueil physique

Une fois les nouveaux locaux en place, les MDPH organisent des accueils de plusieurs niveaux faisant intervenir des agents d'accueil au premier niveau, et parfois même en pré-accueil, pour répondre le plus rapidement possible aux demandes simples.

Un accueil de deuxième niveau est accessible ensuite - soit sur rendez-vous, soit par des entretiens si la situation le demande - avec des professionnels spécialisés (assistants sociaux, professionnels paramédicaux, conseillers d'accueil) qui, en l'espace d'une heure, peuvent conseiller la personne, l'aider dans l'expression de sa demande et de son projet de vie, ou dans le remplissage du formulaire officiel.

Des **permanences d'accueil en langue des signes** existent dans de nombreuses MDPH. D'autres ont choisi de recruter des professionnels formés ou de les former pour répondre aux besoins particuliers d'une catégorie de leur public.

Pour favoriser l'articulation entre les réponses apportées à l'accueil et l'instruction ultérieure des dossiers, des MDPH développent de manière systématique la polyvalence entre les personnels d'accueil et les instructeurs de dossier qui occupent les deux fonctions en alternance.

Conscientes du caractère répétitif des informations demandées à l'accueil, des maisons départementales ont décidé d'organiser des **séances collectives d'information** pour des petits groupes de personnes concernées par une même thématique : insertion professionnelle ou aides possibles pour les personnes sourdes par exemple.

Dans le souci de développer le plus largement la communication, les MDPH ont toutes édité **des dépliants, des fiches pratiques ou des guides** sur les principales prestations détaillant les réponses possibles et les contacts à prendre avec les différents intervenants pouvant aider ou orienter. Le service d'accueil remplit également un rôle de documentation sur l'ensemble des droits des personnes handicapées et sur les acteurs identifiés dans le domaine de l'accompagnement.

Les **associations** bénéficient souvent, à la faveur de l'installation de nouveaux locaux, de bureaux pour effectuer des permanences, celles-ci pouvant être alternées par type de handicap. Elles peuvent apporter des conseils aux personnes handicapées et à leurs familles sur la formulation des demandes ou le remplissage du formulaire, mais aussi des informations sur les lieux-ressources et les modalités d'accompagnement social possibles. Il arrive que ces permanences n'aient pas encore vraiment trouvé leur public, mais les échanges réguliers avec les équipes de la MDPH constituent déjà pour ces associations un élément très positif.

Grâce aux nouveaux locaux, les contacts avec le public se déroulent dans une plus grande convivialité, et il n'est pas rare aujourd'hui que certaines personnes handicapées et leurs associations représentatives **considèrent la MDPH comme leur maison**. Des départements mentionnent ainsi des rencontres organisées sur différents thèmes, ainsi que des expositions de travaux ou d'œuvres d'art réalisées par des personnes handicapées.

#### • Courriers et courriels

Pour la réception des nombreux courriers et même courriels sur une boîte centrale de la MDPH portée à la connaissance du grand public, les circuits ont été revus là encore pour accélérer le traitement des demandes simples (demande de formulaires et envoi de pièces complémentaires) et fluidifier le traitement des courriers complexes.

#### • Site Internet

Un site Internet est désormais disponible dans de nombreuses maisons départementales, adossé en général au site du conseil général. La réalisation du site a parfois été faite en coopération avec les associations, pour s'assurer de bien répondre aux attentes des usagers. Informations de nature générale sur l'accès aux droits et aux prestations des personnes handicapées, informations pratiques sur le fonctionnement de la MDPH, renseignements administratifs variés sont ainsi disponibles ; le système permet aussi d'éditer des exemplaires du formulaire de demande.

Une seule MDPH dispose à ce jour d'un système de consultation individuelle en ligne de l'avancement de son dossier. C'est le **dossier usager web** : chaque usager peut désormais accéder directement à son dossier à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe qui figurent sur les courriers qui lui sont adressés par la maison départementale ; il peut ainsi suivre l'état d'avancement de sa demande, consulter les décisions de la CDAPH le concernant et s'assurer des versements effectués par les services du conseil général, s'il s'agit d'une PCH.

Ces sites Internet, de plus en plus consultés semble-t-il, représentent également une source d'information très importante pour des publics plus larges qui recherchent de la documentation : autres services publics, étudiants, journalistes, associations de quartier, grand public ; la mission d'information sur les problématiques du handicap reconnue par la loi comme incombant à la MDPH pourra être mieux assurée.

### 1.3 Les MDPH : un espace de débat public

Les maisons départementales font également de nombreuses interventions dans des rencontres associatives, organisent des journées d'études, des colloques, des forums et autres assises, réunissant les intervenants sociaux et les associations de leur département, souvent ouverts au grand public.

Les rapports annuels font état du réel succès de ces manifestations, qui ont par ailleurs le mérite de fédérer les équipes des différents services d'un département.

## 2. Les missions de l'équipe pluridisciplinaire

Même si l'année 2009 se caractérise par une gestion des ressources humaines non stabilisée (cf. supra), les MDPH ont pu mobiliser des expertises internes et/ou externes en plus grand nombre que les années précédentes. Les équipes ont poursuivi leurs objectifs : fluidifier le traitement des demandes, améliorer leurs procédures internes et réduire les délais.

Le nombre de professionnels impliqués dans la mission d'évaluation et de préconisation des réponses de compensation, ainsi que le simple nombre de réunions tenues, attestent du caractère essentiel de cette mission, nouvelle, inscrite dans la loi de 2005. Comme l'année dernière, quasiment tous les rapports d'activité des maisons départementales quantifient ces avancées et en apprécient les progrès qualitatifs.

### L'optimisation de la mission « évaluation »

De nombreuses équipes pluridisciplinaires ont recherché une meilleure organisation pour améliorer les délais de traitement des demandes. Cela s'est traduit par exemple par une réorganisation du secrétariat de l'équipe, par le développement des formations du personnel, par la mise en place d'une cellule chargée d'examiner, en amont, les situations individuelles pour les orienter vers un travail d'évaluation plus ou moins approfondi, avec des expertises complémentaires ou supplémentaires, souvent en externe.

Une meilleure connaissance des situations, grâce à des expertises et aux informations judicieuses pour le traitement des pièces du dossier, a souvent permis de réduire les délais de traitement, ou de les maintenir à un niveau acceptable malgré la forte augmentation du nombre de demandes. Cela a permis aussi, dans certains cas, de mieux suivre les convocations individuelles à la MDPH et les rendez-vous fixés à domicile, afin d'augmenter le nombre de rencontres effectives avec les personnes.

Les évaluations sont encore conduites le plus souvent en fonction de l'âge de la personne handicapée, avec la reconstitution d'un modèle traditionnel avec un pôle enfants et un pôle adultes. Néanmoins, la pratique tend à s'orienter vers d'autres modes de fonctionnement tant pour la répartition des dossiers que pour le traitement effectif des situations. Souvent, des cellules spécialisées permanentes ont été créées pour les âges de transition, souvent délicats, entre 16 et 25 ans par exemple.

Si l'on compare avec l'année 2008, on voit apparaître une organisation en pôles d'évaluation selon la dominante du dossier, permettant à la fois un traitement global de la situation et une approche par une équipe plus spécialisée dans la problématique à prendre en compte. Ces pôles sont parfois nommés « organisation par projet de vie », avec des thématiques comme « l'insertion professionnelle » dès lors qu'une demande d'AAH ou de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est présente dans le dossier, « la compensation individuelle » pour les dossiers avec demande de PCH, « la scolarisation » pour les enfants.

### La consolidation des relations partenariales

Si l'année 2008 était marquée par la poursuite de la constitution des équipes pluridisciplinaires, notamment par la construction de partenariats, l'année 2009 marque un approfondissement des actions entreprises en lien avec des institutions extérieures. Les MDPH cherchent à optimiser le fonctionnement de la mission d'évaluation et de préconisation des solutions de compensation par l'équipe pluridisciplinaire, en essayant de compléter les compétences internes et le cas échéant de palier le désengagement des services de l'État.

Des pôles et/ou des missions ont d'ailleurs parfois été créés spécifiquement pour analyser les potentialités du partenariat, les besoins, les actions à concevoir en termes d'évaluation, de préconisations pour le plan personnalisé de compensation, de suivi et d'accompagnement. C'est ainsi que s'est développée par exemple dans certains départements une fonction « *développement des partenariats et communication externe* » visant à rechercher des professionnels externes et organiser des actions communes et complémentaires.

Parmi les spécialistes recherchés pour apporter des connaissances spécifiques, on peut citer ceux dont les capacités d'intervention concernent :

- l'emploi, l'insertion et l'orientation professionnelle ;
- les situations de handicap psychique.

Ces deux thèmes reviennent comme des *leitmotivs* dans les rapports annuels.



La question de l'accès ou du maintien dans l'emploi et le champ du handicap d'origine psychique sont considérés comme les plus complexes par les équipes pluridisciplinaires. Ils nécessitent en effet d'agir en coopération au sein d'un réseau suffisamment réactif qui soit capable de maintenir ses interventions dans la durée ; manifestement il ne l'est pas partout...

Ces partenariats interviennent, pour le compte de l'équipe pluridisciplinaire, en réalisant tout ou partie des missions de celle-ci et/ou pour apporter des expertises complémentaires. Quand les partenariats formels n'existent pas, les relations prennent une autre forme, notamment avec des équipes externes labellisées, le plus souvent avec personnels d'établissements et services comme les centres de ressources autisme, les CAMSP, les IME, les MAS et les hospitalisations à domicile.

Les partenariats se sont ainsi renforcés avec l'émergence de nouveaux acteurs, par exemple les réseaux de santé hospitaliers. À l'inverse, certaines MDPH évoquent la difficulté, la faiblesse ou l'absence de coopération avec le secteur sanitaire et spécialement avec les secteurs de psychiatrie.

La difficulté d'appréhender les situations de handicap d'origine psychique est souvent pointée par les MDPH. Sur ce thème, on notera que la CNSA avait organisé en mars 2009 un colloque sur le handicap psychique qui fut ensuite déployé en région. A la suite de cela, il y a là un travail à poursuivre par les nouvelles ARS.

Surtout, les relations partenariales constituent unanimement un élément facilitateur dans la mise en œuvre des missions de l'équipe pluridisciplinaire (et même au-delà) : le croisement de regards et l'apport d'informations complémentaires constituent une richesse pour analyser les situations. Surtout, l'évaluation et les propositions de réponses sont simplifiées lorsque les informations sur les situations individuelles sont fournies aux équipes des MDPH en amont. Cette transmission d'informations est également pertinente pour éviter les redondances de procédures d'évaluation déjà réalisées par des services ou des établissements connaissant bien mieux la situation de la personne que la maison départementale elle-même.

La question financière du conventionnement avec ces services extérieurs n'est quasiment pas abordée.

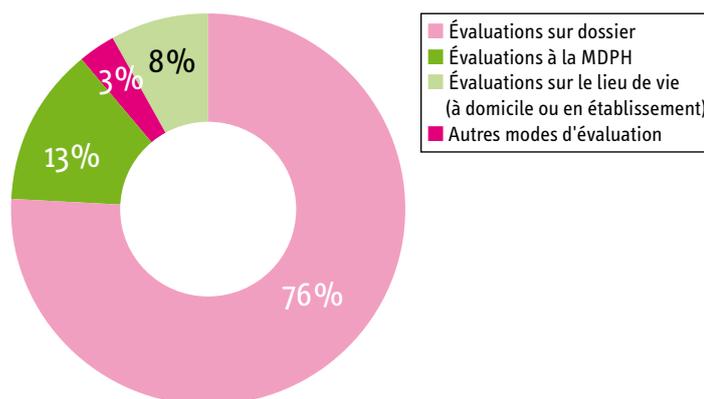
### Des méthodes et des outils

À la lecture des rapports annuels, l'évaluation semble être une « affaire de professionnels » ; la question de la place réellement accordée à la personne lors de cette phase est en effet très peu évoquée, hormis sous l'angle du nombre de rencontres effectives, à domicile ou au siège de la MDPH. Cette question est davantage traitée sous l'angle de la « convocation » qu'à travers l'idée d'un réel dialogue avec la personne handicapée et sa famille. Ces observations devront être précisées dans les futurs rapports.

La reconnaissance de la place du projet de vie pose question. Comme les autres années, très peu de départements donnent des informations sur le thème de l'aide à la formulation et **l'expression du projet de vie** par les personnes. Si l'identification réelle de cette mission n'est pas chose facile, il serait intéressant, au moins, d'évaluer le nombre de situations où la personne a formellement exprimé son projet de vie. Thème sans doute difficile mais prévu par la loi, le concept de projet de vie mérite d'être approfondi.

Aussi les situations sont-elles évaluées sur la base des éléments contenus dans le dossier dans les trois quarts des cas. Quand la rencontre avec les usagers existe lors de l'évaluation, une attention accrue est portée aux modalités des entretiens individuels. Qu'ils se déroulent en face à face, sur les lieux de vie ou à la MDPH, ou simplement au téléphone, ces entretiens sont souvent cités dans les bilans d'activité.

## Répartition des modes d'évaluation en 2009 (échantillon : 48 MDPH)



### Observations :

Les données sont stables par rapport à 2008.

En moyenne dans l'échantillon, trois quart des évaluations sont réalisées sur dossier, 8 % sur le lieu de vie (4 % et 2006, 7 % en 2007 et 8 % en 2008) et 13 % en entretien à la MDPH (15 % en 2008).

Les rencontres entre les personnes handicapées et les professionnels semblent le plus souvent se dérouler avec un médecin et/ou un travailleur social. Le médecin a une place primordiale dans l'expertise des situations relatives à l'insertion professionnelle et/ou à l'attribution des prestations. La relation avec un travailleur social s'avère également essentielle pour recueillir des informations, pour réorienter la demande de l'utilisateur vers une prestation plus adaptée ressortant par exemple du droit commun, ainsi que pour éclairer la personne sur les propositions de l'équipe pluridisciplinaire ensuite présentées à la CDAPH.

### Les bénéfices de la pluridisciplinarité

La pluridisciplinarité est perçue de façon très positive, en particulier lorsqu'il n'y a pas de prédominance d'un corps de professionnels lors de l'élaboration des propositions, dans le plan personnalisé de compensation.

L'exercice de la pluridisciplinarité ne résulte pas de l'intervention simultanée de plusieurs professionnels, mais se traduit le plus souvent par la tenue de réunions au cours desquelles l'évaluation des situations bénéficie de regards croisés. Les MDPH expriment leur satisfaction de telles réunions pluridisciplinaires qui, au-delà de l'examen des demandes individuelles, constituent un lieu d'échange et de débat, d'information mutuelle et de réflexion sur la coordination des acteurs. Elles permettent ainsi à chaque membre de l'équipe, issu d'une culture et d'une formation professionnelle différentes, de mieux appréhender le travail de l'autre et d'améliorer ses pratiques pour aller ensemble dans le sens d'une évaluation globale.

Si toutes les situations ne bénéficient pas d'un échange interdisciplinaire, les situations qui demandent à être approfondies et font l'objet d'une évaluation globale sont :

- celles relatives aux personnes en situation de handicap d'origine psychique, mentale, cognitive et intellectuelle,
- celles qui concernent la scolarisation des enfants,
- celles qui renvoient aux questions de la formation et de l'insertion professionnelle.

Enfin, les demandes de PCH semblent aussi faire le plus souvent l'objet d'une évaluation globale, approfondie, souvent dans ce cas avec un entretien à domicile.

### Les outils d'évaluation

La question des outils d'évaluation est très peu abordée. Lorsqu'elle l'est, le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) est cité comme étant utilisé bien que souvent partiellement. Son appropriation est progressive et a d'ailleurs fait l'objet tout au long de l'année 2009 d'un bilan conduit par la CNSA, auquel des MDPH ont contribué<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Paru en janvier 2010, ce « Rapport sur l'appropriation du GEVA » est disponible sur le site Internet de la CNSA dans la rubrique « Les publications ».

Certaines MDPH disent avoir mûri leur réflexion sur les outils d'évaluation à travers les travaux conduits et les formations proposées sur « l'utilisation et l'appropriation du GEVA ». Certaines ont quelquefois créé des « outils maison » compatibles avec le GEVA ou tout au moins complémentaires ; ce sont des recueils d'informations pour l'évaluation, des fiches de renseignements complémentaires pour les demandes relevant de l'insertion professionnelle et de l'AAH, des outils d'aide à la rédaction du plan personnalisé de compensation.

### Les propositions de réponses adaptées : quid du plan personnalisé de compensation ?

L'élaboration du plan personnalisé de compensation (PPC) est peu abordée dans les rapports annuels des maisons départementales, mais les données transmises montrent que toutes les MDPH réalisent des plans au moins pour certaines demandes, le plus souvent dans le cas de demandes de PCH ou dans les situations liées à la scolarisation. En moyenne, 13 % des personnes ayant déposé une demande à la maison départementale ont eu une proposition de PPC ; mais dans quelques MDPH, plus de la moitié des personnes ont pu prendre connaissance des propositions de l'équipe pluridisciplinaire grâce à la transmission formelle d'un plan personnalisé de compensation.

Avec l'année 2009 apparaît une sorte de « commencement de preuve » dans la pratique de cet instrument légal pour d'autres demandes que celles concernant la scolarisation ou la PCH.

Il serait souhaitable que certaines situations difficiles ressortant par exemple d'une « simple » demande d'AAH donnent lieu à l'élaboration formelle d'un PPC.

### Une réflexion accrue sur l'analyse initiale des données d'évaluation

L'analyse initiale des données d'évaluation vise à faire très précocement, à partir du dossier déposé, un premier état des lieux des éléments de connaissance de la situation des personnes. Il permet d'orienter rapidement les demandes, soit vers un traitement immédiat sur dossier avec une présentation rapide en CDAPH, soit vers des investigations complémentaires, par exemple une demande de comptes rendus médicaux à la personne ou une demande de bilans à un partenaire. Il peut également s'agir de solliciter certains professionnels de l'équipe pluridisciplinaire pour conduire une évaluation plus approfondie, notamment avec une visite à domicile ou un entretien à la MDPH.

La grande majorité des maisons départementales ont ainsi construit un mode d'organisation pour répartir les différents types d'évaluation. Si la volonté de trouver des solutions pour traiter plus rapidement les demandes existe partout, cette réflexion a débouché plus largement sur une réelle optimisation des ressources, en permettant un traitement simplifié des situations simples de manière à pouvoir concentrer les moyens sur celles les plus complexes. Sans pour autant alléger de façon excessive les procédures d'évaluation, il est indispensable aux MDPH de faire moins pour certains dossiers afin de faire plus et mieux pour d'autres. Ceux-ci ne sont pas seulement ceux présentant des demandes de PCH, comme cela était le cas les premières années ; une « simple » demande d'AAH pourra, en effet, demander davantage de temps et d'expertise qu'un dossier qui, apparaissant plus lourd en propositions d'aide, sera en réalité plus simple à gérer.

La mise en place initiale des MDPH à partir des trois dispositifs antérieurs – CDES, COTOREP, service pour la vie autonome – auxquels venait s'ajouter la nouvelle PCH avait abouti à une organisation multipolaire. La réflexion actuelle conduit à un « tri des demandes » désormais réalisé par deux ou trois professionnels de manière pluridisciplinaire, et non plus par le seul médecin, garantissant ainsi une certaine transversalité de l'étude. Pour autant sont encore souvent maintenus un pôle enfants et un pôle adultes distincts.

Ce type d'organisation associe les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire en fonction des configurations variables des dossiers, voire au long du parcours d'un même dossier. Il permet aussi d'identifier des points de discontinuité dans ces parcours, ce qui a conduit plusieurs MDPH à mettre en place un pôle spécialisé dans les situations de transition, particulièrement celles des jeunes de 16 à 25 ans, comme cela a déjà été indiqué.

De telles organisations sont considérées de façon positive car permettant :

- une meilleure prise en compte de la spécificité de chaque demande,
- une prise en compte globale des besoins de la personne,
- une continuité dans le traitement des dossiers,
- un élargissement des compétences pour les évaluateurs,
- une plus grande lisibilité pour les partenaires extérieurs.

## La MDPH identifiée comme « tête de réseau » pour les questions liées au handicap

Un effort de sensibilisation est mis en évidence par la participation à des événements nationaux et locaux (de type colloques ou séminaires) et par la mise à disposition de formations pour les personnels sociaux et les acteurs locaux, notamment dans les communes et les CCAS.

Les formations du personnel sont axées sur des thématiques précises tels que l'autisme, la surdité, les troubles des apprentissages, ou sur des thèmes plus larges comme l'évaluation des besoins, le GEVA, le handicap psychique. Les formations, rappels et mises à niveau sur les critères d'éligibilité à la PCH (plus spécifiquement à la PCH enfant) ont contribué à améliorer la qualité du traitement des demandes.

Avec les acteurs locaux, on remarque l'organisation de séminaires autour d'une problématique donnée, contribuant à positionner la MDPH dans le paysage institutionnel local et tendant à lui donner une place pivot, un rôle de coordonnateur entre les acteurs. Ces actions permettent aussi de mieux cibler les besoins et réponses à apporter sur une problématique (par exemple le handicap psychique ou l'emploi) et de mieux répondre aux attentes des partenaires.

## Progrès et limites

Parmi les progrès des missions de l'équipe pluridisciplinaire, les thèmes le plus souvent abordés par les MDPH concernent :

- l'information et l'expression des droits des personnes,
- la poursuite du développement des pôles « 16-25 ans »,
- l'amélioration des délais de traitement des demandes,
- la recherche d'une meilleure articulation avec les établissements et services médico-sociaux avec un suivi des places disponibles,
- la mise en place de nouvelles fonctions, comme le « référent qualité de service », ou le « référent projet de vie ».

Certaines MDPH, conscientes de l'enjeu et de l'intérêt de conduire des évaluations globales multidimensionnelles, soulignent cependant les limites de l'exercice en raison des difficultés qu'elles rencontrent, tant pour mobiliser les moyens nécessaires que dans la mise en œuvre effective des plans personnalisés de compensation.

L'une des MDPH exprime cette difficulté par le témoignage suivant :

*« des besoins et attentes sont exprimés par la personne, l'évaluation de la situation est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire qui formule des préconisations en vue de compenser la situation de handicap, mais les solutions de compensation sont difficiles à mettre en place, souvent pour plusieurs raisons : difficulté pour trouver un prestataire, hospitalisation de la personne non signalée aux services du conseil général, difficulté pour accepter l'intervention d'un tiers à son propre domicile, etc... Le département saisit alors la MDPH pour procéder à une nouvelle évaluation au domicile de la personne, en vue d'autres réponses... mais la situation et les besoins restent les mêmes. Que faire alors ? »*

Ainsi les écarts entre les souhaits de la personne et l'évaluation, entre les préconisations et la décision formelle, entre la décision et sa mise en œuvre, avec la garantie d'un suivi régulier de la situation dans le temps, seront nécessairement à étudier à l'avenir.

### 3. La scolarisation

Les demandes liées à l'école représentent une part majoritaire des demandes pour les enfants adressées aux MDPH. En effet, il s'agit pour 33 % de demandes d'orientation, pour 13 % de demandes d'auxiliaire de vie scolaire, pour 6 % de demandes d'avis de transport scolaire et, dans une plus faible proportion, de demandes d'avis pour l'attribution de matériel pédagogique adapté.

À la rentrée scolaire 2009, 187 490 élèves handicapés étaient scolarisés dans des établissements de l'Éducation nationale et 74 845 au sein d'unités d'enseignement dans des établissements médico-sociaux ou sanitaires. Parmi les élèves scolarisés dans des établissements de l'Éducation nationale, 70 % le sont exclusivement en classe ordinaire, 20 % sont scolarisés (au moins partiellement) en classe d'intégration scolaire (CLIS) et 10 % sont scolarisés au moins partiellement en unité pédagogique d'intégration (UPI). Plus de la moitié de ces enfants bénéficient d'un accompagnement, par le biais d'un auxiliaire de vie individuel ou collectif.

#### Des demandes en augmentation et concentrées sur une courte période de l'année

L'augmentation importante du nombre d'enfants scolarisés (+ 20 % entre 2006 et 2009) s'accompagne d'une saisonnalité très forte des demandes, y compris pour les orientations vers des services et établissements adaptés, pour lesquels les affectations se font début juin, ces structures étant fermées durant l'été.

Les MDPH restent tributaires des périodes de dépôt des dossiers par les établissements même si, dans certains départements, des consignes sont données par l'Inspection d'académie afin que les dossiers arrivent le plus tôt possible à la maison départementale, de préférence avant la fin du mois de mars. Mais ces consignes ne sont ni systématiquement données ni toujours bien suivies ; ainsi plus de la moitié des demandes (55 %) en matière de scolarisation restent adressées aux MDPH entre mars et juillet, ce qui les contraint parfois à se doter de renforts humains durant cette période. En dépit de ces difficultés, la très grande majorité des demandes sont traitées à temps pour la rentrée de septembre.

#### Les plans personnalisés de scolarisation

Le nombre d'élèves handicapés scolarisés se répercute sur l'activité des services de la MDPH, notamment pour l'élaboration des plans personnalisés de scolarisation (PPS). Cette pratique peut être considérée comme ambitieuse, et parfois comme hors d'atteinte, en raison du rapport existant entre le nombre de demandes examinées et les moyens dont dispose la MDPH.

Toutefois, chaque scolarisation ne nécessite pas l'élaboration d'un PPS et un même plan peut couvrir plusieurs années scolaires, sans forcément devoir être réexaminé par la CDAPH. Dans certains départements, seule la première orientation est notifiée, restant ainsi valable pour toute une partie du cycle scolaire de l'enfant.

#### Les demandes d'auxiliaire de vie scolaire

Les demandes individuelles d'auxiliaires de vie scolaire (AVS) continuent d'augmenter ; le nombre d'enfants accompagnés par un AVS individuel (AVSI) a ainsi presque doublé sur trois ans (+ 83 %). Outre la conséquence évidente sur l'activité des MDPH, l'attitude à tenir face à cette évolution des demandes n'est pas facile ; les réponses apportées sont souvent parmi celles qui provoquent les plus longs débats, tant au sein de l'équipe pluridisciplinaire que lors de la séance de la CDAPH.

Plusieurs rapports d'activité évoquent des difficultés dans la concrétisation de la mise en place des AVS, qui ne se fait pas toujours selon le nombre d'heures notifié par la maison départementale, ou qui entraîne parfois un délai d'attente pour les familles « de quelques mois »...

Ces difficultés ont conduit certains départements à mettre en place des groupes de travail MDPH – Éducation nationale, afin d'arrêter des principes communs, par exemple sous la forme d'un protocole d'attribution des auxiliaires de vie scolaire.

La question de la gestion de ces personnels est par ailleurs posée au niveau national depuis 2007, sans que des remarques sur des difficultés particulières autour de cette question soient mentionnées dans les rapports des maisons départementales.

## Des professionnels dédiés à la scolarisation dans les MDPH

Plusieurs rapports d'activité des maisons départementales mettent en avant les professionnels dédiés à la scolarisation, qu'il s'agisse d'enseignants référents ou, phénomène plus nouveau, de « correspondants scolarisation ».

### Les enseignants référents

Le rôle clé des enseignants référents est fréquemment souligné : comme ils constituent la « pierre angulaire », ils sont souvent le premier interlocuteur de la famille pour les demandes de compensation, qu'elles concernent une orientation scolaire et/ou une orientation vers un établissement ou service médico-social, mais aussi pour les demandes d'AVS et de matériel pédagogique adapté. L'enseignant référent met en synergie l'ensemble des acteurs qui accompagnent l'enfant et sa famille. Il fait également le lien entre les équipes de scolarisation et les équipes pluridisciplinaires qui étudient les décisions d'orientation. Les enseignants référents sont sous la responsabilité d'un inspecteur de l'Éducation nationale, spécifiquement en charge de la scolarisation des enfants en situation de handicap.

Les MDPH développent très souvent des temps d'échange entre les enseignants référents et l'équipe pluridisciplinaire ; ce travail de réflexion, de partage des principes et des outils, au service d'un meilleur accompagnement des familles dans leur démarche de scolarisation des enfants handicapés, peut également associer des représentants de l'Inspection d'académie, de la DDASS, de la DDTEFP et du service des transports scolaires du conseil général.

### Les correspondants scolarisation

Sous des appellations souvent différentes (« correspondant scolarisation », « référent scolarité », « responsable du pôle scolarité »...), plusieurs départements ont mis en place un interlocuteur dédié, chargé des relations de la MDPH avec l'Éducation nationale pour toutes les questions relatives à la scolarisation des jeunes porteurs d'un handicap, tant auprès des instances départementales qu'au niveau local. Selon sa fiche de poste, il peut aussi avoir pour rôle de veiller à la prise en compte des spécificités de la scolarisation dans toutes les missions de la maison départementale : accueil, information, aide à la formulation du projet de vie, orientation, accompagnement, aide à la mise en œuvre des décisions de la CDAPH.

À la différence de l'enseignant référent, il a avant tout un rôle de coordination au sein de la MDPH, et entre celle-ci et ses partenaires, pour toutes les questions de scolarisation.

La CNSA a entrepris de recenser ces nouveaux professionnels, afin de leur proposer des groupes de travail spécifiques répondant à leurs principales préoccupations. Elle a d'ailleurs proposé de les réunir régulièrement, comme elle le fait pour les coordonnateurs de l'équipe pluridisciplinaire et pour les référents de l'insertion professionnelle.

## 4. L'insertion professionnelle

Les demandes liées à l'insertion professionnelle **sont majoritaires** parmi les demandes adressées aux MDPH concernant des adultes ; en effet, le cumul des demandes d'AAH (18 %), de compléments de ressources (6 %), de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (16 %) et d'orientation professionnelle (11 %) représente plus de la moitié des demandes (au total 51 %), proportion qui reste en deçà de l'impact réel sur l'activité des services compte tenu de la complexité des évaluations inhérentes à ce type de demandes.

Marquée par la crise économique, l'année 2009 a vu le nombre de bénéficiaires de l'AAH augmenter de 4 %, passant ainsi en un an de 818 000 à 851 000, tandis que le nombre de demandeurs d'emploi travailleurs handicapés en fin de mois a augmenté de 9,5 % sur la même période.

Au-delà de l'impact de ces éléments de contexte, l'activité des MDPH a été marquée par la généralisation de la prestation Appui projet et par la mise en place de la réforme de l'AAH au 1<sup>er</sup> janvier de l'année.

### La généralisation de l'action Appui projet

L'année 2009 a vu la mise en place de la prestation Appui projet, proposée par l'Agefiph : dans la très grande majorité des départements, les rapports d'activité des maisons départementales s'en font largement écho. Ce dispositif permet aux personnes handicapées d'initier des parcours vers l'emploi en s'appuyant sur une prestation d'orientation exploratoire et avec des entreprises qui les accueillent pour leur faire découvrir un ou plusieurs métiers.

L'Appui projet comprend quatre modules : accueil et information, entretiens exploratoires avec un conseiller d'orientation, mises en situation en entreprise et enfin bilan de la prestation, éventuellement assorti de préconisations. La prestation n'est pas conçue comme un élément d'évaluation complémentaire, mais comme une opportunité pour des personnes en demande d'orientation professionnelle d'affiner leur projet personnel. Au-delà de son apport à la personne elle-même, Appui projet peut permettre à la MDPH de mieux qualifier la demande, de disposer d'informations réalistes et concrètes sur le projet de la personne et sa faisabilité, voire d'initier un début de parcours professionnel. Il permet également de dynamiser la période de latence que peut constituer la phase d'instruction des demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et d'orientation professionnelle.

L'importance des développements consacrés à ce dispositif dans les rapports d'activité de l'année 2009 est symptomatique des attentes des MDPH en matière d'outils d'évaluation. Les maisons départementales sont également attentives aux conditions de mise en œuvre des prestations qui leur sont proposées. Plusieurs d'entre elles mettent en avant l'impact d'une telle prescription sur l'activité de leurs équipes, en termes d'information des bénéficiaires, de prescription et de suivi, ou font des propositions pour élargir le public cible du dispositif vers des personnes plus éloignées de l'emploi, c'est le cas notamment des demandeurs d'AAH.

### La réforme de l'AAH

La loi de finances pour 2009 a modifié les procédures de **reconnaissance de qualité de travailleur handicapé** et d'orientation professionnelle, en couplant systématiquement la demande d'AAH d'une demande de RQTH d'une part, en liant cette reconnaissance à l'orientation professionnelle d'autre part.

Les MDPH ont dû mettre en place cette réforme dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009 ; elles l'ont souvent fait de façon progressive, en appliquant par exemple dans un premier temps la réforme aux premières demandes d'AAH, avant d'intégrer les demandes de renouvellement.

Cette réforme peut amener les CDAPH à prendre des décisions qui vont au-delà de la demande exprimée. Pour que ces décisions soient bien comprises des demandeurs, certains départements ont mis en œuvre des procédures spécifiques : informations collectives, animées par la personne en charge de la réforme, réception des personnes en entretiens individuels par un membre de l'équipe pluridisciplinaire, envoi du plan personnalisé de compensation reprenant les propositions de l'équipe pluridisciplinaire en matière d'insertion professionnelle.

D'un département à l'autre, la réforme n'a pas eu la même incidence sur l'activité des équipes ; l'impact a été faible pour les MDPH dans lesquelles toutes les demandes d'AAH étaient déjà soumises aux équipes en charge de l'insertion professionnelle, il a été plus important lorsque les maisons départementales ont été amenées à revoir leurs procédures. Dans ce deuxième cas, les réponses apportées sont là encore multiples : recrutements complémentaires pour renforcer l'équipe d'évaluation ou soutenir le référent pour l'insertion professionnelle, recours à des expertises extérieures par convention avec des partenaires locaux, ou encore expérimentations locales de dispositifs d'évaluation de l'employabilité.

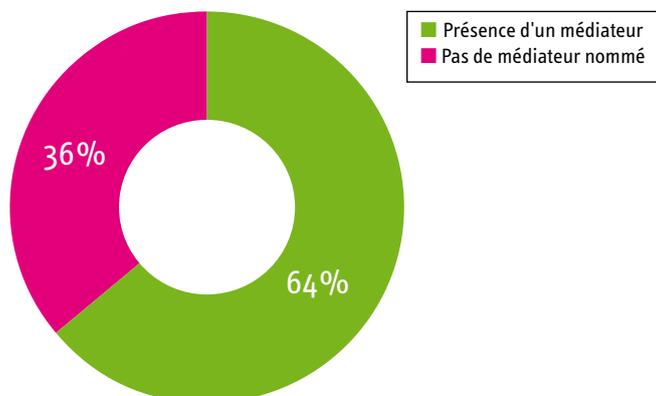
Si les conséquences globales de la réforme doivent s'apprécier dans la durée, plusieurs MDPH font d'ores et déjà état d'une progression du nombre de reconnaissances de la qualité de travailleur handicapé accordées, pour environ un quart des personnes ayant déposé une demande initiale d'allocation.

## 5. Médiation, conciliation, recours

Qu'il s'agisse de médiation, de conciliation ou de recours, gracieux et contentieux, les contestations formulées par les usagers de la MDPH donnent lieu à une attention particulière qui est mentionnée dans la majorité des rapports. Dans la continuité des travaux engagés les années précédentes, les maisons départementales renforcent leurs actions dans ces domaines. Mise en place de nouvelles procédures, installation de « référents » spécialisés, réflexions sur la place de la personne handicapée dans le cadre de ces contestations... sont autant d'éléments révélateurs du recul que peuvent désormais avoir les MDPH sur leurs initiatives en ce domaine, peu évoqué dans les rapports annuels des premières années.

## 5.1 La médiation

### Médiation : état des lieux à la fin de l'année 2009 (échantillon : 75 MDPH)



*Observations :*

En 2009, 64 % des MDPH ont nommé un médiateur. En 2008, les médiateurs étaient nommés dans 62 % des MDPH, en 2007 dans 58 % et en 2006 dans 48 %.

En moyenne sur l'échantillon, 7,9 médiations ont eu lieu par MDPH.

40 % des MDPH n'ont pas eu de médiation à traiter en 2009 bien qu'un médiateur soit nommé (échantillon 37 MDPH).

Sans doute parce qu'elle ne concerne pas directement les décisions de la CDAPH, puisqu'il s'agit pour la maison départementale « de recevoir et d'orienter les réclamations individuelles des personnes handicapées ou de leurs représentants vers les services et autorités compétents »<sup>8</sup>, la médiation apparaît comme relativement peu utilisée ; elle est en tout cas peu évoquée dans les rapports d'activité.

Il existe dans les deux tiers des MDPH (64 %) un référent chargé de ce rôle de médiation. Celui-ci, qui peut parfois être également la personne chargée plus globalement des litiges au sein de la MDPH, intervient dans des domaines variés, l'accessibilité, l'emploi, la fiscalité, etc. En plus de la transmission des réclamations formulées par les personnes handicapées, l'exercice de la mission aboutit parfois à des échanges avec les institutions mises en cause ou avec certains organismes de contrôle.

Une MDPH signale ainsi que deux demandes de médiation ont abouti à des échanges écrits avec l'Inspection du travail concernant des problèmes de discrimination dans des entreprises.

On peut également noter qu'une maison départementale souligne que cette mission se développe dans son département, notamment parce qu'elle est repérée comme un interlocuteur central, et de qualité, pour les personnes handicapées, y compris lorsque le problème ne concerne pas directement une décision de la CDAPH ou sa mise en œuvre.

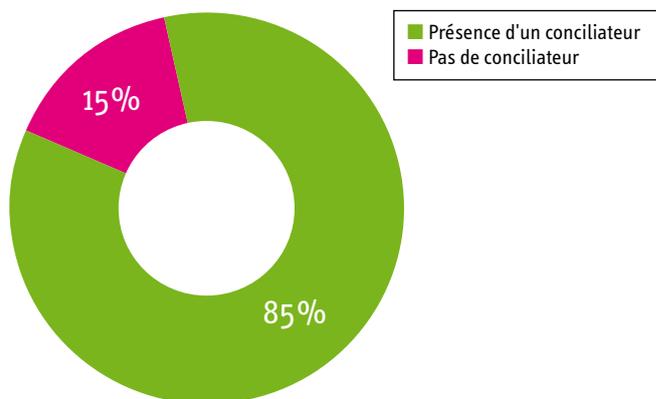
On peut penser que les questions **d'accessibilité de la cité** seront à l'avenir soulevées dans ce cadre-là. La place de la MDPH par rapport aux autres autorités publiques serait ainsi confortée.

À cet égard, on pourra regretter que très peu de rapports annuels évoquent l'accès à la culture, aux loisirs ou au sport.

<sup>8</sup> Article L.146-13 du Code de l'action sociale et des familles

## 5.2 La conciliation

### Conciliation : état des lieux à la fin de l'année 2009 (échantillon : 78 MDPH)



#### Observations :

En 2009, 85 % des MDPH ont un conciliateur. En 2008, elles étaient 84 %, en 2007 75 % et un peu plus de la moitié en 2006 (52 %). 17 % des MDPH n'ont pas eu de conciliation à traiter en 2009 bien qu'un conciliateur soit présent (échantillon : 59 MDPH).

L'année 2009 voit se poursuivre la mise en place d'une procédure de conciliation structurée. Si le nombre de MDPH ayant désigné des conciliateurs ainsi que le nombre de conciliateurs par MDPH restent stables, le rôle du conciliateur s'affine et s'affirme, notamment par le biais de la définition d'une procédure formalisée et par la mise en place de rapports de conciliation standardisés. Parallèlement à cet effort de clarification et de structuration, les MDPH cherchent également à simplifier et à valoriser cette possibilité de service auprès des usagers.

À ce titre, peuvent être signalés :

- la mention de la possibilité de saisir un conciliateur sur les notifications des décisions des CDAPH envoyées aux demandeurs,
- la mise en place de documents pour simplifier la démarche de l'utilisateur,
- l'élaboration de fiches de synthèse, fiches de liaison ou rapports types,
- la mise en œuvre de procédures types pour le traitement des conciliations,
- l'envoi à la personne handicapée d'un coupon-réponse avec le rapport de conciliation pour autoriser ou refuser que ce document soit produit par la MDPH en cas de recours.

Comme les années précédentes, les conciliations apparaissent comme un moyen efficace d'éviter certains recours, mais également comme une occasion, pour la personne handicapée, d'apporter des éléments complémentaires sur sa situation qui n'étaient pas nécessairement connus de l'équipe pluridisciplinaire lors de l'évaluation, ou de la CDAPH au moment de la prise de décision.

Une MDPH mentionne toutefois une limite concernant les contestations du taux d'incapacité : les conciliateurs n'ayant pas accès aux documents médicaux et ne connaissant pas de manière approfondie le guide barème, ils peuvent difficilement formuler des propositions lorsque ce taux est en cause. Dans ce cas, la MDPH ne conseille donc pas la conciliation.

Les suites données à la conciliation varient d'un département à l'autre. Si de nombreux rapports d'activité souhaitent une clarification réglementaire, deux pratiques différentes existent :

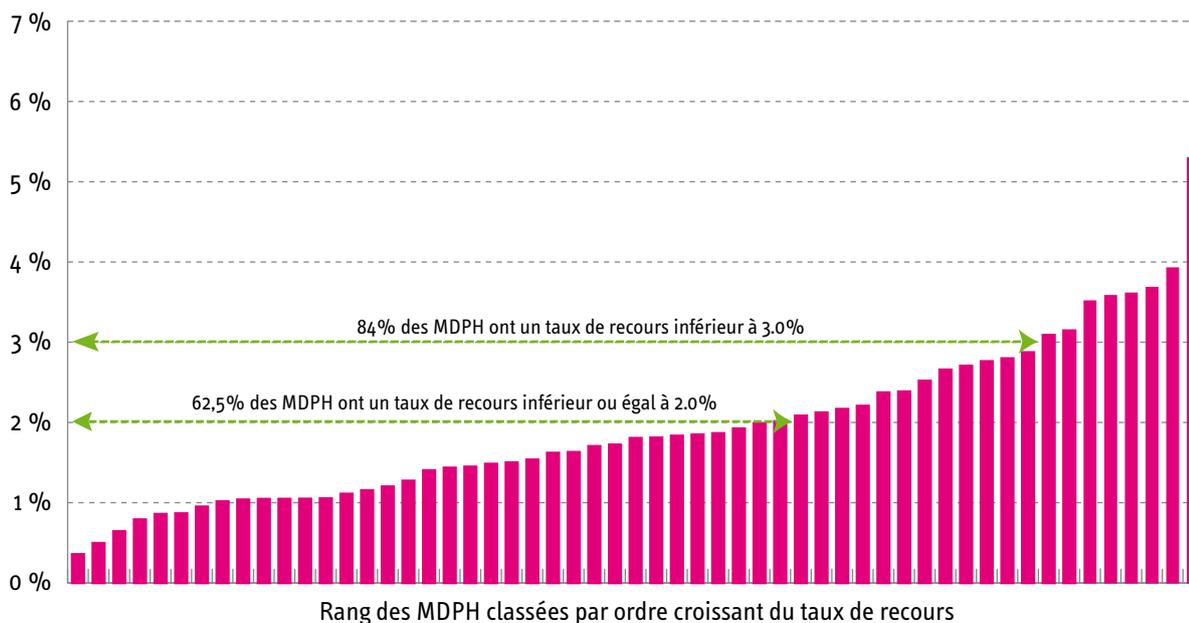
- dans certaines MDPH, la conciliation aboutit nécessairement à un nouveau passage du dossier en commission ; dans cette configuration, conciliation et recours gracieux sont confondus, même s'il est généralement toujours possible de faire un recours gracieux sans passer par la conciliation ;
- dans d'autres maisons départementales, la saisine de la CDAPH n'est pas automatique et doit donner lieu à un recours gracieux formel à la suite de la conciliation, si la personne souhaite une nouvelle décision.

Nonobstant les difficultés à recruter des conciliateurs dans certaines MDPH, la conciliation apparaît comme une véritable alternative aux voies de recours classiques ; ce service novateur s'ancre ainsi progressivement dans les départements.

### 5.3 Les recours gracieux et contentieux

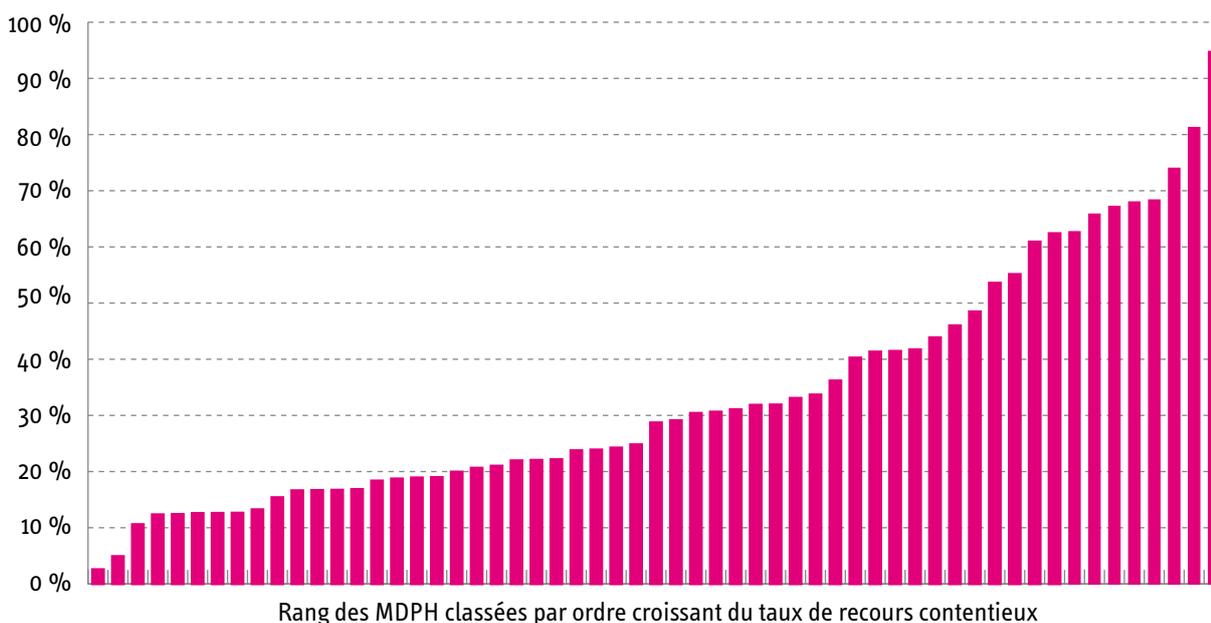
Par un suivi plus approfondi des recours, par une optimisation des procédures internes de traitement de ces recours, par la mise en place d'une fonction ou d'un pôle chargé spécifiquement de cette thématique, par la recherche de solutions pour diminuer leur nombre et par une présence accrue auprès des tribunaux en 2009, les MDPH se sont plus largement mobilisées que les premières années sur cette problématique, comme nombre d'entre elles avaient pu l'annoncer dans leurs rapports d'activité de l'année 2008.

#### Part des recours dans le total des décisions prises en 2009 (échantillon : 56 MDPH)



Observations :  
En moyenne sur l'échantillon, le taux de recours en 2009 est de 2,4 %.  
50 % des MDPH ont un taux de recours égal ou inférieur à 1,8 %.

#### Part des recours contentieux dans le total des recours déclarés en 2009 (échantillon : 56 MDPH)



Observations :  
21 % des MDPH font face à plus de recours contentieux que de recours gracieux.  
En moyenne sur l'échantillon, 71 % des recours sont des recours gracieux.

Plusieurs axes de développement sont ainsi identifiés :

- **Éviter les contentieux**

À cet égard, plusieurs MDPH ont essayé d'analyser les griefs qui leur étaient faits dans le cadre des recours, pour améliorer leur action en amont :

- Refonte des notifications pour qu'elles soient plus individualisées et plus facilement comprises des demandeurs ;
- Systématisation de l'information sur la date de réunion de la CDAPH pour des situations repérées comme complexes (PCH ou proposition de non-renouvellement d'AAH par exemple) ;
- Mise en place de commissions d'audition restreintes, afin de faire entendre le demandeur par les 23 membres de la CDAPH.

- **Structurer la mission**

La désignation d'un « référent litiges » ou « contentieux », voire la constitution d'un pôle spécifique réunissant plusieurs personnes, est assez fréquente. Si ce référent peut parfois exercer cette fonction en plus d'autres missions au sein de la MDPH - il arrive par exemple que ce soit le directeur adjoint qui endosse le rôle de référent - il existe dans un certain nombre de MDPH un poste exclusivement dédié aux recours. Plusieurs maisons départementales ont par ailleurs mis en place une cellule chargée du contentieux regroupant deux ou trois professionnels, aux profils variés (juriste, médecin, travailleur social, agent administratif, etc.). Cette désignation s'accompagne dans certains départements d'une refonte ou d'une formalisation des procédures de traitement des recours, notamment des recours gracieux.

- **Améliorer la qualité des réponses**

Cet axe de travail donne lieu à diverses initiatives, certaines dans la lignée de ce qui avait été amorcé les années précédentes, d'autres plus innovantes pour les MDPH.

Ainsi dans plusieurs départements, une équipe pluridisciplinaire, dont la composition est différente de celle ayant fait la proposition de décision initiale, est réunie pour étudier les recours gracieux formulés par les personnes. Cette équipe est chargée de reformuler une proposition de décision après avoir pris connaissance des remarques ou des éléments supplémentaires apportés par la personne handicapée à l'appui de sa démarche. Dans une MDPH, les réunions mensuelles de cette équipe permettent également de cibler les personnes à voir ou revoir en priorité avant le nouveau passage en CDAPH. Dans ce même esprit, une maison départementale a précisé les modalités de traitement de ces recours gracieux de manière à ce que les contacts, physiques ou téléphoniques, avec la personne soient plus systématisés. Ces temps d'échange supplémentaires favorisent une meilleure compréhension de la décision et amènent parfois la personne à se désister de son recours.

Dans le même sens, un certain nombre de MDPH mettent en place un suivi et une analyse plus fine des recours formulés et des décisions des tribunaux qui permettent une objectivation de cette activité. A ce titre, plusieurs maisons départementales ont dressé des statistiques relatives aux types de décisions contestées qui confirment que les recours contre les décisions de la CDAPH portent principalement sur l'AAH et la carte d'invalidité. Une MDPH manifeste sa volonté de travailler sur un recueil des décisions des tribunaux du contentieux de l'incapacité et des tribunaux administratifs, avec l'objectif d'analyser ces retours sur le travail de la MDPH pour affiner les évaluations et les préconisations de l'équipe pluridisciplinaire.

- **S'impliquer dans la défense devant les tribunaux**

Enfin, les MDPH s'impliquent de plus en plus dans la défense devant les tribunaux. Plusieurs signalent la présence plus fréquente d'un représentant de la maison départementale aux audiences du tribunal du contentieux de l'incapacité et la mise en place de moments d'échanges avec les magistrats ou les médecins-experts des tribunaux, de manière à favoriser une connaissance partagée des rôles et missions de chacun et du cadre de leur exercice. Des réflexions sur le contenu des mémoires en défense sont engagées. Une MDPH s'appuie également sur les compétences d'un cabinet d'avocats pour les recours les plus complexes, principalement les appels portés devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT).



Les MDPH manifestent une réelle volonté d'optimiser leurs actions dans ce domaine, à la fois pour mieux prendre en compte la parole et les attentes des usagers, mais également pour mieux défendre et mettre en valeur le travail réalisé par l'équipe pluridisciplinaire et la CDAPH. Perçue comme un véritable enjeu, cette implication plus forte des MDPH se heurte toutefois à un manque de moyens pour assumer pleinement une mission qui demande beaucoup de temps, notamment lorsqu'il s'agit de multiplier les contacts avec les personnes handicapées ou de respecter le principe d'oralité des débats devant les tribunaux du contentieux de l'incapacité. Difficulté dommageable dans la mesure où les maisons départementales les plus impliquées soulignent que le nombre de recours est en baisse dans leur département.

# L'animation du réseau des MDPH par la CNSA

Avant de terminer cette synthèse, il n'est pas inutile de rappeler les liens que la CNSA entretient régulièrement, depuis près de cinq ans, avec les départements et leur maison départementale. Ces liens ressortent à la fois de l'application de la loi et des initiatives prises par la CNSA, souvent en réponse aux départements eux-mêmes.

## 1. CNSA, départements et MDPH, une relation particulière

**Le premier lien est évidemment financier**, la Caisse nationale apportant par son concours annuel une aide substantielle au fonctionnement des MDPH ; ce financement a été porté au montant total de 60 M€ en 2009, réparti entre les cent départements selon des critères de population et de potentiel fiscal. Une somme forfaitaire de base est toutefois versée à chacun d'un montant de 200 000 €, permettant aux plus petits départements de disposer d'un minimum de crédits de fonctionnement. Cet apport a été d'autant plus important pour certains que les participations d'autres financeurs n'étaient pas garanties.

La CNSA étant **autant une agence nationale qu'une caisse**, les relations qu'elle développe avec les départements ne sont pas uniquement financières. Cela est évidemment le cas avec les MDPH, mais également maintenant avec les conventions départementales, d'ores et déjà passées avec plus de la moitié des conseils généraux, au titre de la modernisation des services d'aide à domicile et de la professionnalisation de leurs intervenants. Ces conventions sont financées sur la section IV du budget de la CNSA.

On trouve au fil des pages des rapports annuels des exemples de ces relations permanentes, qu'il s'agisse des actions de formation des professionnels des maisons départementales ou des expérimentations de projets qui leur sont souvent proposées.

Ce sont de ces échanges réguliers et allers-retours permanents entre la Caisse et les territoires que peuvent émerger les progrès dans les procédures conduites, la mutualisation des pratiques et la diffusion des expériences réussies étant les vecteurs de ces progrès.

Richesse de la loi nouvelle, l'approche personnalisée des besoins individuels de la personne et de la décision, laissant une large marge d'appréciation à la réponse apportée à la demande, peut évidemment avoir pour conséquence des différences selon les lieux et les moments de la décision. Ce sont souvent ces décalages que les associations représentatives des personnes handicapées relèvent, en demandant une plus forte harmonisation au niveau national afin de garantir l'égalité de traitement.

Sans juger a priori des formes d'organisation des services, c'est cette **harmonisation que la CNSA essaie de développer** depuis cinq ans avec ses partenaires départementaux. Les instruments en sont les échanges de données, les groupes de travail technique entre professionnels d'un même champ ou d'un même métier, les informations périodiques sur les pratiques et les innovations, les séminaires de réflexion précédant une réforme réglementaire, les visites régulières dans les départements, les interventions quasi permanentes, notamment pour le déploiement des nouveaux systèmes d'information, la mise en place d'un questionnaire pour la mesure de la qualité de service.

Seule cette dynamique, encore inhabituelle dans les administrations, permettra d'obtenir à terme des résultats qualitatifs ; elle pourra paraître encore artisanale, car elle ne mobilise à la CNSA qu'une petite équipe d'experts, mais elle seule peut permettre que les écarts entre départements soient réduits, l'égalité réelle de traitement ne pouvant pas résulter de la seule application stricte de textes réglementaires, aussi précis et détaillés soient-ils.

Après un apprivoisement réciproque au cours des premières années, on peut considérer aujourd'hui que la place de chacun est reconnue. La CNSA sait que les GIP-MDPH ne sont ni ses services déconcentrés, ni ses caisses locales. Les départements acceptent les propositions de travail en commun de la CNSA et demandent souvent l'aide de ses services. À l'avenir, il conviendra sans doute d'être plus proactif à l'égard des départements qui présentent des demandes au niveau national.

Un point d'application de ces relations de confiance aura été en 2009 la **signature de la deuxième convention d'appui à la qualité de service** pour les trois ans à venir.

Cette convention, si elle est obligatoire pour permettre le versement des concours financiers, constitue aujourd'hui le cadre général des relations départements-Caisse nationale (son contenu ayant été étendu à l'ensemble des actions qui peuvent être mises en œuvre localement, en particulier dans le champ des personnes handicapées). Celles pouvant être soutenues financièrement par les sections IV et V du budget de la CNSA ont donné lieu chacune à un nouveau chapitre, comme ont également été mentionnés les échanges d'informations au titre des établissements et services médico-sociaux.

Dans ces nouvelles conventions, il a été proposé aux départements une clause de transparence dans les échanges de données chiffrées, de manière à « voir où en sont les autres et être vu par eux », que la grande majorité d'entre eux ont acceptée<sup>9</sup>.

## 2. Des liens nombreux et diversifiés

Au cours de l'année 2009, les équipes de la CNSA ont été en relation permanente avec les départements et leurs MDPH. On peut rappeler les formes diversifiées que prennent ces relations :

- L'édition bimensuelle d'un bulletin de liaison, « **Infos réseau MDPH** », publié habituellement un vendredi sur deux ; envoyé aux directeurs des maisons départementales par messagerie électronique, cette feuille traite de façon assez éclectique des évolutions règlementaires, des réunions auxquelles les MDPH sont invitées, des propositions de projets expérimentaux, de l'interprétation des textes et de la jurisprudence sous la forme de questions – réponses ; y a été ajoutée une rubrique succincte « actualités, colloques et documentation ». Les administrations centrales compétentes sur les questions traitées par les MDPH en sont également destinataires. Ce bulletin de liaison est par ailleurs placé sur l'extranet de la CNSA auquel les maisons départementales ont accès.
- L'organisation régulière d'un « **jeudi pratique de la compensation** » au cours duquel une quinzaine de professionnels de MDPH préalablement inscrits échangent leurs analyses et leurs expériences sur un thème donné ; le compte rendu est publié sur l'extranet de la CNSA, les débats donnant quelquefois lieu à un relevé de conclusions transmis aux ministères ou organismes concernés. Durant l'année 2009, douze journées ont ainsi été proposées sur les sujets suivants : le projet de vie, l'AAEH et la PCH pour les enfants, l'accès des personnes handicapées aux services de droit commun, la fonction observation de la MDPH, la réforme AAH-RQTH, le suivi des décisions de commission des droits, la place des associations de personnes handicapées dans les MDPH, la formation professionnelle des personnes handicapées...
- Les **rencontres nationales des directeurs de MDPH**, organisées deux fois par an en juin et en décembre, qui prennent la forme à la fois d'interventions générales et de travaux en ateliers, avec la participation de personnalités extérieures et souvent la présence de cadres des administrations centrales de l'action sociale, de l'emploi et de l'éducation. La session de fin d'année est organisée avec l'Assemblée des départements de France. La rencontre du printemps 2010 a été organisée sous la forme d'un séminaire résidentiel de deux jours en région parisienne.
- Des **propositions de formation des professionnels des MDPH**, enjeu majeur dans la réforme de la politique du handicap, qui ont été poursuivies et ont donné lieu en 2009 à 27 sessions locales, pour 565 participants venant de 46 MDPH. Animées par des formateurs choisis et rémunérés par la CNSA, les sessions ont traité, au cours des deux premières années de ce dispositif, les thèmes de l'accueil, de l'évaluation et du GEVA, du handicap psychique. Ceux relatifs au guide-barème (20 sessions) et à l'allocation aux adultes handicapés (7 sessions) ont fait l'objet des sessions de formation 2009. La CNSA a par ailleurs mis en place, par appel à propositions, un dispositif de référencement de formations mis à disposition par des organismes de formation, sur les thèmes de l'accueil et l'accompagnement des personnes présentant un handicap psychique, du plan personnalisé de compensation et de l'évaluation et de la commission des droits et de l'autonomie. La CNSA collabore par ailleurs avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) sur les propositions d'offres de formation. Il est essentiel à cet égard que le réseau du CNFPT accepte de prendre en compte l'ensemble des personnels des GIP-MDPH, quel que soit leur statut.
- Les **réponses aux questions** juridiques et de contentieux, apportées chaque jour par la juriste de la direction Compensation de la CNSA. Mise en place dès 2005 au moment de la création des MDPH, cette foire aux questions (FAQ) en ligne constitue un service répondant à une réelle demande : le nombre d'interrogations a doublé ces deux dernières années, passant de 398 en 2007 à 885 en 2009<sup>10</sup>. Les questions relatives à la PCH et à l'AAEH y sont majoritaires. De façon comparable, les autres experts de la CNSA répondent aux questions qui leur sont quotidiennement posées, par exemple sur l'évaluation de la situation de la personne handicapée et l'utilisation du GEVA (guide d'évaluation multidimensionnelle), sur les aides techniques et leurs coûts, sur les statistiques à transmettre, etc. On peut considérer que de petites cellules d'appui aux différents métiers des MDPH sont, de fait, ainsi constituées.

<sup>9</sup> La convention avec cette clause de transparence a été signée par 96 présidents de conseil généraux.

<sup>10</sup> Le nombre de réponses par message électronique s'élèvera à plus de 1 200 à la fin de l'année 2010.

- Des **journées d'échanges de pratiques**, initiées à l'intention des deux professions nommées dans la loi outre celle de directeur : les coordonnateurs de l'équipe pluridisciplinaire et les référents pour l'insertion professionnelle. Organisées deux à trois fois par an, quelquefois sur deux jours, ces journées réunissent toujours plus des trois quarts des titulaires de ces fonctions. Elles permettent à la fois de faire ressortir des bonnes pratiques et d'avoir un temps de réflexion théorique, mais aussi d'échanger sur les organisations adoptées par les MDPH et la coordination avec leurs partenaires, sans empiéter toutefois sur les responsabilités plus politiques des directeurs eux-mêmes. La CNSA a par ailleurs engagé un travail sur l'appropriation du GEVA qui a donné lieu à l'édition d'un document.
- Les **visites dans les départements** qui ont été, dès la création de la CNSA en 2005, le premier pilier dans ce réseau d'administrations nouvelles qu'allaient être les GIP-MDPH ; c'est grâce à ces déplacements sur le terrain que cette décentralisation d'un nouveau type a été initiée, avec la création de liens permanents entre un échelon national et des services publics locaux autonomes. Ces visites en départements ont revêtu en 2009 un contenu nouveau : de généralistes elles sont devenues plus spécialisées et organisées le plus souvent à la demande des départements eux-mêmes ; on peut citer les réunions tenues pour une ou plusieurs MDPH sur l'appropriation du GEVA, ou celles tenues avec des membres de la CDAPH et de l'équipe pluridisciplinaire pour faciliter leur collaboration.
- Des entretiens avec les cent départements pour le **renouvellement des conventions de qualité de service**, menés en général au siège de la CNSA, qui ont permis un échange constructif entre les représentants des conseils généraux et les équipes de la Caisse nationale. Dans la majorité des cas, un élu menait la délégation du département.
- Des **expérimentations de projets** qui sont mises en place dans plusieurs départements. On peut citer les projets destinés à favoriser l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, par exemple Record 2 ou Appui projet, en lien avec le service public de l'emploi et l'AGEFIPH, mais aussi, dans le domaine de l'organisation territoriale, le soutien apporté à la création de maisons départementales de l'autonomie (MDA). Dans le cadre du plan national Alzheimer, on peut mentionner l'exemple de la MDPH du Gers, porteuse d'une des 17 expérimentations de maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), et celui de deux autres sites départementaux, partie prenante d'une MAIA.
- Les nombreux **groupes de travail** auxquels sont invités les représentants des maisons départementales et qui ne peuvent être tous cités ici ; concernant l'année 2009, ceux relatifs aux frais de transport des personnes handicapées et à l'ouverture de la PCH aux enfants doivent être particulièrement mentionnés, autant pour le nombre de réunions qui furent nécessaires que par l'importance des sujets eux-mêmes.
- Initiées depuis trois ans, les « **rencontres pour une culture partagée** » qui ont été organisées en novembre 2009 dans le Pas-de-Calais avec les personnels de la MDPH et de nombreux représentants associatifs pour faire découvrir les attentes et contraintes de chacune des parties. La CNSA est le promoteur et l'accompagnateur de ces rencontres, qui demandent un investissement important tant des MDPH concernées que de la Caisse.
- Les supports de communication publiés par la CNSA, régulièrement transmis aux MDPH. Parmi eux, un document de quatre pages « **Les maisons départementales des personnes handicapées, d'un département à l'autre** » concerne la mise en valeur d'expériences et d'initiatives conduites localement. Le numéro 2 a été édité en février 2009<sup>11</sup>.

Dans cette liste d'actions de réseau ne figurent pas les **rencontres des présidents de CDAPH** qui n'ont pu encore être organisées.

<sup>11</sup> Un 3<sup>ème</sup> numéro de cette publication est paru en février 2010.



### 3. L'apparition de maisons départementales de l'autonomie

Des maisons départementales de l'autonomie (MDA) sont créées dans un certain nombre de départements, regroupant en un même lieu les équipes médico-sociales du conseil général chargées des personnes âgées – notamment pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie – et celles de la MDPH.

Souhaitant accompagner ces évolutions, la CNSA organise depuis février 2009 des rencontres semestrielles avec une vingtaine de départements intéressés par cette démarche. Elle soutient par ailleurs, tant sur le plan financier que méthodologique, trois expérimentations dans les départements du **Cantal, de la Corrèze et de la Côte d'Or**.

Bien que la convergence des politiques en direction des personnes handicapées et celles relatives aux personnes âgées ne soit pas complète, la réglementation, les référentiels d'évaluation et les financements étant différents, il apparaît de plus en plus souhaitable à certains départements de mutualiser les fonctions de leurs équipes.

Les raisons sont à la fois économiques et motivées par une gestion rationnelle des emplois, avec le recrutement difficile de certains professionnels (spécialement les médecins, à cause de la démographie de cette profession). Elles proviennent également du souci des responsables locaux de favoriser la proximité géographique de leurs services, la maison de l'autonomie se déployant sur les territoires au plus près de la population afin que la personnalisation soit toujours la règle de ce service public.

Parmi ces raisons, il faut encore mentionner l'enrichissement des pratiques professionnelles que ces rapprochements peuvent susciter, notamment en matière d'évaluation et de coordination des services. Sur ce sujet, les projets de **maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)**, avec la création de la fonction de « coordonnateur – gestionnaire de cas » devraient proposer des modèles intéressants d'organisation. Même si ces nouveaux dispositifs, s'ajoutant aux CLIC existants, ont pu apparaître à certains comme un alourdissement de la complexité institutionnelle, ils sont aujourd'hui compris comme une façon de travailler et une démarche de qualité dans la nécessaire coordination des interventions médico-sociales auprès de la personne en grande difficulté.

Le modèle du gestionnaire de cas pourrait être repris pour le suivi des situations des personnes les plus lourdement handicapées.

Les concepts de plan personnalisé de compensation de la loi de 2005 et de plan d'aide pour l'APA sont assez proches, même si les besoins ne sont évidemment pas identiques. Le PPC est nécessairement plus vaste, devant prendre en compte la scolarisation ou l'insertion professionnelle, ainsi que des besoins personnels et sociaux plus larges chez la personne handicapée que pour la personne âgée très dépendante.

Une relative polyvalence des équipes est ainsi possible ; elle est souvent indispensable dans les plus petits départements, pour éviter des coûts et des temps excessifs dans les déplacements des professionnels qui vont au domicile des personnes.



## Conclusion

Si l'on peut, sans exagération, reprendre le terme de « maturité » pour qualifier le niveau actuel auquel sont arrivées un assez grand nombre de MDPH, il ne faudrait pas le comprendre comme désignant une étape définitive, tant les incertitudes restent grandes. Celles-ci proviennent à la fois des difficultés locales que de nombreuses maisons départementales rencontrent dans leur développement, des évolutions législatives et réglementaires qui se poursuivront et qu'il leur faudra appliquer rapidement, mais aussi des réformes administratives et territoriales à venir. Les graves difficultés de financement que rencontrent aujourd'hui les conseils généraux sont sans doute, dans l'immédiat, ce qui peut apparaître le plus préoccupant pour ces nouveaux services publics, déjà installés dans le paysage social des départements, que sont les MDPH.

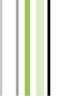
Sans pouvoir traiter des questions structurelles ou financières sur lesquelles les responsables des GIP-MDPH n'ont que peu de prise, on peut toutefois mentionner les domaines dans lesquels des progrès restent encore à faire et des secteurs où l'attention doit être soutenue. Aussi, l'autre terme employé dans le rapport de synthèse de l'année dernière, « vigilance », est-il toujours utile pour qualifier l'époque actuelle.

À partir de ces points de vigilance se dégagent certains domaines dans lesquels des progrès sont à réaliser. On peut citer parmi ces attentes :

- la réponse des services de l'État sur les mises à disposition des personnels, soit par leur remplacement régulier, soit par l'indemnisation financière des emplois non pourvus ;
- le nombre et la qualification des professionnels de la maison départementale, spécialement ceux constituant l'équipe pluridisciplinaire, les écarts de moyens humains entre départements étant déjà très grands ;
- l'avenir du fonds départemental de compensation, son caractère obligatoire, son financement, ses règles de gestion ;
- des projets de vie plus souvent présentés par les personnes handicapées dûment écoutées ;
- des plans personnalisés de compensation élaborés dans un plus grand nombre de situations, notamment pour certaines demandes d'AAH ;
- des prestations de compensation du handicap plus homogènes entre départements, un domaine où la CNSA aura à déployer son action pour garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire ;
- le développement du traitement plus transversal des demandes, la séparation du traitement des demandes entre les enfants et les adultes n'étant pas nécessairement la plus judicieuse ;
- l'organisation plus serrée des relations entre la MDPH et le service public de l'emploi ;
- une meilleure harmonisation et coordination sur des demandes d'auxiliaires de vie scolaire avec l'Éducation nationale ;
- les relations de coopération avec le champ sanitaire et spécialement avec les secteurs de psychiatrie ;
- le suivi de la mise en œuvre effective des décisions de la CDAPH, avec notamment le développement des liaisons entre la maison départementale et les établissements et services médico-sociaux ;
- les relations avec les tribunaux du contentieux de l'incapacité qui sont à développer, et souvent à construire ;
- la montée en charge d'un système d'information performant, instrument essentiel pour un service de qualité, indispensable à la connaissance des besoins et à l'évolution de toute politique publique ;
- enfin, le suivi des situations individuelles et l'accompagnement des personnes dans le temps.

Encore peu évoqué dans les rapports annuels des MDPH, ce dernier point apparaîtra de plus en plus déterminant dans leur futur succès, car le meilleur lieu d'accueil, comme la plus complète des évaluations initiales de la situation de la personne ou l'ouverture de droits effectifs nouveaux, ne représentent que peu dans la durée de vie d'une personne, s'ils n'aboutissent pas à la mise en place d'une vraie réponse aux besoins. On sait combien cette question du suivi et de l'accompagnement est d'ores et déjà posée dans les maisons départementales, comme elle l'est depuis longtemps par les associations. Mais c'est une question à laquelle on est loin d'avoir encore répondu, car les seuls moyens supplémentaires ne suffiront pas. C'est bien de coordination, de responsabilité partagée, de durée, de régularité dans l'action quotidienne dont il est question. C'est pour l'avenir proche une nouvelle frontière à franchir pour les MDPH et les conseils généraux qui en ont la charge.

Pour clore ce document sur une note optimiste, on peut souligner aujourd'hui que l'activité déjà déployée par de nombreuses MDPH pour devenir les lieux fédérateurs des acteurs locaux du champ du handicap est de bonne augure, pour faire d'elles de vraies « maisons » reconnues par les personnes en situation de handicap dans notre pays.





[www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

Conception-réalisation : <sup>+</sup>meanings