

Dossier technique

MDPH, an III, la vigilance

Rapport d'activité 2008 des maisons départementales des personnes handicapées

Novembre 2009



Sommaire

Préambule	2
Synthèse des rapports d'activité des MDPH sur l'année 2008	4
1. Un fonctionnement qui se consolide	6
1.1 Les personnels des MDPH	6
1.2 L'accueil et les locaux	8
1.3 Les systèmes d'information	10
1.4 Certaines missions sont mieux reconnues	14
2. La MDPH a une fonction d'observation des besoins	28
2.1 Deux domaines méritent d'être développés	28
2.2 L'insertion professionnelle	30
2.3 La mesure de la satisfaction des usagers de la MDPH, un dispositif qui se généralise	33
3. L'animation du réseau par la CNSA	34
Prestation de compensation du handicap (PCH) – Suivi de la montée en charge et du contenu	37
État des lieux à fin juin 2009	37
1. Le taux de réponses : un questionnaire bien accueilli mais impacté par les difficultés de changement de système d'information en cours dans les MDPH	37
2. Les demandes de prestation de compensation : la montée en charge se poursuit en 2009 et reste soutenue	38
3. Les décisions de prestation de compensation : la montée en charge se poursuit sur le premier semestre 2009 bien que le rythme de croissance se ralentisse	41
4. Les prestations de compensation accordées augmentent plus au cours du premier semestre 2009 que les décisions prises	43
5. Le contenu de la prestation de compensation évolue	45
Annexes	48
Les comptes administratifs consolidés des 100 MDPH en 2008	50
1. Synthèse nationale des données financières des MDPH	51
2. Les composantes de la dépense des MDPH	53
2.1. Les dépenses de fonctionnement des MDPH rapportées à la population	53
2.2. Lien entre les dépenses et le potentiel fiscal	54
2.3. Près de la moitié des dépenses totales réalisée directement sur le budget du GIP	56
2.4. Dépenses de personnel et dépenses de fonctionnement	57
3. Typologie des recettes des MDPH	58
3.1. La part des apports « en nature » dans le total des contributions au GIP	58
3.2. Le poids relatif des différents contributeurs	59
3.3. Analyse intégrant la taille des départements	60
3.4. Structure des apports par contributeur	61
4. Conclusion	65

Préambule

Le rapport de synthèse qui est ici présenté porte sur le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées au cours de l'année 2008. Il est complété par un document relatif à l'évolution d'une des principales innovations de la loi du 11 février 2005, celle de la prestation de compensation du handicap au premier semestre de cette année, ainsi que par l'analyse exhaustive des comptes administratifs consolidés des GIP-MDPH.

Le présent document, le troisième qui a été rédigé depuis la création des GIP – MDPH est intitulé : « *Les MDPH, an III, la vigilance* ». Ce titre ne doit pas signifier une inquiétude, mais il mérite d'être expliqué. Si on a, en effet, assisté à une mise en place rapide des nouveaux services dès le 1^{er} janvier 2006, – souvent dans des conditions difficiles, avec la reconstitution des équipes professionnelles, une nouvelle réglementation, un retard important de dossiers à traiter et des conditions matérielles loin d'être optimales –, il apparaît au bout de trois ans que, malgré les efforts locaux – et en tout premier lieu, ceux fournis par les conseils généraux –, le rythme de croisière n'est pas encore atteint, ou au moins pas partout.

On comprend ainsi que le terme de « maturité », utilisé pour le titre du rapport de l'année dernière, garderait aujourd'hui son point d'interrogation. C'est donc le mot « vigilance » qui peut qualifier l'époque actuelle et l'action de l'ensemble des acteurs concourant à la nouvelle politique du handicap ; qu'il s'agisse des maisons départementales elles-mêmes, et particulièrement leurs équipes pluridisciplinaires et les CDAPH, qu'il s'agisse des départements qui ont à continuer à s'approprier le nouveau dispositif – quel que soit d'ailleurs son futur statut –, qu'il s'agisse aussi des administrations de l'État qui ont à garantir les liens entre la MDPH et les politiques publiques de droit commun, qu'il s'agisse enfin de la CNSA elle-même, à qui la loi a confié l'accompagnement de la réforme et la charge d'en garantir l'égalité d'application sur le territoire national. Pour cela, la Caisse nationale ne doit évidemment pas réduire ses capacités d'intervention, tant en terme d'appui technique que de soutien financier, bien que dans ce domaine elle ne soit pas la seule à en décider...

À cet égard, il m'est agréable d'indiquer que dans le budget de la CNSA pour 2010, le Conseil a décidé d'inscrire la somme de 60 M€ pour concourir aux dépenses de personnel et de fonctionnement des maisons départementales, cela malgré la baisse relative, dans le contexte de crise économique, des recettes dédiées, qu'elles proviennent de la contribution de solidarité pour l'autonomie ou de la part de CSG qui lui est versée.

Ne pouvant procéder à une synthèse exhaustive de l'ensemble des rapports transmis par les départements, on s'est attaché dans la présente brochure à développer plus particulièrement certaines missions des maisons départementales. Sans omettre de faire un point général sur leur fonctionnement – personnels, locaux et systèmes d'information –, sont ainsi traités, l'évaluation, qui constitue un champ véritablement nouveau des procédures issues de la loi, le contentieux et les nouvelles dispositions de conciliation et de médiation, avant des développements plus approfondis sur la scolarisation des enfants et l'emploi.

On pourra regretter l'absence d'informations sur le « fonds départemental de compensation », faute de données suffisamment sûres, mais il convient toutefois de noter que pour les départements qui ont traité cette question, la consommation des crédits, versés à titre principal par l'État depuis 2005 mais avec une interruption depuis 2008, sera effective dans les mois qui viennent. Cette situation va poser à très court terme la question du maintien de ce dispositif complémentaire de la PCH, et, si les fonds bénéficiaient encore de financement des Conseils généraux et des caisses de sécurité sociale, se posera aussi la question de l'égalité de traitement d'un département à l'autre, voire d'une période à une autre.

On ne peut que se féliciter de constater que le dispositif de mesure de la satisfaction des usagers semble aujourd'hui ancré dans les pratiques de la majorité des départements. Et les résultats de 2009, présentés récemment lors de la réunion semestrielle des directeurs de MDPH, en présence des associations nationales, traduisent une évolution positive. On y remarque d'une part une forte augmentation des questionnaires renvoyés par les personnes handicapées ou par leurs proches, et sur le fond de réels progrès dans les appréciations émises sur les services rendus, particulièrement sur les thèmes de l'accueil et de l'information, et même l'expression du projet de vie. La relance de nouveaux questionnaires fin 2009 devrait ainsi être d'autant plus utile que la très grande majorité des départements est favorable à la publication de leurs résultats, comme en témoignent les nouvelles conventions signées avec eux.



Cette année 2009 constitue d'ailleurs une deuxième étape dans les relations entre la CNSA, les Conseils généraux et leurs MDPH, avec la mise en œuvre des nouvelles conventions d'appui à la qualité de service. Au printemps dernier, les représentants de tous les départements ont été reçus à la CNSA, pour discuter de ces conventions étendues à l'ensemble des questions communes, non seulement sur le fonctionnement des maisons départementales, mais aussi les modalités d'intervention possible au titre des sections IV (appui à la modernisation et à la formation de l'aide à domicile) et V (études et recherches) de son budget et la programmation des établissements et services médico-sociaux, cela en prévision de la création des agences régionales de santé.

Dans le deuxième document de cette brochure, vous trouverez également les éléments récents de la montée en charge de la prestation de compensation du handicap avec, notamment, les premières PCH pour les enfants. On notera l'augmentation sensible en 2009 des décisions relatives à cette prestation qui avait démarré relativement lentement : 112 000 décisions pour moins de 100 000 au cours des deux premières années. Il est pour autant encore difficile de dire quand cette prestation arrivera à un palier, car il n'est pas possible de savoir combien de demandes ont déjà été renouvelées et, au plan budgétaire, si les coûts les plus lourds ont déjà été pris en compte par les départements qui en ont la gestion. La montée en charge rapide de cette prestation n'est d'ailleurs pas sans poser désormais le problème du montant compensé par le concours que la CNSA reverse aux départements.

Dans un troisième document, vous trouverez l'analyse des comptes administratifs des GIP ; on se félicitera que l'ensemble des départements ait participé à ce travail. Ont pu ainsi être étudiés les comptes consolidés des cent MDPH, avec la part des différents contributeurs au fonctionnement de ces structures, qu'il s'agisse d'apports en nature ou de financements directs. On voit que trois ans après la création des maisons départementales, la part relative des départements a atteint le même niveau que celui de l'État, la part de ce dernier se réduisant avec des départs des personnels mis à disposition. Quant à la CNSA, elle contribue à ce fonctionnement à hauteur de 19 %.

Bien qu'on ne dispose pas de statistiques sur les personnels, on peut considérer, en fonction des dépenses relatives à ce poste, que quelque 5 000 équivalents temps plein travaillent dans les MDPH, soit un triplement du nombre de ces professionnels, par rapport aux anciennes commissions.

Ressortant des analyses actuelles, et parmi les priorités que la CNSA devra se fixer pour ses relations avec les MDPH et, de façon plus large avec les Conseils généraux, on peut citer le fonctionnement des CDAPH et des équipes pluridisciplinaires d'évaluation, avec le développement souhaitable des plans personnalisés de compensation, l'approfondissement des coopérations entre les maisons départementales et les services de l'État concourant à la politique du handicap dans le département, ainsi qu'un domaine encore trop peu traité, le suivi des situations et des personnes handicapées dans la durée, afin de ne pas considérer le dossier clos une fois la décision prise.

De façon plus large, et sans réengager ici un débat qui fut très présent lors de l'élaboration de la loi de 2005, il sera sans doute nécessaire que les acteurs de terrain, tout comme la CNSA avec ses partenaires des administrations centrales, puissent réfléchir à nouveau à ce qui relève de la compensation et ce qui doit ressortir de l'accessibilité, et également à ce qui doit être pris en charge au titre des soins par l'assurance maladie et ce qui doit être mis en œuvre par les services médico-sociaux ou solvabilisé par la PCH.

Si on peut souhaiter que dans l'avenir le plus proche, les MDPH puissent trouver leur vitesse de croisière, il faudra alors veiller à ce que ne s'instaure pas chez elles une approche trop restrictive de la gestion qui pourrait générer routine et désappointement. Soyons vigilants envers des maisons départementales qui, malgré des accueils organisés, des délais de traitement corrects ou des recours traités, risqueraient de voir s'éteindre leur dynamisme et la capacité inventive dont elles font aujourd'hui preuve. Au-delà des difficultés vécues par beaucoup de leurs professionnels, il faut pouvoir les accompagner dans les progrès à réaliser. C'est le vœu que je forme, au seuil déjà de la cinquième année de l'application de la loi.

Laurent Vachey, directeur de la CNSA



Synthèse des rapports d'activité des MDPH sur l'année 2008

“ Les MDPH, an III, la vigilance ”

Le titre du rapport de l'année dernière était : « *les MDPH : vers la maturité ?* ». Est-il possible, un an après, de supprimer le point d'interrogation ?...

Alors que les MDPH sont maintenant bien établies dans le paysage administratif français, qu'elles sont connues des personnes handicapées, de leurs familles, des élus locaux et des autres services publics, alors qu'elles sont reconnues, comme constituant un progrès sensible par rapport à l'ancien système, ont-elles acquis, en trois ans, et bientôt quatre, ce niveau de maturité, qui sans être obligatoirement d'excellence, est celui que l'on attend d'un nouveau service public ? D'autant que ce service, s'adressant à des personnes et à des groupes qui sont encore parmi les plus exclus de notre société, constitue le pilier d'une politique déclarée priorité nationale.

La lecture des rapports de cette troisième année de fonctionnement, les observations faites lors de rencontres dans les départements, comme dans les groupes de travail que la CNSA continue de proposer, les remarques, voire les signaux d'alerte, transmis par les associations, ne permettent pas encore, semble-t-il, de supprimer ce point d'interrogation. Il est sans doute encore trop tôt pour qualifier le chemin parcouru par les nouvelles maisons départementales, en titrant : « Les MDPH : en vitesse de croisière... » ; certains dans les départements se montrant encore inquiets du fonctionnement actuel de leur MDPH.

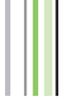
Mais ce n'est pas un tableau sombre qui ressort de ces différentes observations, tant l'investissement dans ce champ, comme l'énergie déployée par les professionnels, sont indéniables aujourd'hui, que ce soient les directeurs des maisons départementales et leurs collaborateurs, les élus et les services des conseils généraux, comme les associations qui siègent dans les deux instances, de la COMEX du GIP et de la CDAPH.

Du point de vue quantitatif, les chiffres sont éloquentes, que ce soit en ce qui concerne le nombre d'agents qui travaillent dans les MDPH, le nombre de demandes traitées et celui des séances de commissions, les nouveaux points d'accueil des personnes, avec le souci d'un maillage territorial dans beaucoup de départements, de plus en plus souvent dans une approche commune personnes âgées/personnes handicapées.

Du point de vue qualitatif, le bilan demeure encore difficile à faire. Si un jugement de la situation des MDPH pouvait être avancé, il serait très partiel, tant la réelle connaissance de leur fonctionnement est encore difficile à établir, l'état des systèmes d'information en étant une des causes. De ce fait, les observations actuelles se fondent encore trop souvent sur le ressenti local, sans que l'objectivation des choses soit encore suffisante.

Quand on peut avancer des données, elles sont souvent assez contrastées d'un département à l'autre et d'une fonction à l'autre sur un même département.

Une seule certitude : la pression des demandes adressées à la MDPH continue à se faire sentir. L'augmentation du nombre de demandes semble généralisée, de 8 à 10 % entre 2007 et 2008.



Tous les rapports indiquent évidemment que l'arrivée de la PCH pour les enfants le 1^{er} avril 2008 a demandé un important investissement des équipes, aussi lourd que l'inquiétude qu'elles avaient eue devant le peu de temps qui leur était laissé pour mettre en place cette évolution juridique (pourtant inscrite explicitement dans la loi). Il en est de même en fin de cette année 2008 pour la réforme de l'allocation pour adultes handicapés prévue par la loi de finances 2009.

Ce document de synthèse s'appuiera tout d'abord sur des éléments recueillis dans les rapports des présidents de conseils généraux sur les MDPH et des données de fonctionnement des maisons départementales transmises régulièrement par une très grande majorité de départements, et ensuite sur des informations recueillies lors de déplacements sur le terrain et dans les groupes de travail nationaux.

Certaines remarques ressortent notamment des rencontres organisées avec les représentants des départements – conseils généraux et MDPH – en vue de la signature des nouvelles conventions, même si ces rencontres ont eu lieu au printemps 2009.

Bien que la convention bilatérale entre la CNSA et chaque département prévoit la transmission à la CNSA d'un rapport annuel au 30 juin, on ne pourra que regretter que seuls quatre-vingt-deux départements aient rempli cette obligation à la fin octobre 2009.

Beaucoup de rapports départementaux, outre l'exploitation et le commentaire des données chiffrées, formulent des observations générales, émettent des critiques et présentent des propositions d'amélioration du dispositif.

La majorité souligne la nécessaire durée pour asseoir le nouveau dispositif qui « *constituant un défi de société ne pourra être relevé que dans le long terme* ». Et alors que les attentes des usagers sont évidemment dans le court terme, voire dans l'immédiat quelquefois, la gestion d'une maison départementale peut être écartelée entre ces deux exigences... Par ailleurs, les termes de « *changement de culture* », de « *révolution culturelle* », de « *nouveau regard* », d'« *égalité des droits* », d'« *écoute de la personne* », autant de termes qui, entendus lors des débats parlementaires et repris ensuite par les associations à tous niveaux, sont également ceux qui reviennent aujourd'hui, comme des leitmotifs, dans les rapports des maisons départementales.

La rencontre entre les anciennes équipes, auxquelles se sont ajoutés les nouveaux recrutements, devenus d'ailleurs majoritaires, semble aujourd'hui, à la lecture des propos départementaux, en voie d'être réussie; une des dernières expressions, largement entendue, est bien celle de « **culture commune** ».

La question reste posée des capacités de la MDPH à constituer un creuset des politiques publiques du handicap sur un département, alors que les forces sont encore centrifuges. Au titre de leur visibilité, peut-être même de leur reconnaissance locale, des MDPH ont organisé avec leurs conseils généraux et les autres services du département, des forums, assises ou autres journées départementales du handicap⁽¹⁾.

Ainsi au-delà de leurs strictes compétences, elles acquièrent une place originale dans les départements.

Comme les deux premières années, le rapport traitera d'abord du fonctionnement administratif des services, puis des différentes fonctions de la maison départementale prévue par la loi du 11 février 2005.

Parmi les différents thèmes, une place plus importante sera réservée par rapport au document de l'année dernière, aux chapitres relatifs à l'évaluation, aux systèmes d'information, au contentieux, ainsi qu'à la scolarisation et à l'insertion professionnelle.

Sans porter un jugement global, la conclusion synthétisera les inquiétudes actuelles, en avançant si possible des propositions d'évolution, sinon déjà de réformes.

1. On peut citer, entre autres, le Cantal qui a organisé avec ses partenaires de l'État et de l'insertion sociale et professionnelle, et avec le monde économique, un « forum pour l'emploi des personnes handicapées » qui s'est conclu par la signature d'un pacte territorial pour l'emploi avec les entreprises cantaliennes. Ou celui du Finistère qui a couplé l'inauguration de sa MDPH avec une journée participative sur la politique départementale en direction des personnes handicapées.

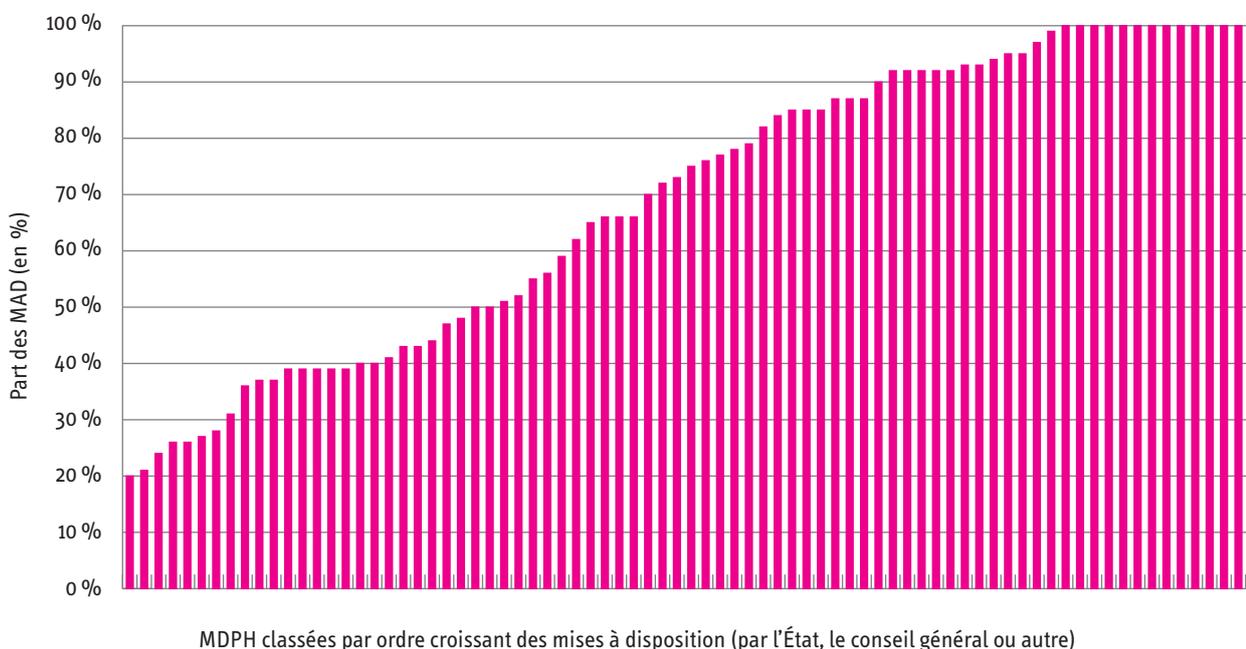
1. Un fonctionnement qui se consolide

1.1 Les personnels des MDPH

On notera que, si le problème des agents de l'État mis à disposition du GIP n'était toujours pas réglé fin 2008, les recrutements de professionnels supplémentaires se sont poursuivis à un rythme soutenu. Rares sont les rapports qui ne regrettent pas ces départs des personnels des services déconcentrés, voire ne dénoncent ce manque de réponse de l'État à ses engagements conventionnels.

Certains se plaignent également du caractère incompréhensible des divers versements financiers de l'État, qu'il s'agisse des remboursements des crédits de fonctionnement ressortant des conventions constitutives ou des subventions ponctuelles, versées au titre du remplacement des emplois non mis à disposition.

Mises à disposition dans le total de l'effectif de la MDPH – État des lieux à fin 2008 – Échantillon : 77 MDPH



17% des MDPH ne sont pas employeurs

- Toutes les MDPH fonctionnent avec au moins 1/5 de l'effectif mis à disposition par l'État ou le conseil général. Un tiers des MDPH ont entre 20 % et 50 % de personnels mis à disposition.
- Près d'un tiers des MDPH ont 90 % ou plus de personnels mis à disposition.
- Deux tiers des MDPH ont plus de 50 % de leur effectif mis à disposition.

Le ratio entre les personnels venant des anciens services de l'État et ceux recrutés par les départements pour le nouveau dispositif est largement en faveur de ces derniers. Les fonctionnaires de l'État ne représentent, aujourd'hui, qu'un peu plus du quart des effectifs des MDPH (28 %).

Si, comme on l'a dit dans le rapport de l'année dernière, certains GIP sont directement employeurs ⁽²⁾, on confirme ici que la grande majorité des nouveaux emplois ont été créés par les conseils généraux, avec le statut de la fonction publique territoriale, que ces emplois aient pu être financés sur le budget départemental ou qu'ils aient pu l'être grâce aux concours versés par la CNSA (enveloppe nationale de 45 M€ en 2008, portée à 60 M€ en 2009).

2. Ces chiffres sont confirmés par ceux des dépenses de personnel ressortant de l'étude des budgets des MDPH, qui fait apparaître que les dépenses engagées directement par les GIP s'élèvent à 79,7 MD pour 1300 emplois (ces emplois directs, souvent de haut niveau, coûtent 50 % de plus que ceux mis à disposition par l'État et ceux rémunérés par les CG sur le statut de la fonction publique territoriale).

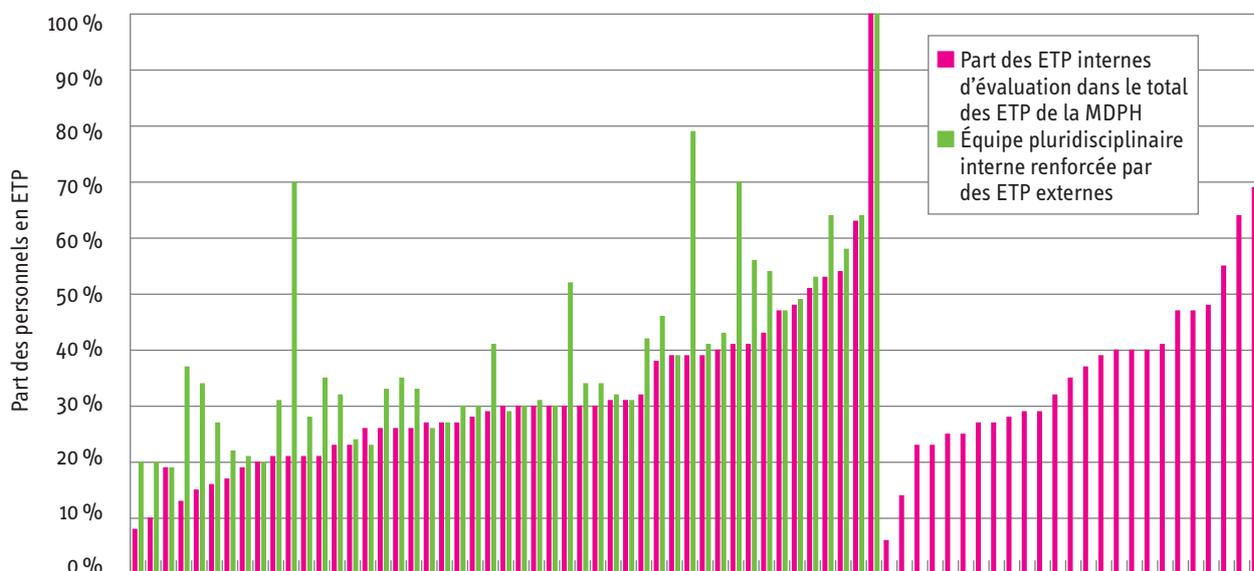
Aujourd'hui ce sont quelque 4 600 emplois permanents qui existent dans les MDPH, soit près de trois fois plus que ceux qui travaillaient dans les deux anciennes commissions. La plupart des départements de moins de 300 000 habitants disposent, par exemple, d'au moins une trentaine d'emplois³⁾, et la majorité des départements « millionnaires » de plus de quatre-vingt.

De façon très globale, on peut considérer que sur ce chiffre national, près de 1300 agents sont encore mis à disposition par l'État, 1300 autres emplois ont pu être créés avec la subvention de la CNSA et que les autres ont été directement pris en charge par les départements, soit plus de 40 % des effectifs.

Dans ces tableaux de personnel, un tiers constitue l'équipe pluridisciplinaire et, si on prend en compte les équipes externes, ce sont 40 % des professionnels des MDPH qui assurent ainsi une mission d'évaluation.

Un grand nombre de départements reconnaissent combien ces équipes, qui sont encore loin de pouvoir toujours se déplacer au domicile de la personne handicapée, sont essentielles; beaucoup indiquent leur volonté de poursuivre les recrutements d'experts, mais disent aussi que les recrutements sont difficiles pour certaines professions (médecins évidemment et ergothérapeutes, profession dont les MDPH reconnaissent complètement l'intérêt...).

Part des personnels affectés à l'évaluation dans le total des ETP de la MDPH – Échantillon : 74 MDPH



Rang des MDPH classées par ordre croissant de la part des ETP internes de la MDPH pour l'évaluation

- En moyenne, la part des ETP affectées à l'évaluation compte pour 31 % du total des effectifs de la MDPH.
- Les effectifs affectés à l'évaluation représentent 39 % du total en tenant compte des équipes externes qui viennent renforcer l'équipe de la MDPH.

Les actions de formation des personnels, quelquefois des membres de la CDAPH, sont très souvent citées, non seulement comme une nécessaire mise à niveau sur l'application des textes, mais comme un indispensable levier du changement.

Outre les projets de service étudiés et mis en œuvre dans beaucoup de MDPH, l'informatisation est l'occasion d'organiser des formations spécifiques, voire constitue l'opportunité d'une meilleure organisation et d'une évolution des procédures de travail comme du management interne⁴⁾.

3. À titre d'exemple, la MDPH de la Martinique (département de 400 000 hts) dispose de trente-neuf emplois permanents.

4. La Gironde a, par exemple, identifié six projets-métiers : le cycle du dossier du demandeur, l'évaluation, le pôle enfance, la consolidation du pôle adultes, la maintenance, les statistiques.

1.2 L'accueil et les locaux

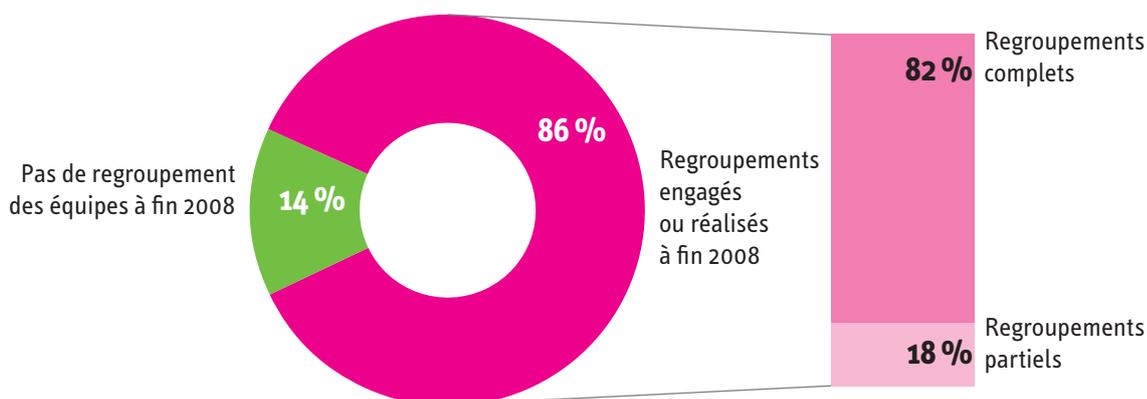
Sur cette fonction, toujours considérée comme première pour le succès de la réforme, on notera les progrès réalisés depuis trois ans pour réunir les personnels dans des locaux communs.

La très grande majorité des MDPH est aujourd'hui installée sur un même site, après que de nouveaux locaux aient été aménagés, permettant le regroupement des différentes équipes. Pour 82 % des maisons départementales, ce regroupement est complet.

Elles ont par ailleurs engagé une démarche d'accessibilité, tant des locaux que pour la réception des différents publics. À ce titre, beaucoup de départements citent l'accès facilité pour les personnes sourdes et malentendantes.

Seuls 14 % des départements n'avaient pas encore réalisé cette opération fin 2008. On mesure ainsi la détermination des conseils généraux dans ces opérations immobilières, en seulement trois ans ; cela est d'autant plus à noter que, lors de l'examen de la loi de 2005, beaucoup se demandaient si la MDPH n'était pas d'abord un concept de travail en commun, sans obligation d'unité de lieu...

Regroupements des équipes à fin 2008 – État des lieux – Échantillon : 86 MDPH

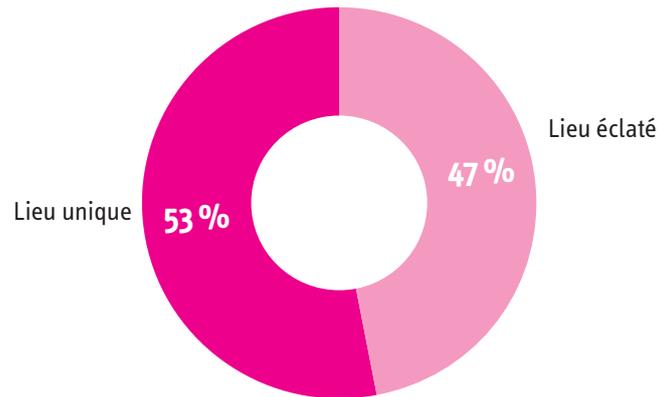


- Au total 88 % des MDPH ont engagé une démarche d'accessibilité. Elles sont d'autant plus nombreuses à avoir engagé une démarche d'accessibilité qu'elles ont engagé un regroupement (partiel ou total) : 93 %

S'agissant de la territorialisation de la MDPH, la création de lieux d'accueil sur différents points du département n'apparaît pas encore comme majoritaire (47 %), les maisons départementales ayant d'abord voulu garantir l'unité de leurs équipes professionnelles avant de les déployer éventuellement sur leurs territoires⁽⁵⁾. Quand des points d'accueil sont installés, ils sont d'abord greffés sur les unités territoriales d'action sociale du conseil général, les CCAS, les CLIC ou les antennes des CAF n'étant impliqués globalement que dans un quart des départements. On notera toutefois que les CCAS, pourtant nommément désignés dans la loi et jusqu'ici quasiment absents des organisations départementales, sont de plus en plus cités dans les collaborations locales, souvent avec des protocoles d'accueil contractuels.

5. Parmi les départements les plus engagés, et sans faire une liste exhaustive qui serait en pleine évolution, on peut citer : l'Isère, avec ses 13 services « autonomie », ouverts à toute personne quel que soit son âge ou son handicap, ainsi que le Rhône avec ses 52 « maisons du Rhône » implantées sur chaque canton du département.

Organisation de l'accueil sur le territoire – État des lieux en 2008 – Échantillon : 79 MDPH



- Quand le lieu d'accueil est éclaté sur le territoire, 70 % des MDPH s'organisent avec les unités territoriales du conseil général (Échantillon : 37 MDPH). En 2007, elles étaient 60 % à organiser l'accueil avec les unités territoriales du conseil général.
- Les organisations avec les CCAS, les CLIC et les CAF intervenant sont moins fréquentes mais participent à l'accueil respectivement dans 29 % 28 % et 21 % des départements.

Ces évolutions peuvent apparaître assez peu rapides, tant on pensait, lors de la création des MDPH, que les conseils généraux seraient décentralisateurs eux-mêmes sur leur territoire, mais on peut citer un nombre significatif de départements qui sont très engagés dans cette territorialisation, particulièrement avec les projets de création de maisons départementales de l'autonomie (MDA), permettant, par le rapprochement des services s'adressant aux personnes âgées de ceux des MDPH, de mutualiser les compétences techniques et d'assurer un meilleur maillage territorial, au moins en terme d'accueil et d'évaluation ; les plus avancés y organisant aussi le suivi et l'accompagnement.

Dans les réflexions sur la qualité des services d'accueil, on peut mentionner les expériences d'accueillants tournants, les agents d'accueil n'étant plus des permanents, mais effectuant aussi de l'écoute téléphonique et du traitement de dossiers administratifs.

Cette relative polyvalence apparaît pour beaucoup assez heureuse, car elle permet à des agents administratifs de voir leurs « clients » et aux personnels d'accueil d'apprécier le cheminement d'un dossier, tandis que le chargé d'accueil téléphonique ne restera plus toute la journée avec ses écouteurs, très souvent confronté aux difficultés de communication...

La pluri-compétence professionnelle semble aujourd'hui être d'autant facilitée que les nouveaux recrutements sont effectués à un niveau de compétences plus élevé.



1.3 Les systèmes d'information

1.3.1 Un bref historique d'une histoire déjà longue

Les MDPH, lors de leur création en 2006, ont hérité de deux systèmes d'information : celui permettant la gestion informatique des COTOREP (le logiciel ITAC) pour les situations d'adultes, et son homologue pour les enfants et les CDES (le logiciel OPALES).

Ces deux logiciels nationaux permettaient d'effectuer la gestion administrative des dossiers des personnes handicapées, depuis la formulation de leur demande jusqu'à la décision de la nouvelle CDAPH, mais sans couvrir les nouvelles missions des MDPH, notamment celles concernant l'évaluation de la situation des personnes et le plan personnalisé de compensation.

Ainsi, confrontées à l'abandon de ces deux logiciels nationaux, alors que les départements avaient affirmé leur volonté de pouvoir choisir librement leur logiciel, les maisons départementales ont dû assurer l'achat d'un nouveau logiciel répondant à leurs nouvelles missions.

L'abandon des applications ITAC et OPALES par les MDPH s'est avéré finalement plus long que prévu. En effet, alors que l'abandon était initialement planifié pour la fin 2007, une prolongation a été nécessaire jusqu'à la fin de l'année 2009.

En 2006, seule une MDPH abandonnait les applications nationales ITAC et OPALES.

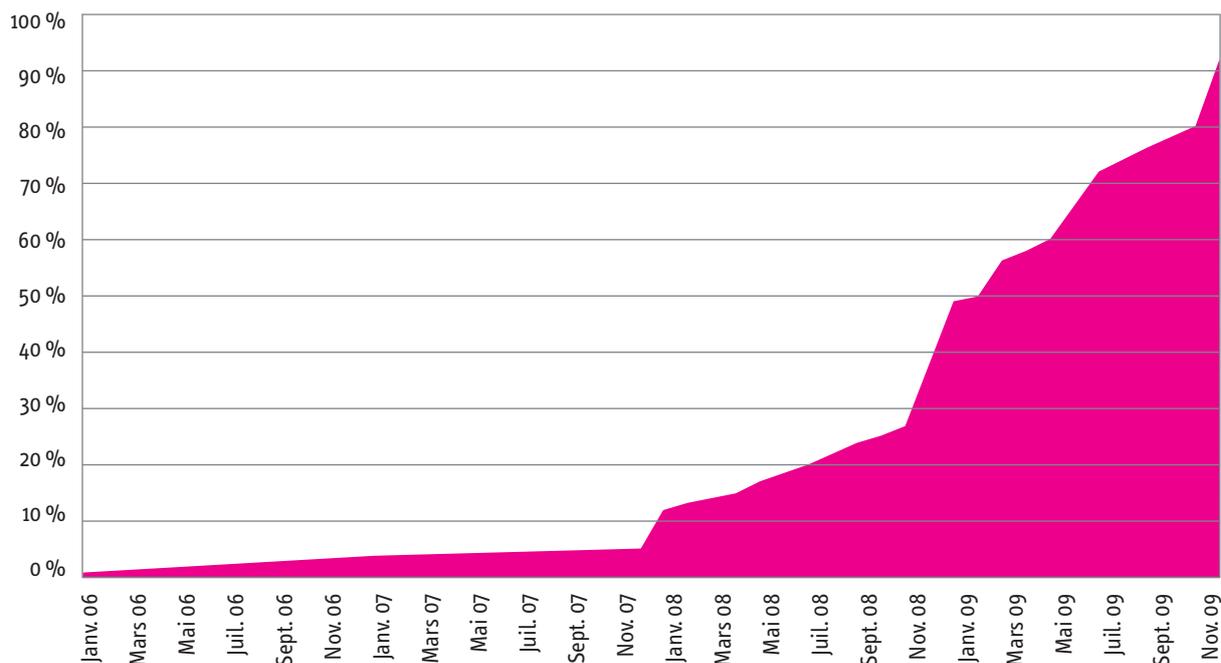
En novembre 2006 une réunion à la CNSA avait permis aux MDPH d'exprimer leur besoin de disposer d'un cadre conceptuel préalable pour lancer un marché public pour leur informatisation.

En mai 2007, la CNSA mettait à la disposition des MDPH et des éditeurs de logiciels intervenant déjà dans les départements, le document appelé « *spécifications fonctionnelles détaillées nationales* » définissant les données à intégrer dans les systèmes d'information des MDPH et dans celui de la CNSA. Ce document définissant l'ensemble des données et les nomenclatures associées, a permis aux MDPH de lancer un appel d'offres pour leurs nouvelles acquisitions.

En mars 2008, un « *salon du logiciel des MDPH* » réunissait sur deux jours, à la CNSA, l'ensemble des prestataires développant des solutions d'informatisation ; plus de la moitié des départements, au cours de cette manifestation, ont pu voir des démonstrations et prendre les contacts nécessaires. Cette année 2008 a vu l'abandon des logiciels ITAC et OPALES par une cinquantaine de MDPH. Pour faciliter cette évolution, la CNSA a mis en place un protocole d'arrêt de service assurant aux MDPH de disposer d'une dernière extraction des données d'ITAC et d'OPALES. La CNSA leur a par ailleurs fourni le logiciel VISITOP qui permet de visualiser ces données.

Enfin l'année 2009 va voir l'ensemble des MDPH basculer vers leurs nouveaux systèmes d'information (avec quelques difficultés locales dues aux retards pris).

Date de bascule / cumul



Le périmètre couvert par ce nouveau système d'information évolue progressivement : il a d'abord permis la gestion administrative des demandes, puis l'intégration des informations sur le plan personnalisé de compensation, avec l'informatisation de l'évaluation. Cette évolution s'est accompagnée d'un accroissement du nombre de données à saisir entraînant ainsi un allongement temporaire des délais dans le traitement des demandes, très sensible dans cette phase d'appropriation du nouveau logiciel par les équipes d'instruction des maisons départementales.

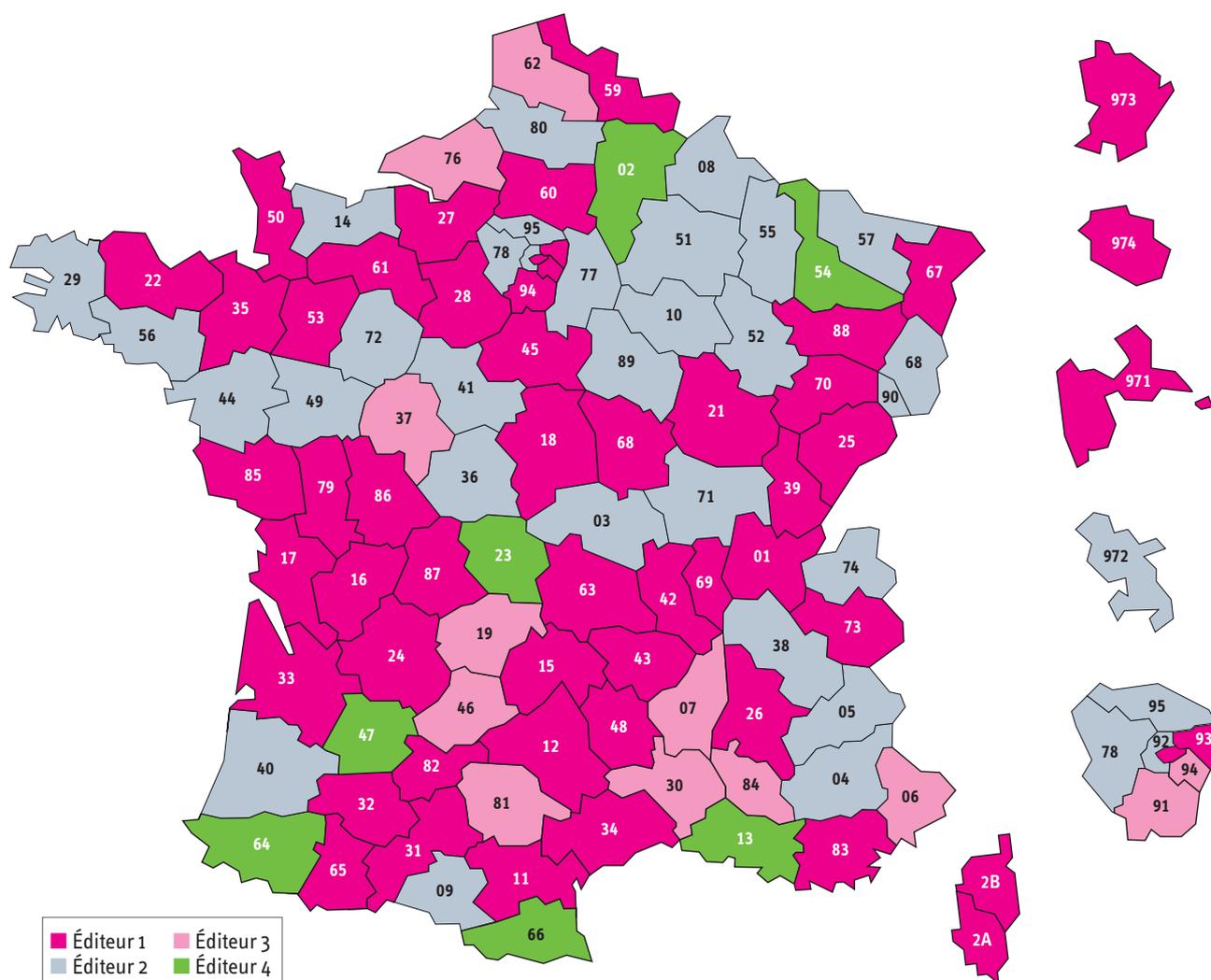
La CNSA a accompagné ces évolutions dans les MDPH de façon rapprochée. Ainsi sur le module d'évaluation, elle a contribué à la rédaction d'un arrêté, publié en mai 2008, explicitant les nomenclatures à utiliser lors de l'évaluation d'une personne en situation de handicap. D'autre part, la CNSA anime un réseau de coordinateurs d'équipes pluridisciplinaires d'évaluation qui, par ses échanges sur l'organisation du processus d'évaluation au sein des MDPH, contribue à faire avancer la possibilité d'informatisation de cette fonction.

Dans cette même perspective, la CNSA a lancé plusieurs groupes sur les échanges entre les MDPH et leurs partenaires locaux (CAF, MSA, inspecteurs d'Académie...) afin de cartographier les échanges d'informations dans le but final de simplifier et de dématérialiser ces flux pour faciliter les missions des MDPH dont celle de suivi des décisions, stratégique pour la réussite de la réforme.

En conclusion, la difficulté, souvent exprimée depuis trois ans, de la mise en place des nouveaux systèmes d'information des MDPH s'explique par :

- une réforme réglementaire qui a nécessité un temps relativement long ; ce fut le décret du 15 mai 2007 créant un traitement informatique automatisé des données des GIP-MDPH, texte longuement étudié avec les services de l'État et de la CNIL. C'est ainsi que l'absence de cadre réglementaire n'a pas permis aux MDPH de débiter vraiment leurs projets d'informatisation dès le début de l'année 2006, mais seulement un an et demi plus tard ;
- une raison structurelle : la loi du 11 février 2005 a conféré de larges missions aux MDPH, qu'il a fallu traduire en concepts informatiques. À titre d'exemple, l'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap a donné lieu à une phase de définition réglementaire afin d'identifier les nomenclatures à utiliser au cours d'une évaluation, puis par une phase d'animation du réseau pour valider les concepts et repérer les processus, avant d'aboutir en 2009 ou 2010 à une phase d'informatisation complète ;
- le choix du logiciel : les éditeurs, fournisseurs habituels des départements, ont attendu la stabilisation réglementaire et conceptuelle avant de proposer des solutions logicielles aux MDPH ;

- le contexte humain : le projet d'informatisation a souvent demandé aux MDPH de mobiliser en leur sein de nouvelles compétences, qu'il s'agisse de former les personnels ou d'assurer une maîtrise d'ouvrage qualifiée pour définir les besoins et pour lancer un marché informatique. L'appropriation des nouveaux logiciels par des instructeurs habitués aux outils anciens a demandé un accompagnement, d'autant plus qu'à cette occasion des changements d'organisation ont souvent été effectués (rapprochement des instructeurs enfants et adultes notamment).



1.3.2 Un système d'information partagé

En parallèle de ces travaux locaux d'informatisation des MDPH, la CNSA a lancé en mai 2006, le projet sur le partage d'information en application de l'article 88 de la loi du 11 février 2005. Ce projet vise à mettre en place des outils de pilotage cohérents et harmonisés entre toutes les MDPH et la CNSA, reposant notamment sur un système informatique produisant des statistiques et des indicateurs partagés. Le décret du 22 août 2008 a ainsi précisé les modalités d'utilisation et les finalités du futur Système d'Information Partagé (SIP) dans le but de :

- disposer d'une meilleure connaissance de l'activité des MDPH ;
- améliorer les connaissances relatives aux besoins des personnes handicapées et aux réponses apportées à ces besoins ;
- avoir une meilleure connaissance du contenu des décisions, des éventuels recours contentieux, ainsi que du suivi de l'exécution de ces décisions ;
- contribuer à une meilleure gestion des politiques du handicap dans les domaines de l'emploi et l'éducation, des structures d'accueil – établissements et services médico-sociaux -, de la compensation individuelle du handicap, tant en termes techniques que financiers ;
- permettre aux MDPH de disposer des outils nécessaires à la mise en œuvre d'autres actions en direction des personnes handicapées ;
- transmettre à la CNSA les données validées lui permettant de veiller à l'équité dans le traitement des demandes sur le territoire national, une mission essentielle qui lui est confiée par la loi.

En 2007, la CNSA a piloté un groupe de travail qui s'est réuni trois fois afin de définir les indicateurs nécessaires aux différents services de l'État. La CNSA a développé ensuite à partir de 2008 une première version d'un SIP mettant à disposition les indicateurs choisis par le groupe. Ce SIP est rentré à partir de juillet 2009 en phase d'expérimentation, avant un basculement en production en 2010.

La CNSA relance à la fin de l'année 2009 une nouvelle expression approfondie des besoins, en s'appuyant sur la première version du SIP.

En vue de structurer le SIP autour d'enjeux communs aux acteurs concernés par le handicap, la CNSA développe une nouvelle démarche d'expression de besoin, organisant les étapes et les modalités d'échanges permettant aux acteurs d'exprimer leurs besoins en termes d'outils de pilotage.

Au cours de l'année 2009, la CNSA a rencontré plusieurs acteurs locaux et nationaux de la politique du handicap pour mieux saisir leurs attentes. Grâce aux différents entretiens et séminaires réalisés, la CNSA a structuré les besoins des acteurs à travers des grands thèmes de la politique du handicap : connaissance des personnes handicapées et de leurs situations de vie, emploi, scolarisation etc. À chacun de ces thèmes sont associés des objectifs et des indicateurs. Au cours du mois d'octobre 2009, la CNSA programme une vingtaine de rencontres avec des acteurs stratégiques du handicap. Ces entretiens bilatéraux permettront à la CNSA de compléter la structuration des besoins en matière de pilotage de la politique du handicap. Cette démarche sera une amorce à l'expression de besoins.

En conclusion, l'émergence du SIP a nécessité des travaux divers, notamment sur :

- l'aspect réglementaire : le décret du 22 août 2008 a nécessité une forte articulation avec les services de l'État et avec la CNIL pour définir les finalités du SIP et les grands blocs de données qu'il comporte, ainsi que de déterminer les utilisateurs concernés. L'arrêté définissant les formats et les nomenclatures est en cours de finalisation. Pour modifier la loi du 11 février 2005, le vecteur de la loi HPST a été utilisé afin de supprimer le terme « agrégé ».
- l'aspect technique : il a fallu monter un socle technique permettant de mettre en place une première version. Cela passe par une étape de formalisation du besoin, puis de lancement d'un marché public de réalisation, enfin la réalisation proprement dite, assortie de tests..., autant d'étapes indispensables à la mise en place d'un véritable système d'information partagé. Ce SIP s'appuyant sur un logiciel permettant d'anonymiser les données, il a fallu trouver l'articulation conventionnelle indispensable avec la CNAMTS pour que son logiciel d'anonymisation puisse être mis à disposition des MDPH ;
- l'animation du réseau : les utilisateurs du SIP sont nombreux et leurs attentes sont diverses en fonction de leurs missions propres. Ainsi, le travail de rencontres locales, d'explication et d'animation représente une étape incontournable pour l'expression la plus complète des besoins.

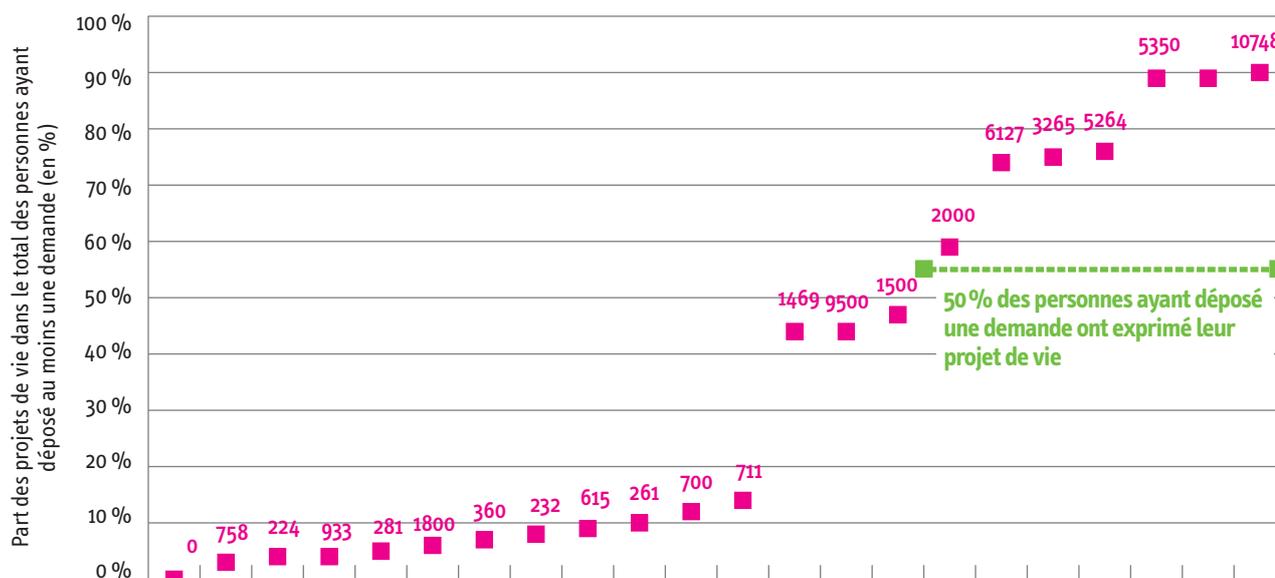
1.4 Certaines missions sont mieux reconnues

Les rapports et les données statistiques de 2008 font ressortir les évolutions suivantes sur les différentes fonctions de la MDPH, telles qu'elles ont été fixées par la loi du 11 février 2005.

1.4.1 Le projet de vie

Si on peut se féliciter que le principe du projet de vie soit aujourd'hui accepté, et son concept compris par tous, il apparaît que sa formalisation est loin d'être généralisée.

Part des projets de vie dans le total des personnes ayant déposé au moins une demande à la MDPH en 2008 Échantillon : 22 MDPH



MDPH rangées par ordre croissant en % de projets de vie réalisés dans le total des personnes ayant déposé au moins une demande

- Dans près d'un tiers (31,8 %) des MDPH de l'échantillon, au moins 50 % des personnes (enfants et adultes) ayant déposé au moins une demande en 2008 ont exprimé leur projet de vie.

Bien que très peu de départements aient transmis des informations sur ce thème (22 réponses), on ne peut que remarquer la faiblesse du nombre de personnes qui formulent un projet de vie lors de leur dépôt de demandes auprès de la MDPH. Celui-ci existe dans seulement 10 % des demandes dans une moitié de départements, tandis que dans l'autre moitié, la moyenne monte à 50 %. Malgré cette faiblesse évidente, le taux relatif augmente sensiblement...

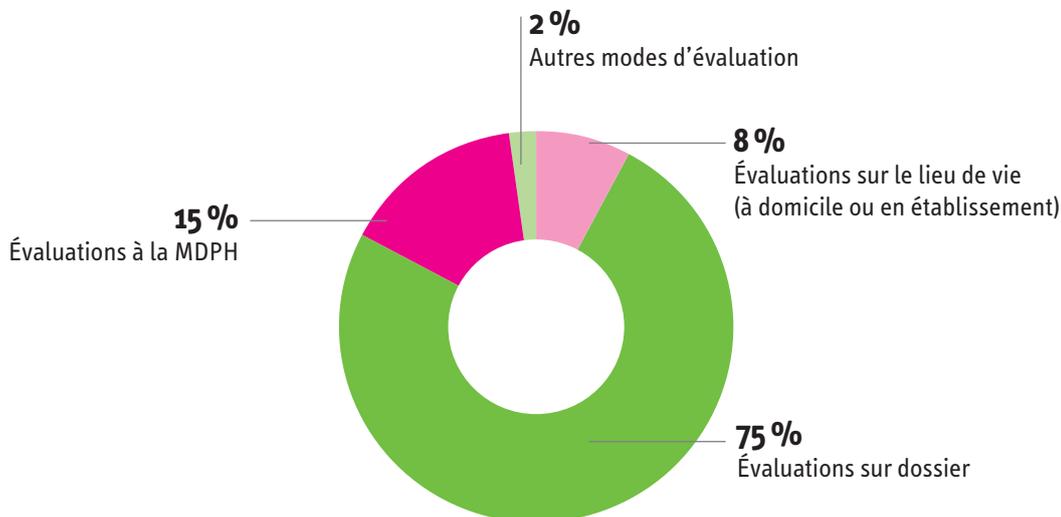
1.4.2 L'évaluation

L'évaluation constitue, dans l'économie générale de la loi, un domaine nouveau quant à la doctrine, avec la création d'une équipe pluridisciplinaire, chargée d'évaluer les besoins de la personne handicapée dans son environnement.

On peut aujourd'hui affirmer que les progrès sont bien réels, même si les capacités d'intervention de ces équipes doivent se développer, voire leurs pratiques évoluer. Pour la moitié des départements ayant transmis des données, l'évaluation pluridisciplinaire est réalisée dans presque toutes les situations (90 %), et les deux tiers dans 75 % des cas. On note toutefois que ces évaluations sont effectuées sur dossiers pour les trois quarts des demandes (même chiffre qu'en 2007).

Les missions d'évaluation sur le lieu de vie de la personne handicapée (domicile ou établissement) ne sont toutefois effectives que dans 8 % des demandes.

Répartition des modes d'évaluation en 2008 – Échantillon : 40 MDPH



- Trois quarts des évaluations sont réalisées sur dossier.
- 8 % des évaluations sont réalisées sur le lieu de vie (4 % en 2006, 7 % en 2007).

La prise en compte du caractère essentiel de cette fonction apparaît dans la majorité des rapports qui soulignent, à la fois, le nombre de professionnels impliqués et la grande quantité de réunions qui se sont tenues, tout au long de l'année. L'objectif poursuivi par les MDPH est bien de développer la performance des évaluations effectuées, tant en qualité qu'en quantité.

a) La constitution et l'élargissement des équipes pluridisciplinaires

La majorité des rapports témoigne de l'accroissement des membres de ces équipes, tant en nombre qu'en compétences, indispensable pour faire face à la charge de travail représentée par le volume croissant des demandes et la nécessité d'une approche la plus individualisée possible des situations.

Des recrutements internes de professionnels dans différentes spécialités dont souvent des ergothérapeutes et un renforcement d'autres catégories comme les médecins, ont été indispensables dans de nombreuses MDPH. Les délais ou les difficultés de recrutement ont parfois freiné la capacité de montée en charge de ces équipes.

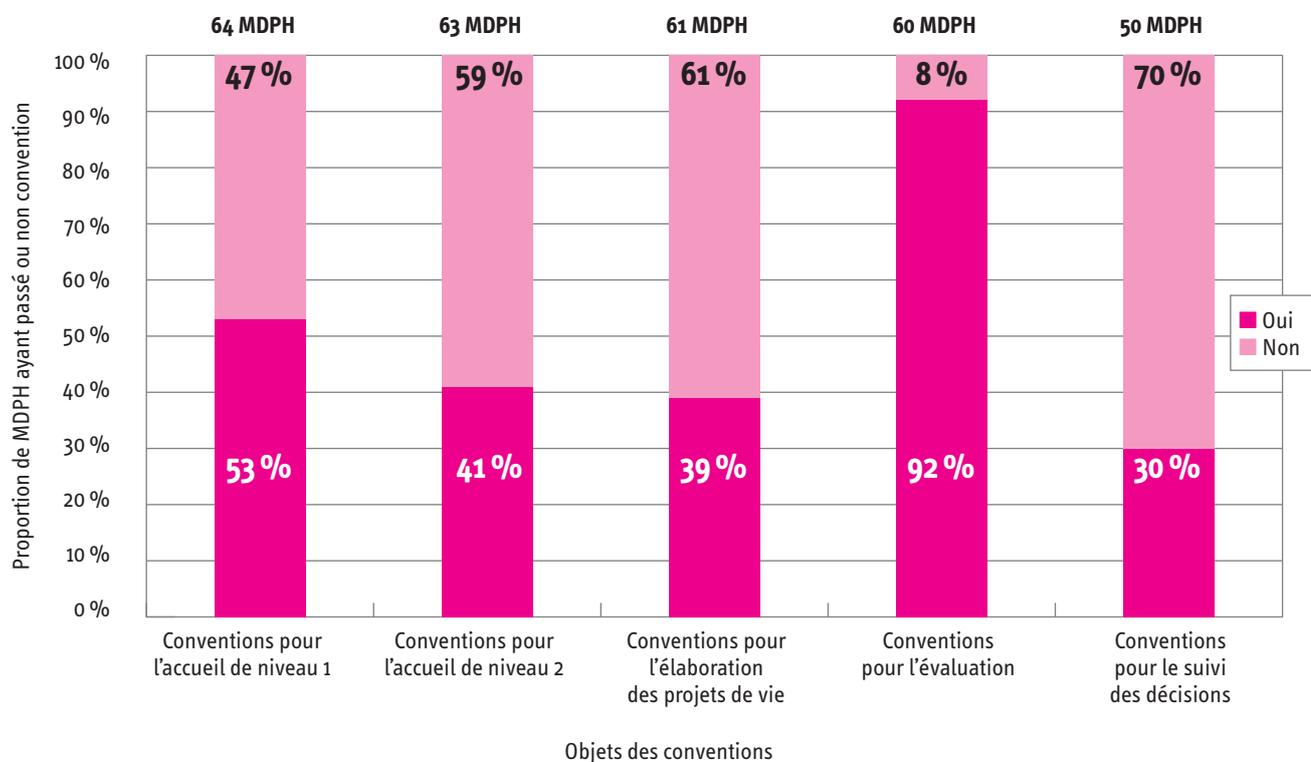
La construction de partenariats pour s'adjoindre des compétences externes a considérablement augmenté au cours de l'année; beaucoup de maisons soulignent d'ailleurs l'importance reconnue de ces regards croisés et complémentaires qui contribuent à la richesse de l'évaluation pour obtenir une compréhension globale des situations étudiées.

Des professionnels différents contribuent désormais partout aux travaux de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation, selon les compétences nécessaires, soit en fonction de la situation de la personne (nature du handicap nécessitant un apport de compétence particulière, comme par exemple pour le handicap psychique), soit en raison de la nature de la demande principale à examiner (orientation scolaire ou professionnelle notamment).

Toutes les MDPH ont passé des **conventions**, plus d'une dizaine en général par département, avec des organismes ou des institutions diverses; certaines font l'objet de financements spécifiques, c'est souvent le cas des associations locales, d'autres sont des protocoles d'accord gratuits, en ce qui concerne les services hospitaliers, les CRAM et MSA... Ces experts viennent s'ajouter aux professionnels mis à disposition par les membres du GIP (Inspection académique, DDEFP...).

Des contacts se nouent également avec les équipes plurielles des universités pour une évaluation concertée des besoins des étudiants handicapés.

Conventions par mission de la MDPH – État des lieux en 2008



- Plus de la moitié des MDPH ont passé au moins une convention pour l'accueil de niveau 1 et près de la totalité pour l'évaluation en 2008. La moitié des MDPH a passé au moins une convention pour d'autres objets.
- La quasi-totalité des MDPH a passé au moins une convention avec un partenaire extérieur quel que soit son objet.

L'ouverture des équipes pluridisciplinaires à ces acteurs extérieurs, allant dans le sens d'une véritable multidisciplinarité, concerne aussi bien l'étude des situations des adultes (majoritairement pour les PCH et les orientations professionnelles) que celles des enfants. Pour ces derniers, dans un département donné, il peut y avoir jusqu'à quatre-vingts professionnels différents qui sont associés aux travaux...

La contribution qui leur est demandée signifie le plus souvent une participation aux réunions plénières de l'équipe; les MDPH qui ont mis en place cette collaboration rapprochée, notamment avec les enseignants référents ou les acteurs du service public de l'Emploi, se félicitent de leur implication. D'autres départements préfèrent associer les intervenants extérieurs seulement aux travaux préalables, en amont de la réunion plénière. Cette organisation du travail en commun s'applique évidemment à certains professionnels libéraux qui ne peuvent dégager le temps nécessaire pour une participation longue et régulière.

Parmi les thématiques nouvelles où ces expertises se développent, apparaît souvent l'aide à l'aménagement du logement qui nécessite de plus en plus que de nouveaux partenariats se construisent, avec les bailleurs sociaux notamment.

Les demandes de suivi par un service d'accompagnement à la vie sociale font parfois l'objet d'un traitement particulier. En effet les structures ambulatoires de type SAVS, SAMSAH, SESSAD sont parfois mobilisées pour une fonction d'accompagnement de l'évaluation plus longue destinée à approfondir l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire, en vue d'une meilleure adéquation des réponses apportées à la personne handicapée.

b) L'organisation des modalités de travail

Afin de répondre de la manière la plus adaptée possible, aux besoins des personnes qui adressent leurs demandes à la MDPH, beaucoup ont cherché à organiser la réponse au flux des demandes en mettant en place une organisation à plusieurs niveaux, tout en évitant d'employer les termes de « tri des dossiers »⁽⁶⁾.

Dans un premier temps, toutes les demandes sont examinées par une instance légère de deux ou trois professionnels : le plus souvent un médecin et un technicien administratif, avec un travailleur social ou/et le référent pour l'insertion professionnelle. Cette cellule de la MDPH fait une première analyse de la demande et détermine le mode d'évaluation le plus adapté (visite à domicile, convocation par le médecin, examen par une équipe pluridisciplinaire spécialisée sur l'orientation professionnelle...) ; elle demandera aussi, le cas échéant, les expertises complémentaires nécessaires à une évaluation complète.

Dans certains cas, ces analyses préalables sont confiées à des intervenants spécialisés de la MDPH, par exemple dans le cadre de « points d'orientation sociale » et de « points d'orientation professionnelle », ou concernant l'enfance et dans ce dernier cas, ils y associent les enseignants référents. Il leur incombe de déclencher, pour les demandes complexes, les liaisons nécessaires avec les professionnels qui connaissent la personne handicapée et qui interviennent déjà auprès d'elle. Cette procédure permet ainsi de présenter très rapidement en Commission des droits et de l'autonomie les dossiers suffisamment documentés, pour lesquels les décisions pourront être prises au regard des éléments du dossier. Les évaluations approfondies seront ainsi destinées aux situations qui le nécessitent vraiment.

Des équipes pluridisciplinaires de deuxième niveau étudient les demandes plus complexes, en s'appuyant sur les avis d'acteurs extérieurs les plus appropriés.

Ces équipes restent souvent encore spécialisées entre adultes et enfants, dans la mesure où les membres nécessaires varient en fonction des publics.

Plusieurs raisons conduisent cependant à une organisation plus transversale. Tout d'abord, de nombreuses maisons départementales ont souhaité faciliter la prise en compte de l'évolution des jeunes adultes, entre la fin des études et la vie professionnelle, en traitant spécifiquement les demandes des jeunes de 16 à 25 ans avec une équipe pluridisciplinaire élargie. L'ouverture de la prestation de compensation pour les moins de 20 ans incite également à confier l'évaluation de ces situations à l'équipe qui évalue déjà les situations des adultes.

La volonté de rapprocher les équipes des personnes par une territorialisation est aussi un facteur de décroisement et donc de rupture avec des logiques de répartition de travail par type de prestations.

L'évolution de la législation, notamment en matière d'orientation professionnelle, contribue aussi à rapprocher les équipes chargées des prestations de celles chargées des orientations, afin de garantir une évaluation globale des besoins des personnes.

Beaucoup de ces équipes organisent leurs travaux en créant des occasions de rencontres avec les demandeurs présentant des situations similaires. Mais il apparaît encore que seules les demandes de PCH donnent lieu à une rencontre quasi systématique avec la personne et sa famille, soit à son domicile par un professionnel de la MDPH (infirmière, assistante sociale ou ergothérapeute) ou par un professionnel conventionné (assistante sociale de la CRAM...), soit lors d'une visite médicale organisée à la MDPH ; c'est le cas notamment des demandes de prothèses auditives.

Le temps consacré à l'évaluation à domicile, et donc à une vraie relation avec la personne handicapée peut atteindre une journée de travail soit 1 h 30 à 2 heures passées au domicile, durée à laquelle il faut ajouter les entretiens avec l'entourage de la personne et des temps de restitution. Pour un ergothérapeute qui évalue un besoin d'aménagement du domicile ou d'aides techniques complexes, le temps passé pour étudier la situation d'une personne et faire une préconisation peut atteindre deux à trois jours tout compris. C'est dire la nécessité dans laquelle se trouvent encore les maisons départementales, trois ans après la réforme, de renforcer les effectifs de ces personnels.

6. Des départements mentionnent l'organisation des équipes dans un souci de polyvalence et de proximité ; par exemple l'Indre-et-Loire qui souhaite organiser le travail des médecins par secteur géographique et non plus par type de prestations, et qui met en place des outils communs de formalisation des écrits, avec des fiches de synthèse communes à tous les professionnels ; en notant au passage que les échanges de pratiques, intéressantes entre MDPH, sont également utiles à l'intérieur d'une même maison départementale...



Des réunions de synthèse permettent de faire le point entre tous les professionnels contribuant à l'évaluation et de préparer le plan personnalisé de compensation qui sera soumis au demandeur (voir infra « le plan personnalisé de compensation »).

Certaines maisons organisent des réunions spécifiques d'équipe pluridisciplinaire, pour traiter les recours gracieux, en réunissant au moins les médecins concernés et le coordonnateur.

c) La qualité de l'évaluation, garante d'équité de traitement

Les rapports font apparaître la volonté de donner de la cohérence aux propositions des équipes pluridisciplinaires quand elles sont réparties sur le territoire départemental, afin de garantir l'équité de traitement ; ce travail est réalisé au niveau local, comme au plan national, en diffusant la pratique d'outils communs, comme le GEVA, en analysant les propositions que font les équipes et en organisant des échanges de pratiques sur les dossiers de prestations de compensation.

Les échanges qui ont lieu autour de l'utilisation du GEVA, avec l'intervention des experts de la CNSA, sont cités comme l'occasion de s'interroger mutuellement sur l'appréciation des difficultés de la personne, ses altérations de fonctions et ses limitations d'activité.

Des séances de formation communes sont également mises en place, semble-t-il, de manière assez généralisée, sur les outils ou la démarche d'évaluation, le guide-barème (notamment grâce aux formateurs-relais proposés par la CNSA ou par les organismes référencés par la Caisse) ou sur les prestations et orientations possibles.

Dans de nombreux départements de taille importante, une équipe pluridisciplinaire centrale peut jouer le rôle de conseil pour les cas complexes et d'harmonisation des pratiques ou de régulation, lorsque les équipes sont réparties sur le territoire départemental. Une MDPH a instauré une « commission mensuelle d'appui » qui offre un espace de travail commun aux professionnels sur les cas les plus complexes.

Une mobilisation forte peut être observée sur les aspects les plus délicats de l'évaluation, comme celle des besoins des personnes ayant un handicap psychique qui, faisant souvent l'objet de déni, reste le plus difficile à appréhender : travaux avec les professionnels médicaux et paramédicaux du secteur psychiatrique et des associations de malades et de parents, élaboration d'outils communs, participation aux expérimentations pilotées par la CNSA avec l'ANCREAI, formations actions.

L'évaluation des troubles de l'apprentissage (les *dys...*) a fait l'objet également de travaux entre les professionnels spécialisés et les équipes des MDPH, souvent dans le cadre d'une réunion interdépartementale. Face à la complexité de ce sujet, les coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires, dans le cadre de leurs échanges de pratiques menés par la CNSA, l'ont inscrit comme une priorité de travail en commun.

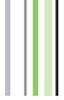
1.4.3 Les relations avec la CDAPH

Des questionnements ou des difficultés de positionnement des membres de la CDAPH par rapport au rôle des équipes d'évaluation ont parfois créé des tensions dans le fonctionnement des maisons départementales. L'intervention d'un binôme de la CNSA composé d'un médecin et d'un juriste a été sollicitée par plusieurs MDPH pour une séance de travail en commun réunissant des membres de la CDAPH et l'équipe pluridisciplinaire, en vue de clarifier le positionnement de chacun des acteurs et pour trouver un fonctionnement respectueux du rôle de chacun.

a) Le plan personnalisé de compensation

Parmi les progrès issus de la loi, le plan personnalisé de compensation, fondé sur le projet de vie et sur les données de l'évaluation, constitue un document quasi contractuel, allant dans le sens de la dignité reconnue de la personne. Même si ce thème n'est que rapidement évoqué dans les rapports annuels, il est présent partout, comme étant constitutif du nouveau service à rendre à la personne handicapée⁽⁷⁾.

7. Le département des Hautes-Alpes mentionne le PPC sous la rubrique « progrès de simplification », avec le lieu institutionnel unique, le dossier unique.



Certaines maisons départementales essaient de généraliser cette « procédure contradictoire ».

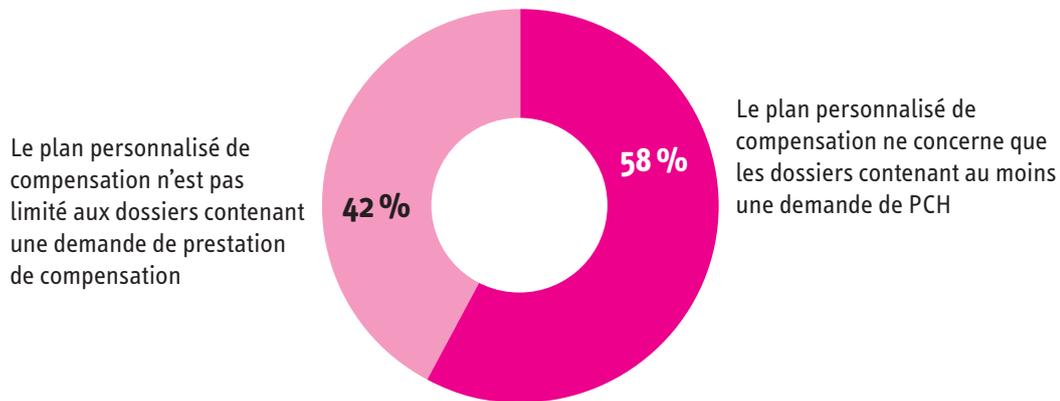
C'est bien évidemment une pratique positive pour les personnes qui ont ainsi l'opportunité de faire connaître leur position sur les propositions de l'équipe pluridisciplinaire.

Telle MDPH a choisi de les faire établir en priorité dans les cas de refus ou d'accord partiel, facilitant ainsi l'expression libre de la personne.

Peu de maisons arrivent à assurer cette synthèse en présence de la personne handicapée elle-même. L'une d'elles le fait et même en tant que de besoin au domicile de la personne.

Certes, ces plans ne sont pas encore établis de manière systématique pour toutes les demandes, ni par toutes les MDPH : en effet les PPC concernent encore exclusivement les demandes de PCH dans plus de la moitié des départements (58 %) ⁽⁸⁾. Le volume important des demandes à traiter apparaissant encore, pour un grand nombre de départements, comme un obstacle définitif à l'application complète de cette procédure prévue par la loi nouvelle.

Part des Plans personnalisés de compensation dans le total des demandes examinées en 2008 Échantillon : 53 MDPH



La très grande majorité des maisons départementales propose un PPC à moins d'une personne sur trois. Environ 10 % des personnes handicapées qui déposent une demande bénéficient d'un plan personnalisé.

Il conviendra de se demander si la loi ne pourrait pas évoluer sur cette question : toutes les demandes ne justifient probablement pas un plan personnalisé de compensation formalisé.

C'est le sens d'une proposition de loi présentée à l'Assemblée nationale en août dernier. Si cette réforme était étudiée, il faudrait alors veiller à l'appliquer avec discernement pour ne pas remettre en question l'importance de la prise en compte de la situation globale de la personne.

8. On n'a pas encore connaissance de décisions judiciaires – TA ou TCI – qui auraient annulé une décision de CDAPH, au motif de l'absence formelle d'un PPC.



b) Les décisions de la CDAPH

Malgré la lourdeur du dispositif institutionnel, ces décisions sont prises pour les deux tiers en commission plénière, sans que l'on puisse dire combien sont réellement prises avec l'examen explicite du dossier, et celles globalement prises sur listes (la grande majorité).

Mais comme l'année dernière, peu de critiques sont faites sur le fonctionnement de ces instances dont l'assiduité des membres est souvent soulignée.

S'agissant du taux d'accord par rapport aux demandes déposées, on voit que ce taux est nettement plus élevé pour les situations d'enfants, où il s'établit à plus de 82 % pour toutes les demandes (hors la prestation de compensation du handicap, seulement mise en place en cours d'année).

Pour les adultes, ce taux est globalement de 70 % (taux moyen pour l'AAH et pour la PCH). Il est beaucoup plus faible pour les compléments de ressources (30 %) et beaucoup plus élevé pour les décisions d'orientation en établissement médico-social et pour celles de reconnaissance de travailleur handicapé (90 %).

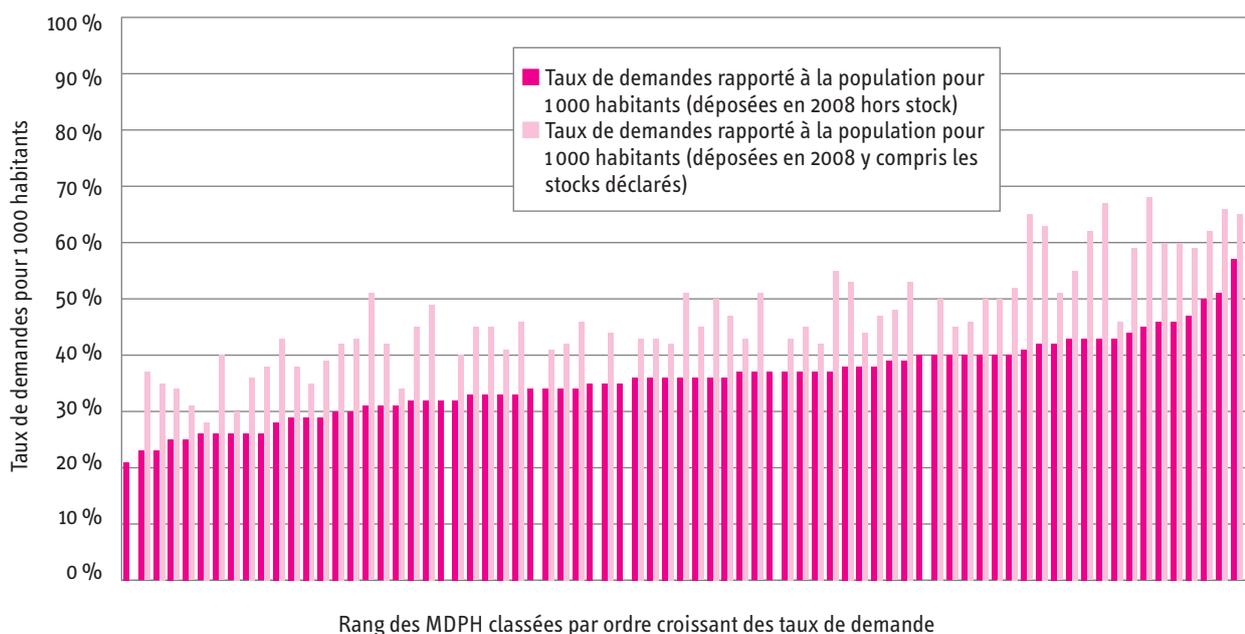
La part des premières demandes oscille de 37 %, en ce qui concerne l'AAH, à 85 % pour la PCH.

Ce chiffre montre ainsi que le nombre de demandes de PCH continue à augmenter, ces dernières ne remplaçant d'ailleurs que très faiblement les ACTP.

Quant au taux moyen de **demandes déposées**, il varie de 21 à 64 pour 1000 habitants selon les départements (sans que les raisons de ces écarts puissent encore être expliquées); il est en moyenne de 19 demandes chez les enfants et de 54 demandes pour 1000 personnes de 20 à 59 ans.

La part des demandes pour les situations d'enfants tend à augmenter en valeur relative, variant de 10 à 40 % du total des demandes départementales.

Le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants varie de 21 à près de 64 selon les MDPH Échantillon : 77 MDPH

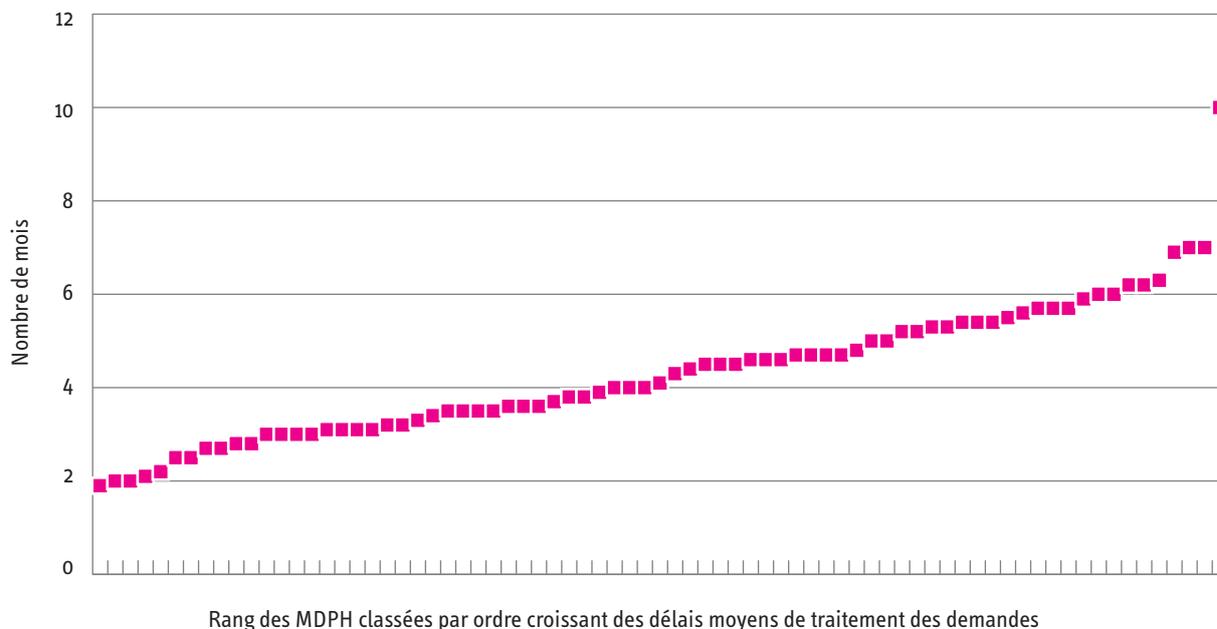


- 36 demandes ont été déposées en 2009 pour 1 000 habitants en moyenne
- 29 demandes enfants sont déposées en moyenne pour 1000 habitants de moins de 20 ans
- 54 demandes adultes sont déposées en moyenne pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans

Les délais de traitement des demandes sont de 4,2 mois en moyenne pour les dossiers d'adultes et de 2,3 mois pour ceux des enfants. Mais 15 % des MDPH ont encore des délais moyens de 6 mois.

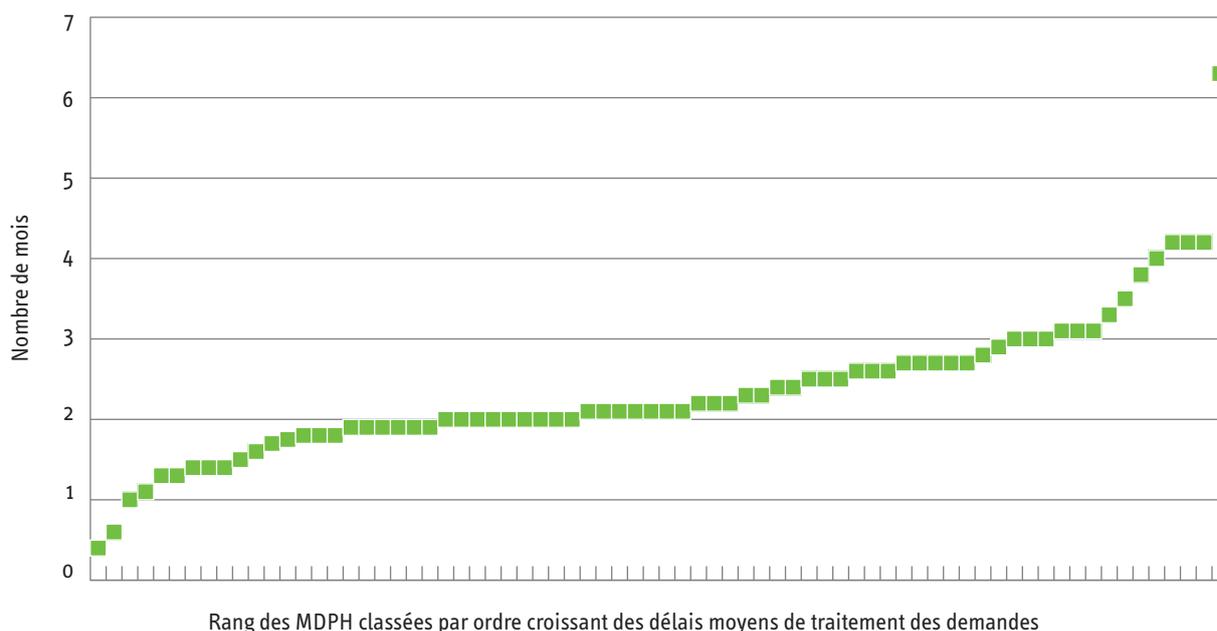
Le nombre de demandes à traiter chez les adultes, a toutefois sensiblement diminué en cours de l'année 2008, passant de 3900 à 3500 en fin d'année (pour les cinquante MDPH qui ont le plus grand nombre de demandes en instance).

Délais moyens de traitement des demandes « adultes » en 2008 Échantillon : 75 MDPH



- Moyenne des délais : 4,2 mois
- Moyenne des délais pour 95 % des demandes : 3,8 mois
- Écart type : 1,3 mois
- La moitié des MDPH traitent les demandes en moyenne en moins de 4 mois

Délais moyens de traitement des demandes « enfants » en 2008 Échantillon : 72 MDPH

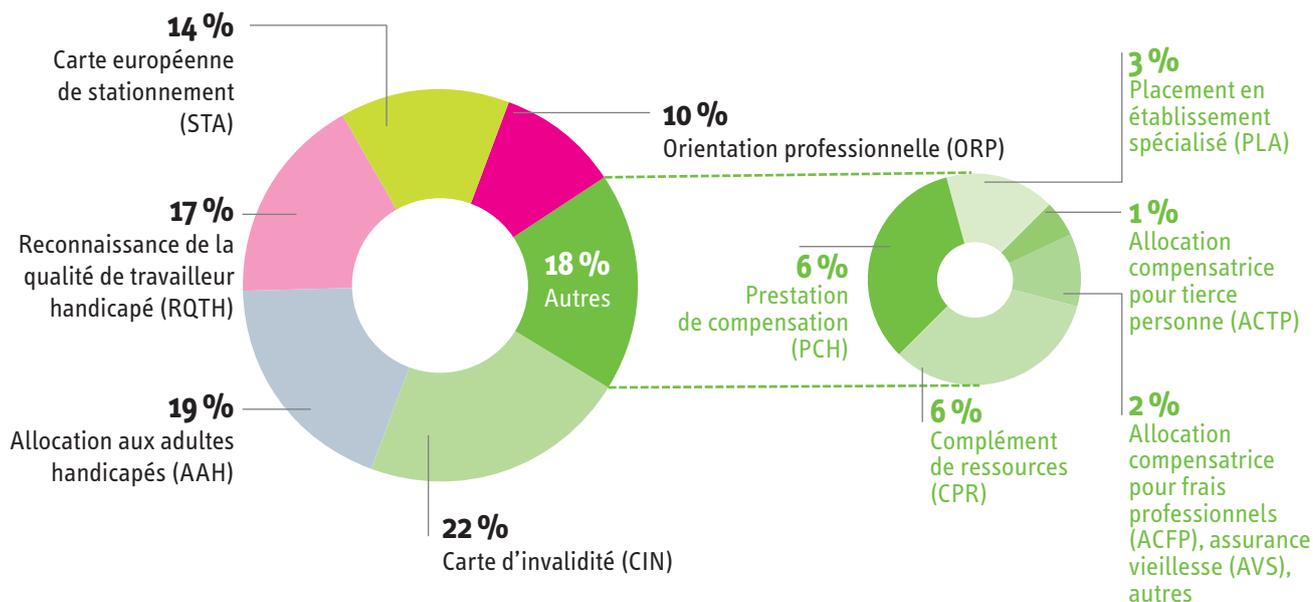


- Moyenne des délais : 2,3 mois
- Écart type : 0,8 mois
- La moitié des MDPH traitent les demandes en moyenne en 2 mois

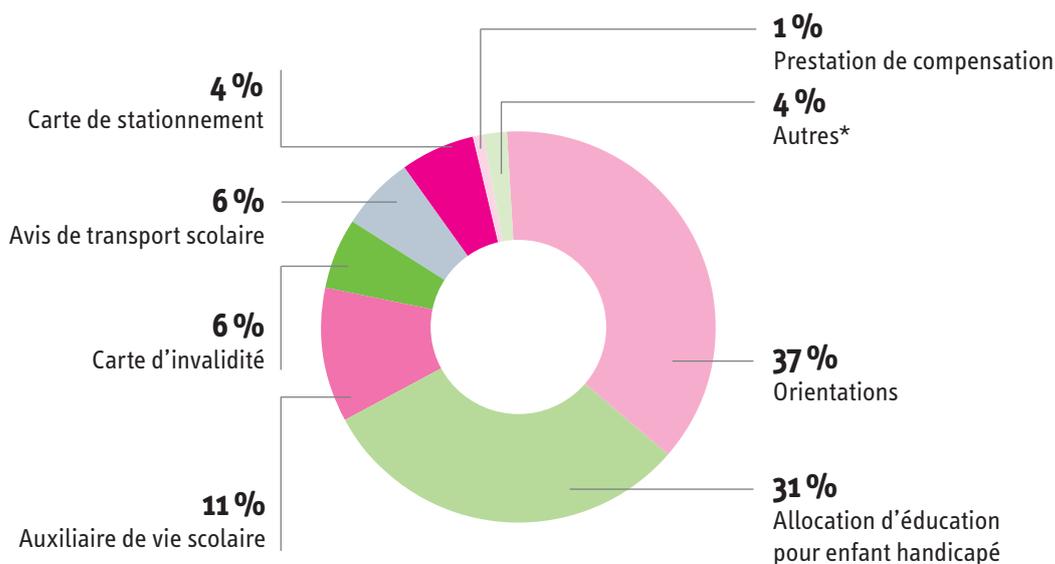
La répartition par type de demandes reste stable ; on remarquera que la prestation de compensation qui occupe à titre principal l'équipe pluridisciplinaire, ne représente que 6 % des demandes auprès des MDPH. Les situations relatives à l'insertion professionnelle concernent près de la moitié des demandes des personnes adultes (47 %) si, par anticipation de la réforme du 1^{er} janvier 2009, on y compte les demandes d'AAH.

S'agissant des situations d'enfants, plus des deux tiers des demandes concernent des orientations (37 %) et des demandes d'AAEH (31 %). On notera que les dossiers relatifs aux auxiliaires de vie scolaires représentent à eux seuls plus de 10 % des demandes pour les enfants à la MDPH.

Répartition des demandes « adultes » déposées en 2008 Échantillon : 53 MDPH



Répartition des demandes « enfants » déposées en 2008 Échantillon : 69 MDPH

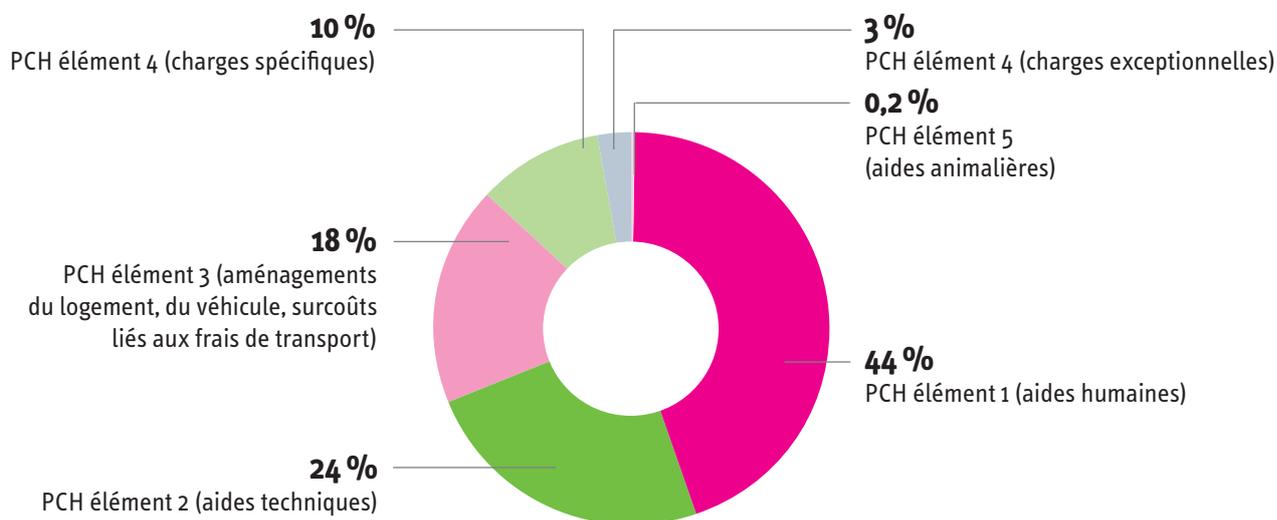


* Rubrique Autres : Maintien d'amendement Creton, Avis de matériel pédagogique, Cartes de priorité

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

S'agissant des éléments de la prestation de compensation, les données de 2008 font apparaître une évolution de la part des aides techniques, qui représentent 24 % (au lieu de 22 % en 2007), alors que les aides humaines représentent 44 % seulement (au lieu de 47 % en 2007).

Répartition 2008 des éléments de la PCH* accordés en volume Échantillon : 62 MDPH



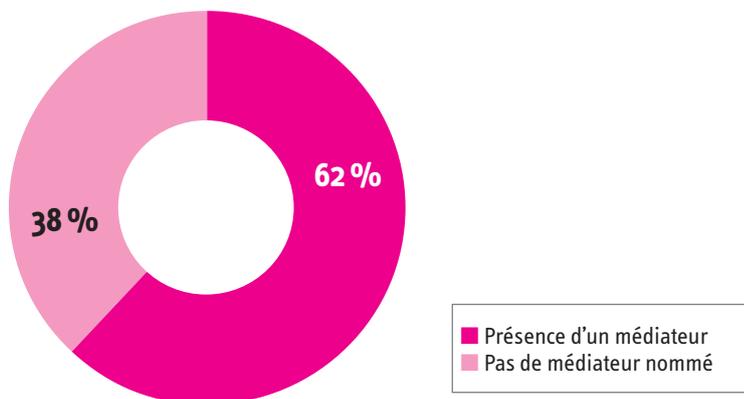
* Répartition calculée sur le champ des prestations de compensation accordées aux adultes.

Pour en améliorer l'efficacité, il conviendra, au-delà de l'échange de bonnes pratiques sur son fonctionnement, de se poser la question du réexamen des textes réglementaires de la CDAPH : rendre les commissions spécialisées décisionnaires, tout en limitant le nombre des membres de la CDAPH, une décision collective pouvant être garantie sans la présence de vingt-trois personnes en commission.

1.4.4 Le contentieux, la conciliation, les recours et la médiation

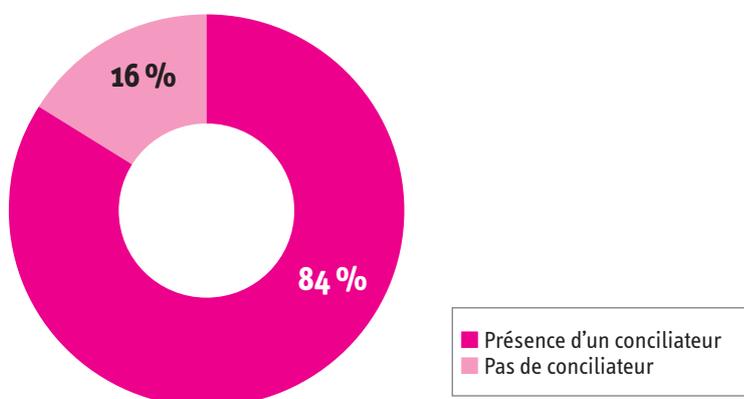
La **conciliation** et la **médiation** sont des services nouveaux proposés aux personnes handicapées qui se mettent encore en place dans les MDPH. Un conciliateur existe aujourd'hui dans 84 % des MDPH (sans que l'on puisse dire son niveau d'activité). Un correspondant du Médiateur est, par ailleurs, proposé dans près de deux départements sur trois.

Médiation – État des lieux à fin 2008 – Échantillon : 66 MDPH



- En 2008, 62 % des MDPH ont nommé un médiateur. En 2007, les médiateurs étaient nommés dans 58 % des MDPH et en 2006, dans 48 %.
- En moyenne, sur l'échantillon, 8,5 médiations ont été déclarées.

Conciliation – État des lieux à fin 2008 – Échantillon : 62 MDPH

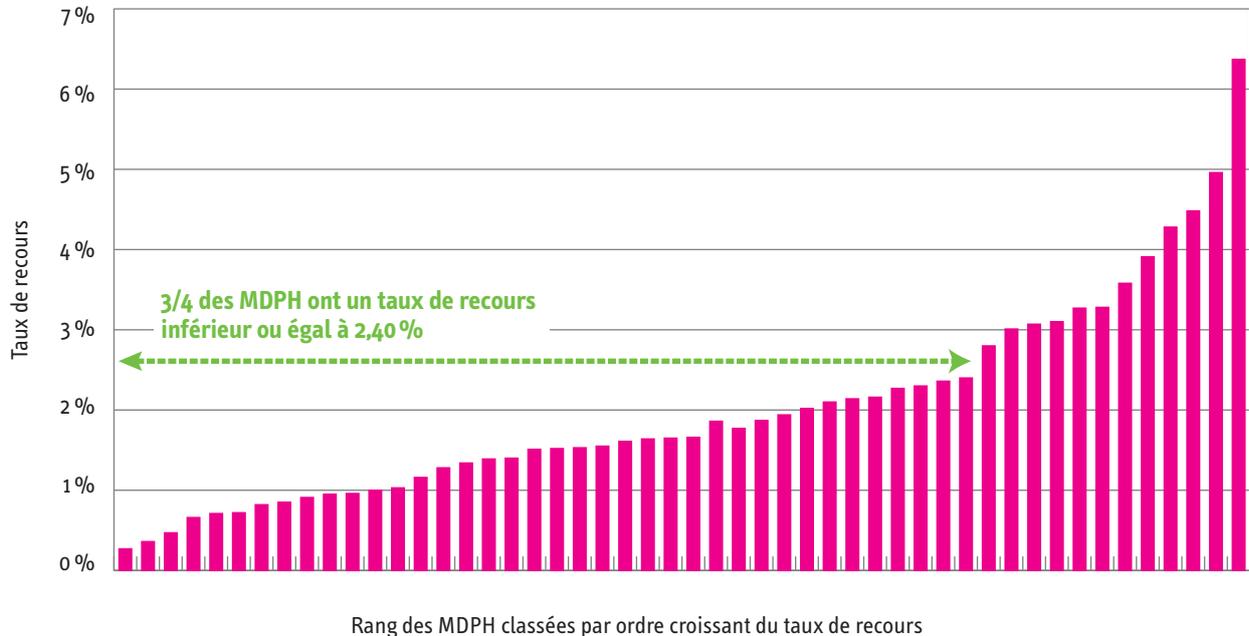


- En 2008, 84 % des MDPH ont un conciliateur. En 2007, elles étaient 75 % et en 2006, un peu plus de la moitié (52 %).
- 17 % des MDPH n'ont pas eu de conciliation à traiter en 2008 bien qu'un conciliateur soit présent (échantillon : 48 MDPH).

a) Sur le contentieux

Le nombre de recours reste encore assez faible, en moyenne 2 % des décisions prises, un quart des MDPH ayant un taux inférieur à 1 %. Parmi ces dossiers de contentieux, les deux tiers sont des recours gracieux.

Part des recours dans le total des décisions prises en 2008 Échantillon : 50 MDPH



- En moyenne sur l'échantillon, le taux de recours en 2008 est de 2 %.
- 25 % des MDPH ont un taux de recours égal ou inférieur à 1 %.
- Les trois quarts des MDPH ont un taux de recours inférieur ou égal à 2,4 %.

On peut d'abord indiquer que beaucoup de départements ont eu le souci d'organiser ce que l'on peut appeler une **prévention des recours**, sans doute y ont-ils été sensibles du fait d'avoir eu à mettre en place la conciliation prévue par la loi (art. L.146-10 CASF) : « *l'intervention d'une personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation* ».

Certaines MDPH indiquent explicitement des actions engagées pour tenter de manière préventive de diminuer les contestations. Deux initiatives peuvent ainsi être citées :

- Dans le cadre de la mise en place d'une procédure de traitement des réclamations, recours et contentieux, confiée à un cadre de la MDPH : il lui est demandé d'être plus présent auprès des partenaires associatifs, des élus locaux, des délégués du Médiateur, voire des juges... Au-delà du dossier individuel traité, ce cadre peut repérer certains dysfonctionnements du service et proposer de mettre en place des actions correctrices.
- Un travail sur la qualité de l'information donnée aux différents stades de la procédure de traitement, depuis le premier contact jusqu'à la mise en œuvre de la décision de la Commission des droits et de l'autonomie afin d'éviter les incompréhensions et ainsi désamorcer certains conflits.

b) Sur la conciliation

Cette mission de conciliation apparaît aujourd'hui intégrée dans la plupart des MDPH. Les conciliateurs ont été désignés ; il y en a souvent plusieurs, de trois à huit personnes qualifiées, pour les plus gros départements. Leur mission est en train de se structurer avec, en fonction des MDPH :

- la mise en place d'une procédure formalisée ;
- l'instauration d'un rapport de conciliation-type ;

- l'organisation de réunions ponctuelles ou quelquefois plus régulières entre conciliateurs, de façon à ce qu'ils puissent échanger sur leur fonction, voire proposer des évolutions dans le fonctionnement de la MDPH. Par exemple, dans une MDPH, chaque fois que la conciliation n'aura pas suffi mais qu'elle aura permis de recueillir de nouveaux éléments, la MDPH recherchera l'accord de la personne handicapée avant de présenter le rapport du conciliateur à la CDAPH ;
- l'organisation de formations pour les conciliateurs, souvent par un cadre de la MDPH.

Parmi les exemples intéressants, on peut citer :

- une MDPH où les conciliateurs exercent leur mission toujours à deux, afin d'être moins partial ;
- dans une autre, toutes les personnes handicapées faisant une demande de recours amiable sont invitées à un rendez-vous d'1h30 à la MDPH, rencontre qui se déroule en trois temps :
 - un point administratif sur le dossier et une explication technique de la décision par la CDAPH,
 - une contre-visite médicale avec, si nécessaire, l'examen de pièces complémentaires,
 - une évaluation sociale, afin d'envisager des solutions d'accompagnement ou d'orientation ;
- la mise en place, dans telle maison départementale, d'un groupe de travail médiation/conciliation.

Un certain nombre de MDPH souligne que la conciliation permet de désamorcer d'éventuels recours contentieux et que, même si ce n'est pas le cas, comme l'explique l'une d'elles « *la conciliation a contribué à ouvrir une porte vers un échange individualisé, vers une communication plus pédagogique, pour créer un meilleur accompagnement des personnes handicapées.* »

Enfin, une MDPH a fait figurer dans son rapport des témoignages de conciliateurs qui permettent de se rendre compte que leur rôle est multiforme. L'un d'eux explique la décision et les différents critères d'attribution des prestations, essaie de déterminer si des éléments nouveaux sont à prendre en compte. Mais il peut également aller jusqu'à intervenir auprès de tiers (ex : prise de contact avec le médecin du travail, orientation vers une autre prestation et aide pour formuler la demande, prise en contact avec des services spécialisés dans l'insertion professionnelle pour faire valoir les décisions de la CDAPH, organisation d'une table ronde entre une famille et l'équipe dirigeante d'un établissement pour régler une situation de conflit entre la famille et l'établissement qui a permis le maintien du jeune homme dans l'ESAT, etc.).

Ces différents témoignages montrent que le conciliateur va souvent au-delà de sa stricte mission de conciliation entre la personne handicapée et la CDAPH.

Un bémol sera toutefois ajouté à ce panorama. Si la procédure de conciliation est en place dans la plupart des MDPH, elle n'est pas encore systématiquement portée à la connaissance de la personne handicapée et de ses proches. On peut noter que certaines incompréhensions sur le rôle du conciliateur subsistent parmi les personnes qui y font appel.

c) Sur les recours

Le sujet n'apparaît pas encore comme une priorité pour la majorité des MDPH qui concentrent leurs efforts sur d'autres missions de nature à limiter les contentieux (accueil et information, conciliation). Toutefois, certaines se sont déjà saisies du sujet, par exemple :

- en créant des liens avec les tribunaux de l'invalidité (TCI), une maison départementale s'est rapprochée de son TCI afin de lui présenter les modalités de travail de la MDPH et de la CDAPH et a aussi organisé une formation au guide-barème pour les médecins et les assesseurs de son TCI ;
- une autre charge régulièrement un médecin de se rendre au TCI pour défendre les dossiers ;
- plusieurs ont désigné un « *correspondant contentieux* », chargé d'assurer le suivi des recours et de rédiger des mémoires en défense, voire de faire appel de certaines décisions, une pratique qui était quasi inexistante autrefois ;
- certaines MDPH travaillent de concert avec le Payeur départemental pour faire appel de décisions.

Enfin, il est intéressant de noter que, dans les perspectives 2009, beaucoup de départements indiquent vouloir avancer sur ce sujet du contentieux, notamment mettre en place un suivi des recours.

C'est ainsi que de plus en plus de MDPH contactent la CNSA pour avoir des conseils sur les mémoires en défense ou sur les possibilités de faire appel.

Et si d'autres MDPH reconnaissent ne pas encore avoir beaucoup avancé sur le sujet, elles indiquent qu'elles ont conscience de l'enjeu que peut représenter une plus grande implication lorsqu'une décision de la CDAPH est attaquée.

L'évolution de la jurisprudence s'avère en effet essentielle pour la bonne application d'une nouvelle politique. Dans ce sens, la CNSA aura à réfléchir à un dispositif de veille sur l'évolution de la jurisprudence, voire une démarche proactive pour la faire émerger.

Et surtout, même si les statistiques fournies sont encore insuffisantes pour pouvoir le vérifier, il semblerait que les recours contentieux aient diminué dans un certain nombre de départements. C'est une tendance qui apparaît dans plusieurs rapports d'activité, ceux-ci faisant souvent un lien entre cette baisse et la mise en place de la mission de conciliation de manière pleine et entière.

d) Sur la médiation

Il n'y a pas grand-chose à dire à la lecture des rapports d'activité. La majorité des MDPH n'en parle pas; si certaines ont bien désigné une personne référente pour le « *traitement amiable des litiges* » (art.146-13 du CASF), celle-ci est essentiellement chargée de faire le lien avec le Médiateur de la République. Dans deux MDPH, c'est le directeur qui est chargé de cette mission.

On peut toutefois penser, notamment avec ce qui peut se dire dans les jeudis pratiques de la compensation, que cette fonction de médiation, sans être officialisée, est remplie au cas par cas lorsqu'il y a des situations de blocages rencontrées par les personnes. Ce travail de lien, avec d'autres organismes ou d'autres administrations que la seule maison départementale, peut sans doute être effectué par d'autres professionnels de la MDPH que par un spécialiste officiellement nommé.

Lors des débats sur la loi de 2005, la fonction de médiation avait été longuement débattue, comme relevant d'une pratique administrative moderne; et de fait, ce sont deux missions qui ont été créées : la conciliation pour les affaires ressortant des décisions de la commission des droits et de l'autonomie, et la médiation pour les questions extérieures à la MDPH. On peut se demander si l'ensemble des litiges ne pourrait pas relever de la même personne qualifiée.

1.4.5 Le suivi des situations personnelles

Cette mission n'est pas encore un élément donnant lieu à des données statistiques; mais on peut se féliciter que les rapports annuels évoquent davantage cette mission ⁽⁹⁾ considérée, elle aussi, essentielle dans les MDPH et constitutive demain du succès de la réforme du dispositif en direction des personnes handicapées et de leur famille.

Cette question du suivi de la personne handicapée dans la durée avait peu été évoquée lors des débats sur la loi, et traitée *a minima* dans le décret sur les attributions de la MDPH alors même qu'elle constitue, au-delà du traitement rigoureux de la demande, un enjeu déterminant pour l'avenir.

L'accompagnement des personnes handicapées (art. R.146-31 du CASF) n'y est définie que de façon très générale : « *La MDPH apporte aux personnes handicapées et à leur famille l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, notamment dans leur démarche auprès des établissements, services et organismes qui accueillent des personnes handicapées* ».

Dans nombre de départements, des référents ou au moins des correspondants sont nommément désignés pour suivre, sinon directement la personne handicapée au plan social et médico-social, mais au moins son dossier, afin de pouvoir dire à tout moment où en est la situation de la personne, même si cette situation ne correspond pas à la position prise par la CDAPH.

Car si l'ancien système a failli, c'est autant à cause du manque de suivi des situations des personnes que de l'état du fonctionnement proprement dit des COTOREP ou de la qualité de leurs décisions. Au mieux, les situations étaient revues à l'échéance du dossier, au pire, lorsqu'un événement difficile, voire catastrophique, survenait, et que la nouvelle situation devait alors être traitée dans l'urgence, souvent avec des réponses qui ne pouvaient être pertinentes.

9. C'est le cas par exemple des Alpes-de-Haute-Provence qui a créé trois postes de travailleurs sociaux qui, au-delà de leurs missions d'évaluation, doivent veiller à ce que l'accompagnement de la personne handicapée et de sa famille soit effectivement assuré, conformément au plan personnalisé de compensation.

2. La MDPH a une fonction d'observation des besoins

Dans les fonctions qui semblent émerger de plus en plus, on notera l'observation, et sans qu'un observatoire spécifique soit créé, la contribution de la MDPH est attendue pour l'étude permanente des besoins collectifs⁽¹⁰⁾. Des présidents de conseil généraux évoquent ainsi, dans leur rapport, la participation de la maison départementale à l'élaboration des schémas, certains pouvant même, à cette occasion, demander à l'adresse des services de l'État, l'ouverture des équipements qui leur apparaissent nécessaires sur leur département pour une meilleure réponse aux besoins ressortant des demandes examinées par la MDPH⁽¹¹⁾.

Parmi les thèmes traités sur le fonctionnement des MDPH, on peut également citer la dématérialisation des dossiers et le traitement des archives, chantiers entrepris par quelques départements⁽¹²⁾; certains s'y étant engagés ont abandonné, à cause du coût et de la charge de travail en interne.

On ne relatera pas ici les initiatives prises par les MDPH, souvent en relation avec les services des conseils généraux, en matière d'information et de communication, tant les exemples sont nombreux. Après que les logos ont fleuri dès la première année, la totalité des départements ont édité des plaquettes d'information, certains ayant élaboré un véritable plan de communication, souvent de façon très pédagogique. Des directeurs indiquent d'ailleurs qu'en interne, ces productions sont très formatrices pour les personnels eux-mêmes, quand ils sont associés à leur rédaction.

2.1 Deux domaines méritent d'être développés

2.1.1 La scolarisation

Une activité particulièrement saisonnière mais mieux maîtrisée

Les décisions relatives à la scolarisation des enfants handicapés sont soumises à des contraintes particulières de calendrier. « *Le traitement des dossiers comprenant une demande relative à la scolarisation des enfants handicapés est une opération particulièrement lourde pour la MDPH. Celle-ci doit avoir traité pour la date de la rentrée scolaire, des dossiers qui sont reçus pour traitement jusqu'au mois de juillet* ».

Après une rentrée 2007 qui s'est parfois passée « *dans la précipitation et dans l'urgence* », plusieurs MDPH ont mis en place en 2008, en coordination avec l'inspection d'académie, différentes mesures qui tendent à atténuer la saisonnalité des demandes ou à dégager des moyens supplémentaires pour y faire face, ces différentes mesures n'étant pas exclusives les unes des autres :

- coordination avec l'Éducation nationale pour permettre le dépôt d'une majorité de dossiers avant le mois d'avril ;
- travail en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et l'Éducation nationale portant sur le rôle des référents dans la complétude du dossier et l'harmonisation des pièces à joindre en fonction des demandes ;
- adaptation de la durée des décisions, prises pour plus d'un an chaque fois que possible ;
- décalage des dates de fin de droit chaque fois que le projet de l'enfant le permet ;
- renforcement ponctuel des moyens entre mai et septembre.

Des besoins en forte augmentation

Ces adaptations et ces renforts de moyens, auxquels l'Éducation nationale contribue, sont rendus d'autant plus nécessaires que « *le nombre de projets de scolarisation vers le milieu ordinaire a explosé au cours de ces dernières années* ». Les augmentations sont souvent de 20 à 30 % par an, elles atteignent parfois 100 à 200 %.

10. La Loire-Atlantique « met en place des tableaux de bord pérennes, notamment en matière d'orientations, dans une démarche de connaissance des besoins » ; la Marne se propose de construire des outils complémentaires de recueil de données qualitatives et d'analyse des besoins.

11. Le département des Landes mentionne ainsi, dans le chapitre « amélioration de la qualité et de la continuité du service rendu », l'accompagnement des créations et extensions d'établissement et de services pour personnes handicapées, en citant quatre opérations d'équipements programmés.

12. C'est le cas, entre autres, de la Côte-d'Or et du Loiret.



Les MDPH sont nombreuses à pointer ce phénomène qui concerne toutes les « *demandes en lien direct avec la mise en œuvre des plans personnalisés de scolarisation : orientation en CLIS, auxiliaires de vie scolaire, matériel pédagogique et avis de transports scolaires* ». Plusieurs consacrent des développements importants à la multiplication du recours aux AVS.

De plus en plus d'auxiliaires de vie scolaires

Les rapports d'activité des MDPH portent assez rarement un regard critique sur le développement du recours à telle ou telle prestation. On doit donc attacher une attention particulière au sentiment mitigé exprimé par plusieurs rapports d'activité face au recours croissant aux AVS.

Il s'agit d'abord de comprendre le phénomène : « *Cette augmentation spectaculaire est le reflet des progrès considérables qui ont été accomplis pour la scolarisation des enfants handicapés* ».

Elle répond aussi à une demande croissante des familles, qui y sont incitées :

- par les médias qui décrivent la scolarité des élèves handicapés avec accompagnement d'un AVS-I ou décrivent souvent négativement l'obligation faite à certains de fréquenter des établissements médico-sociaux ;
- par la communication ministérielle ;
- par l'équipe éducative, « *qui accepte d'autant mieux l'effort de scolarisation d'enfants handicapés que lorsqu'ils sont accompagnés* » ;
- mais aussi par certains services sanitaires et médico-sociaux, « *qui perçoivent comme positif ce prolongement de leur travail thérapeutique et éducatif et sont quelques fois promoteurs de la demande* ».

Mais d'autres facteurs explicatifs sont proposés, tels qu'une offre sanitaire et médico-sociale insuffisante entraînant des maintiens dans le milieu scolaire ordinaire « *faute de places disponibles suffisantes en IME ou en hôpital de jour* ».

Le fait que les demandes concernent principalement l'école maternelle et élémentaire vient renforcer cette interprétation : « *l'âge des enfants concernés ne permet ni une orientation précoce (aucun IME n'accueille d'enfant scolarisé en maternelle) ni une alternative au plan régional : les familles d'enfants âgés de moins de huit ans refusent, la plupart du temps, un internat pour leur enfant* ».

Le maintien en milieu scolaire ordinaire nécessite donc un accompagnement quand une classe spécialisée n'est pas envisageable. ».

Au-delà de cette analyse causale, c'est le bien fondé de certaines orientations qui est remis en cause : « *Il faudra s'interroger sur l'opportunité de cet accompagnement demandé quasi systématiquement par l'école et les familles dès que l'enfant rencontre des difficultés, accompagnement qui parfois nuit à l'acquisition de son autonomie et risque de lui être très préjudiciable.* »

Les MDPH ne sont pas toujours convaincues de l'efficacité de l'AVS dans l'accès au savoir : « *il serait aussi nécessaire d'évaluer en quoi la présence d'un aidant impacte les apprentissages de l'élève* » en fonction des besoins propres à chaque enfant mais aussi des conditions d'organisation de la scolarité. « *On peut s'interroger, pour quelques situations, sur le bien fondé de la présence d'un, de deux voire exceptionnellement de trois AVS-I au sein d'une même classe* ».

Il existe donc « *des situations pour lesquelles la CDAPH refuse cette attribution. Quand, par exemple, des familles demandent un accompagnement pour leur enfant qui, manifestement, n'a pas ou plus sa place dans une classe ordinaire et doit être réorienté vers une classe spécialisée ou un établissement médico-social.* »

Des refus souvent mal vécus par les familles, et qui alimentent une part significative des recours contre les décisions de la CDAPH. On constate une certaine incompréhension par les parents de la fonction exacte de l'auxiliaire de vie scolaire.

En effet, un certain nombre de parents considère celui-ci comme un simple dispositif de soutien scolaire supplémentaire qui leur est accordé en raison du handicap de leur enfant. Cette question du rôle de l'AVS est au cœur des débats internes au système scolaire.

Certains parents se disent incités à demander du temps d'AVS par les enseignants eux-mêmes.



Cette situation a amené de nombreuses MDPH à mettre en place ou à revoir les critères d'attribution de temps d'auxiliaire de vie scolaire, un travail mené en coordination avec les services de l'Éducation nationale.

Une coordination étroite avec l'Éducation nationale

Un grand nombre de rapports souligne la nécessité et l'importance de la coordination avec l'inspection d'académie, rappelle le rôle des enseignants référents, qui sont « *les garants de la continuité du parcours de l'élève par la permanence de leurs relations avec les familles, les partenaires du champ social, sanitaire et médico-social* » et qui ainsi favorisent « *la continuité et la cohérence de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation* ».

Pour faciliter cette coordination, certaines MDPH ont mis en place un « *réfèrent scolarité* » dont les missions sont distinctes de celles de l'enseignant référent puisqu'il peut :

- être chargé de l'instruction et de la présentation des dossiers à l'équipe pluridisciplinaire ;
- être chargé de l'écoute et conseil auprès des familles et des professionnels ;
- assurer le secrétariat de l'équipe pluridisciplinaire ;
- assurer la permanence des relations avec l'élève, ses parents ;
- rédiger les plans personnalisés de compensation et les notifications des décisions, et présenter les dossiers en CDAPH ;
- assurer la coordination avec les autres services de la MDPH ;
- assurer la coordination avec les enseignants référents, qui sont les relais sur le terrain.

Cette coordination s'étend au-delà de l'Éducation nationale *stricto sensu*, puisque les MDPH sont chaque année plus nombreuses à faire état des relations mises en place et des conventions passées avec la ou les universités de leur département.

2.2 L'insertion professionnelle

L'année 2008 aura été, pour reprendre l'expression d'une MDPH, celle de « *l'ancrage de la mission insertion professionnelle* », un ancrage résolument partenarial.

Les bases sont posées

L'analyse des rapports de 2008 détaille et confirme les grandes lignes de l'organisation des MDPH en matière d'insertion professionnelle que 2007 avait permis de dégager.

Ce domaine est un élément structurant de l'organisation des maisons, qui ont dans leur très grande majorité mis en place des équipes d'évaluation dédiées à l'insertion professionnelle, et dans une moindre mesure des réunions dédiées de la CDAPH. Les MDPH sont désormais toutes dotées (aux aléas du *turn-over* près) d'un **réfèrent pour l'insertion professionnelle**, voire de plusieurs, selon leur taille ou leurs choix d'organisation.

L'existence du réfèrent pour l'insertion professionnelle et sa présence dans chaque MDPH sont prévues par la loi du 11 février 2005 (article L146-3 du CASF). Son rôle est principalement défini par l'article R146-30 du CASF : « *Le réfèrent pour l'insertion professionnelle est chargé des relations de la maison départementale avec le DDTEFP pour toutes les questions relatives à l'insertion professionnelle des personnes handicapées* ».

Suite à des premiers travaux sur la fiche de poste du réfèrent entre la DGEFP et la CNSA, une circulaire DGEFP du 15 janvier 2007 en précise les missions.

L'appropriation de cette fiche de poste par les MDPH, auxquelles se sont ajoutées plusieurs attributions effectivement remplies par de nombreux référents insertion professionnelle, non prévues par la circulaire, en matière d'accueil et d'évaluation des bénéficiaires, permet de décrire le rôle des référents insertion professionnelle suivant quatre grandes familles d'attributions de poids décroissant :

- la relation avec le service public de l'emploi,
- l'information des bénéficiaires,
- l'accueil, l'évaluation et l'accompagnement individuel des bénéficiaires,
- le suivi des données.



La relation avec le Service public de l'emploi (SPE)

La très grande majorité des référents insertion professionnelle assurent la liaison avec le Service public de l'emploi et les organismes de placement spécialisé pour l'accueil et l'accompagnement vers l'emploi des travailleurs handicapés orientés vers le marché du travail. Cette formulation générique recouvre des attributions hétérogènes.

Ils assurent notamment la représentation de la MDPH au sein des instances de pilotage des dispositifs pour l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées au niveau départemental et notamment du PDITH, la coordination et organisation des travaux de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH en matière d'évaluation et d'orientation professionnelles des personnes handicapées, et corrélativement l'organisation des modalités concrètes de participation des acteurs du SPE (Pôle Emploi et prestations des psychologues de l'AFPA) aux travaux de l'équipe pluridisciplinaire pour l'évaluation et l'orientation professionnelle.

La plupart des référents insertion professionnelle apportent également aux partenaires de l'insertion professionnelle leur connaissance des personnes handicapées qui se présentent à la MDPH et de leurs besoins pour améliorer leur insertion professionnelle.

S'ils sont nombreux à assurer les relations avec le DDTEFP pour toutes les questions relatives à l'insertion professionnelle des personnes handicapées, et à assurer la préparation, la mise en œuvre et le suivi des conventions passées entre la MDPH et les Cap emploi, les centres de pré-orientation et le SPE, ces attributions sont dans plusieurs MDPH considérées comme relevant du niveau direction.

L'information des personnes handicapées

La diffusion de l'information nécessaire à l'insertion professionnelle des personnes handicapées vient au deuxième rang des attributions les plus souvent citées.

Cette information peut prendre une forme individuelle mais elle est plus souvent collective. Elle s'étend également jusqu'à la liaison avec l'AGEFIPH et le FIPHFP pour rendre disponible, dans les MDPH, l'information relative aux aides en direction des travailleurs handicapés et des employeurs.

L'accueil, l'évaluation et l'accompagnement individuel des personnes

Les relations individuelles avec les personnes handicapées viennent au troisième rang des attributions des référents insertion professionnelle : la majorité d'entre eux réalisent des entretiens individuels d'évaluation avec les demandeurs, mais tous n'assurent pas l'accueil individuel, de premier niveau, des demandeurs.

Au-delà de l'évaluation, les référents insertion professionnelle interviennent dans l'organisation du suivi des décisions de la CDA relatives à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et à l'orientation professionnelle des personnes handicapées.

Ils sont en revanche moins nombreux à aller jusqu'à la coordination des actions d'accompagnement social ou médico-social avec le parcours d'accompagnement vers l'emploi mis en œuvre par le SPE et les Cap Emploi, pour les personnes handicapées très éloignées de l'emploi ou présentant un handicap spécifique, lorsque le besoin est identifié.

Le suivi des données

Des quatre champs identifiés, la dimension systèmes d'information est la moins investie par les référents insertion professionnelle, qui sont rarement chargés de l'articulation entre les systèmes d'information de la MDPH et des DDTEFP et du SPE ainsi que des Cap Emploi. Le sujet, il est vrai, est encore embryonnaire compte tenu de l'état d'avancement des systèmes d'informations.

Un réseau en construction

Dans sa mission d'animation du réseau des MDPH, la CNSA s'adresse également aux référents pour l'insertion professionnelle, soit pour les inviter à certains groupes de travail, soit pour les réunir au cours de rencontres nationales.





C'est ce qu'elle fait déjà pour les directeurs depuis la création des MDPH, et depuis 2008 avec les coordonnateurs d'équipe pluridisciplinaire dont l'existence, comme celle des référents pour l'insertion professionnelle, est prévue explicitement par la loi du 11 février 2005.

La première rencontre nationale des référents pour l'insertion professionnelle s'est tenue à Orléans en novembre 2009.

Les MDPH sont conscientes de leur rôle en matière d'insertion professionnelle et elles le font savoir.

L'appropriation par les MDPH de leur rôle en matière d'insertion professionnelle passe par l'information, voire la formation, de l'ensemble des acteurs impliqués en interne à la MDPH, comme vis-à-vis de ses partenaires et des personnes handicapées elles-mêmes.

Un grand nombre de MDPH ont développé ce type d'action en 2008.

Le référent pour l'insertion professionnelle joue un rôle pivot, même si l'insertion professionnelle est un sujet commun à l'ensemble de la MDPH, depuis les agents d'accueil jusqu'aux membres de la CDAPH, en passant par les équipes d'instruction et d'évaluation.

Autant de cibles donc pour des actions d'information et de formation (collectives mais aussi individuelles), voire pour des groupes de réflexion. Outre le référent pour l'insertion professionnelle, les partenaires de la MDPH dans ce domaine, comme le Pôle Emploi, les Cap Emploi, les SAMETH ou l'AGEFIPH, participent généralement à ces actions internes.

Ces partenaires sont également associés aux actions d'information ou d'accueil des usagers spécifiquement consacrées à l'insertion professionnelle. Il peut s'agir, par exemple, de permanences d'accueil individuel assurées au sein de la MDPH par un membre de Pôle Emploi, un Cap Emploi ou une association, ou bien de séances d'informations collectives associant les différents intervenants en matière d'insertion professionnelle, et auxquelles sont invitées les personnes handicapées en fonction des demandes qu'elles ont exprimées.

Ces actions d'accueil et d'information spécialisées peuvent également être assurées par les agents d'accueil, physique et téléphonique, de la MDPH. Elles peuvent être approfondies par des entretiens individuels avec un travailleur social.

Une maison départementale dit par exemple : « *dans la majorité des entretiens, l'information sur la procédure interne de la MDPH et les dispositifs mobilisables suffisent à répondre aux demandes. Les demandeurs déposent parfois leur dossier sans en connaître le sens et les conséquences. Il y a donc parfois des démarches inutiles (demande de RQTH alors qu'elle est déjà valable, demande de formation à l'AFPA...) ou à réorienter (ex : pension d'invalidité auprès de la CPAM, demande d'aide financière ponctuelle et relais vers l'assistante sociale de secteur...). L'ouverture de l'espace de parole aux usagers permet d'anticiper les procédures de recours.* »

Bien entendu, l'information sur le rôle de la MDPH en matière d'insertion professionnelle vise également l'ensemble des acteurs du domaine, via des plaquettes d'information, voire l'organisation de véritables séminaires. La participation à des manifestations nationales telles que la semaine pour l'emploi des personnes handicapées, est également une occasion pour les MDPH de mieux faire connaître leur rôle en la matière.

Les MDPH multiplient les partenariats

Les rapports d'activité 2007 avaient déjà montré le caractère nécessairement partenarial de l'action des MDPH en matière d'insertion professionnelle, de l'information des bénéficiaires jusqu'au suivi des décisions, en passant par les évaluations.

Ce qui ne va pas toujours sans mal, comme l'indique une MDPH pour laquelle « *le dispositif d'orientation professionnelle est complexe : un travail de clarification des rôles respectifs de chacun des acteurs devra être mené en lien avec le SPE sur 2009* ».

Un besoin également identifié par les MDPH inscrites dans l'expérimentation RECORD, qui a parfois apporté un début de réponse au « *manque de connaissance et de coordination des différents partenaires et (à) la nécessité de consolider le réseau des professionnels* ». Cette expérimentation a permis aux acteurs qui contribuent à l'évaluation de l'employabilité des personnes de se rencontrer et d'apprendre à travailler en partenariat.

Pour autant, nombreuses sont les MDPH qui mettent en avant ce partenariat, leur volonté de le mettre en œuvre, de le formaliser au travers des conventions signées avec le service public de l'emploi, les Cap Emploi ou les CRP, qui identifient les améliorations ainsi permises dans le service rendu aux usagers.

« Les relations partenariales ne font que s'améliorer, facilitant ainsi l'évaluation des besoins et l'accompagnement des personnes handicapées ». Ces partenariats s'étendent d'ailleurs au-delà du « noyau dur » des relations conventionnelles prescrites par la réglementation. Services sociaux des conseils généraux, missions locales, ESAT, associations, entreprises sont également des interlocuteurs réguliers ou des partenaires plus ponctuels des MDPH.

Plusieurs MDPH annoncent d'ailleurs leur volonté de poursuivre, voire de renforcer ces partenariats, dans un contexte de réforme qui les rend d'autant plus nécessaires.

La réforme de l'AAH en perspective

Certaines MDPH constatent dès 2008 un accroissement important des demandes liées à l'insertion professionnelle : *« L'augmentation régulière de premières demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé peut être liée à l'obligation d'emploi de 6 % de travailleurs en situation de handicap et l'accroissement important du montant des sanctions, si ce pourcentage n'est pas atteint ».*

Beaucoup s'attendent en 2009 à un impact de la réforme de l'AAH sur leur activité. *« Ces évolutions réglementaires, nécessiteront des évaluations de plus en plus importantes tant en nombre qu'en qualité ».*

Par ailleurs, alors que l'impact de la crise économique actuelle laisse prévoir un accroissement des demandes de prestations et d'orientations relatives à l'insertion professionnelle, *« on assiste à une modification du profil des demandeurs avec une évolution du nombre de personnes présentant des troubles psychiques et une évolution du nombre de bénéficiaires du RMI, inscrits dans ce dispositif depuis de nombreuses années. Ce constat aura un impact fort, en termes d'évaluation à réaliser sur les capacités de ces personnes à s'inscrire dans une démarche d'insertion professionnelle ».*

Dans un domaine par nature partenarial, les MDPH envisagent les améliorations à apporter afin de proposer à la personne une évaluation globale de sa situation et élargir celle-ci dans le cadre de l'employabilité des bénéficiaires de l'AAH.

Elles comptent sur leurs partenaires : ainsi, *« des réunions avec les partenaires extérieurs ont débuté [...] pour recenser l'ensemble des dispositifs qui sont mis à disposition de la MDPH et ceux qui pourraient être mobilisés pour répondre à nos besoins ».* Bien entendu, cette réflexion associe le SPE dont l'appui est fortement attendu dans la mise en place de la réforme. Parmi les leviers, est évoqué également, même si ce n'est pas sa vocation première, le dispositif le Service appui projet (SAP) proposé par L'AGEFIPH et souvent apprécié par les MDPH qui l'ont expérimenté.

C'est la mobilisation du Service public de l'emploi et de l'ensemble des acteurs de l'insertion professionnelle qui est ainsi posée.

2.3 La mesure de la satisfaction des usagers de la MDPH, un dispositif qui se généralise

Lors des rencontres avec les départements, au printemps 2009, pour le renouvellement des conventions, le dispositif de mesure de la satisfaction des usagers, déjà proposé dans la première convention d'appui à la qualité de service des MDPH, a fait l'objet de nombreux échanges avec les représentants des conseils généraux. Ces échanges ont permis de préciser le périmètre et l'objet de ce dispositif très innovant dans le champ social et qui a commencé à être mis en place en janvier 2007.

Ce dispositif propose aux départements de mesurer de manière continue la satisfaction des usagers de leur MDPH.

Les nouvelles conventions déjà signées pour la période 2009-2012, montrent que les départements ont, dans leur très grande majorité, accepté que les résultats nationaux issus de ce questionnaire soient communiqués de manière anonymisée, tant aux associations qu'aux autres départements.

Pour accompagner ce déploiement, la CNSA a engagé des travaux avec des MDPH et des associations pour :

promouvoir le dispositif actuel par :

- la création d'une adresse web : <http://satisfactionmdph.fr> permettant d'accéder directement au questionnaire en ligne,
- la publication d'un prospectus, diffusé en 100 000 exemplaires auprès des MDPH et des associations pour faire connaître cette adresse mail.

et le faire évoluer par :

- la simplification du questionnaire, tant dans sa forme qu'au niveau des questions ou réponses proposées,
- le développement d'une interface web plus attractive et accessible,
- l'évolution des restitutions graphiques pour tenir compte des évolutions du questionnaire,
- le renouvellement, pour les trois années à venir, du marché public passé avec un prestataire pour assurer le traitement des réponses, gratuit pour les maisons départementales.

En décembre 2009, les représentants des associations nationales seront conviés à la réunion semestrielle des directeurs de MDPH. La CNSA communiquera à cette occasion les premiers résultats nationaux de l'enquête et présentera les évolutions du dispositif.

Dès janvier 2010, la soixantaine de départements engagés recevra chaque trimestre l'analyse des réponses reçues au questionnaire ainsi que l'analyse globale France entière, afin de pouvoir situer ses propres résultats par rapport à la tendance nationale.

3. L'animation du réseau par la CNSA

Les rapports annuels témoignent de l'importance des relations nouées, depuis quatre ans, entre les MDPH et la CNSA. Ces relations sont maintenant devenues régulières, mais leurs modalités ont à se renouveler en permanence, avec un souci d'écoute du terrain ⁽¹³⁾.

On peut d'ailleurs noter que si les déplacements des différents experts de la CNSA avaient été organisés de leur propre initiative de 2005 à 2007, ce sont aujourd'hui les départements eux-mêmes qui font appel aux services de la CNSA.

On peut ici rappeler les formes que prennent ces relations permanentes :

- « *Infos réseau MDPH* », publié tous les quinze jours, depuis avril 2006. Le n° 100 de ce bulletin envoyé par messagerie électronique aux directeurs de MDPH a été publié le 9 octobre 2009 ;
- les « *jeudis pratiques de la compensation* » réunissent, chaque mois, dix à quinze représentants de maisons départementales, sur un thème relatif au fonctionnement de la MDPH et à ses missions, ou concernant l'évolution de la réglementation. L'année 2009 se terminera avec la 38^e réunion ;
- les visites départementales : poursuite des rencontres généralistes et des réunions plus thématiques entre l'équipe pluridisciplinaire et la CDAPH, ou sur l'appropriation du GEVA par exemple ;
- de plus en plus d'interventions à la demande des départements : participation à des colloques ou forums, assises du handicap, inauguration de la MDPH...
- des groupes de travail techniques à Paris : l'évaluation, l'évolution de l'AAH et les modalités d'attribution de cette prestation, la prise en charge des frais de transports, l'évolution des formulaires de demande, les questionnaires sur la qualité de service, l'emploi, la scolarisation...
- des expérimentations initiées par la CNSA ou ses partenaires, auxquelles les MDPH sont nombreuses à participer : travaux avec les équipes spécialisées du handicap psychique RECORD, Service Appui Projet, comparaison de l'AEEH et de la PCH enfants...
- les travaux d'échanges s'étendent à divers professionnels de la MDPH : les coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires et les référents pour l'Insertion professionnelle ;

13. Un questionnaire d'enquête de satisfaction auprès des directeurs de MDPH a été réalisé fin 2007, dont les résultats ont été communiqués en janvier 2008 ; il sera renouvelé deux ans plus tard, en décembre 2009.

- les journées de « *Rencontres pour une culture partagée* » qui ont été organisées d'abord à Paris avec six MDPH, puis en Guadeloupe, à Nancy en 2009 avec sept départements, et courant novembre dans le Pas-de-Calais ;
- les propositions d'actions de formation par l'intervention de formateurs-relais et par les possibilités d'appel des MDPH aux organismes préalablement référencés par la CNSA, sur les thèmes de l'accueil, de l'évaluation, du handicap psychique, du guide-barème, de l'AAH.
- l'édition d'un document de quatre pages « *Les maisons départementales des personnes handicapées, d'un département à l'autre* », dont un premier numéro avait été publié lors de la Conférence nationale du handicap de juin 2008, a été renouvelée en février 2009. L'exploitation des actuels rapports permettra de tirer de nouveaux exemples d'expériences et de « *bonnes pratiques* » en vue d'un troisième numéro.

Au printemps dernier, les rencontres bilatérales, organisées avec l'ensemble des départements pour la discussion de la nouvelle convention 2009-2012, ont été l'occasion d'échanges très fructueux, les départements étant généralement représentés par un élu, souvent un vice-président ou quelquefois par le président du conseil général lui-même, accompagné des chefs de service concernés, le directeur de l'action sociale et celui de la MDPH.

Ces conventions sont dorénavant étendues à l'ensemble des relations entre les départements et la CNSA : MDPH, concours pour le cofinancement de la prestation de compensation et de l'allocation personnalisée pour l'autonomie, actions relevant des financements sur les sections IV et V du budget de la Caisse, ainsi que la planification des établissements et services médico-sociaux.

Ces échanges, autant que le contenu de ces conventions, sont significatifs des rapports de qualité et de confiance qui sont développés depuis quatre ans entre le niveau national et les collectivités territoriales à qui de nouvelles attributions ont été confiées, dans un schéma original par rapport au modèle de départ de la décentralisation.

En conclusion

Quelles sont les zones qui seraient encore grises dans ce nouveau dispositif ?

Celles qui risquent de faire dire que la loi nouvelle n'est pas complètement appliquée et que l'esprit qu'elle a voulu faire souffler n'a pas encore atteint toutes les procédures, ni l'ensemble des pratiques ou des comportements individuels et collectifs ?

Parmi les points qui méritent encore une certaine vigilance :

- l'instabilité des agents et des financements des dépenses de fonctionnement, comme un frein à l'élaboration d'une vraie professionnalisation des équipes et d'une culture commune ;
- les délais de traitement, encore trop importants, face à une pression toujours croissante des demandes ;
- la dimension des équipes pluridisciplinaires et l'utilisation d'outils communs d'évaluation (notamment le GEVA) encore insuffisants ;
- l'existence encore marginale de vrais plans personnalisés de compensation ;
- les liaisons et la collaboration avec les services de droit commun, et la coordination insuffisamment calée entre les acteurs locaux, notamment dans le cadre des évolutions réglementaires (AAH, PCH enfants) ;
- le peu de données disponibles sur la mise en œuvre des décisions et le suivi des situations dans le temps ;
- la mise en place des outils informatiques qui n'est pas achevée, ni au niveau local ni pour les remontées nationales du système d'information partagé.

Les difficultés de personnels, évidemment celles venant des mises à disposition des agents de l'État mais aussi celles rencontrées dans le recrutement de certains spécialistes, comme aujourd'hui les tensions financières sur les budgets des départements, avec notamment la montée en charge de la PCH, sans que l'ancienne ACTP ait diminué sensiblement, font peser sur le nouveau dispositif des craintes évidentes. On a déjà entendu certains représentants associatifs parler des risques de « *cotorepisation* » des MDPH.

Aussi, le vrai titre de cette synthèse, peut-il être « *les MDPH, an III : la vigilance* ». Vigilance, nécessaire en effet, sur les résultats de la mise en œuvre de la nouvelle politique et l'indispensable changement de culture qu'elle induit.



Des interrogations institutionnelles sont posées dont l'évolution du statut des MDPH, avec l'éventualité d'une suppression du GIP, afin de régler de manière stable la situation des agents de l'État. Les autres réformes institutionnelles, l'arrivée des agences régionales de santé, la création d'un « 5^e risque » de protection sociale, avec la convergence des politiques en direction des personnes handicapées et des personnes âgées, sont aussi souvent évoquées dans les rapports.

Les problèmes financiers sont soulignés dans la majorité des rapports, qu'il s'agisse des crédits de fonctionnement de la MDPH, de la montée en charge de la PCH ou de l'avenir du fonds départemental de compensation.

L'évolution des financements, en considération des ambitions de l'application de la loi et des limites constatées, va pour beaucoup rapidement poser question : les rapports mentionnent souvent l'arrivée du « 5^e risque » de protection sociale comme une réponse à ces inquiétudes.

Prestation de compensation du handicap (PCH) Suivi de la montée en charge et du contenu

Analyse des résultats du questionnaire mensuel

Les résultats présentés ici sont issus des réponses au questionnaire envoyé chaque mois par la CNSA aux maisons départementales des personnes handicapées, depuis janvier 2006, date de leur création et de l'entrée en vigueur de la prestation de compensation du handicap.

Ce questionnaire permet essentiellement de suivre la montée en charge de la prestation de compensation et de ses différents volets ainsi que, en phase transitoire de construction des systèmes d'information des MDPH, de disposer d'un suivi minimum de l'activité des MDPH.

En 2007, le questionnaire a évolué pour adapter les items au contexte des MDPH. Alors qu'il s'agissait en 2006 de quelques données d'organisation et de fonctionnement des MDPH, il s'attache maintenant à l'activité générale. Depuis 2008, le questionnaire tient compte de l'entrée en vigueur, au 1^{er} avril, de la prestation de compensation pour les enfants.

État des lieux à fin juin 2009

1. Le taux de réponses : un questionnaire bien accueilli mais impacté par les difficultés de changement de système d'information en cours dans les MDPH

- En 2006, en moyenne, les résultats portent sur les réponses de 78 MDPH. Selon les mois, entre 71 et 84 maisons départementales remplissent le questionnaire.
- En 2007, elles sont 88 en moyenne à répondre chaque mois au questionnaire sauf en décembre où 77 réponses seulement ont été recensées. Près des trois quarts des départements ont répondu systématiquement chaque mois.
- En 2008, 95 MDPH ont participé à l'enquête CNSA. En moyenne, sur l'année, 88 MDPH répondent au questionnaire chaque mois avec une baisse du nombre de réponses observée au fur et à mesure des trimestres : 94 MDPH en moyenne ont répondu au questionnaire au cours du premier trimestre, 92 au cours du deuxième trimestre, 86 au troisième et 82 au cours du dernier trimestre 2008.
- Le basculement actuel des MDPH vers des systèmes informatiques nouveaux ne permet pas de renseigner les éléments demandés dans les questionnaires et explique la baisse sensible des réponses au cours de l'année.
- En 2009, la baisse du taux de réponse observée fin 2008 se confirme et se poursuit : en moyenne sur le premier semestre, 71 MDPH ont répondu.

Les MDPH répondent au questionnaire complètement ou partiellement quand elles n'ont pas les éléments de réponse disponibles.

2. Les demandes de prestation de compensation : la montée en charge se poursuit en 2009 et reste soutenue

Demandes déposées		
2006-2009	Total des demandes PCH 2006* (80 répondants en moyenne)	70 622
	Total des demandes PCH 2007* (80 répondants en moyenne)	83 917
	Total des demandes PCH 2008* (78 répondants en moyenne)	100 678
	Total des demandes PCH 2009 – 1 ^{er} semestre** (66 répondants en moyenne)	61 872
	Nombre moyen mensuel de demandes de PCH* (hors mois de démarrage) – année 2006	6 479
	Nombre moyen mensuel de demandes de PCH* – année 2007	6 993
	Nombre moyen mensuel de demandes de PCH* – année 2008	8 390
	Nombre moyen mensuel de demandes de PCH* – 1 ^{er} semestre 2008	8 229
	Nombre moyen mensuel de demandes de PCH* – 2 ^e semestre 2008	5 551
	Nombre moyen mensuel de demandes de PCH – 1 ^{er} semestre 2009	10 312
	Taux de croissance 2007/2006 du nombre de demandes déposées	7,9 %
	Taux de croissance 2008/2007 du nombre de demandes déposées	20,0 %
	Taux de croissance 2009/2008 du nombre de demandes déposées (1 ^{er} semestre/2 ^e semestre précédent)	20,6 %

* Extrapolées à la population française – chiffres définitifs.

** Extrapolées à la population française – chiffres provisoires.

En 2009, sur le premier semestre, la montée en charge des demandes de prestation de compensation reste soutenue : + 20.6 %.

En 2006, 70 600 prestations de compensation ont été demandées ; en 2007, 84 000, soit une progression de près de 8 % (hors les trois premiers mois de démarrage). Pour 2008, le nombre de demandes de PCH déposées est évalué à 100 600 ce qui représente une augmentation annuelle de 20 %. D'ores et déjà en 2009, sur les six premiers mois de l'année, près de 62 000 demandes ont été déposées, ce qui représente plus de 60 % des demandes déposées en 2008 et 20.6 % d'augmentation par rapport au semestre précédent.

Sans qu'on puisse les chiffrer, deux effets jouent dans la hausse observée :

- L'impact des renouvellements

Alors que pour 2006 et 2007, les demandes de PCH étaient quasiment toutes des premières demandes, il est très probable que des premières demandes de renouvellement aient été déposées en 2008 et logique que le nombre de ces demandes de renouvellement augmente en 2009. Cette part de la hausse attribuée aux renouvellements est mécanique et ne se traduit pas par une augmentation du nombre de bénéficiaires de la PCH.

- L'impact des demandes de PCH enfants

Depuis le 1^{er} avril 2008, en alternative aux compléments d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), les enfants peuvent bénéficier au titre de la prestation de compensation (en sus des aménagements de logement, de véhicule et des surcoûts liés aux frais de transport), de financements d'aides humaines, d'aides techniques, de charges spécifiques et exceptionnelles, de charges animalières. Cette ouverture se traduit par de nouvelles demandes de prestation de compensation qui impactent logiquement l'activité des MDPH en 2008 et 2009 : au cours du premier semestre 2009, le nombre des demandes de PCH enfant s'est ainsi élevé en moyenne à 1100 demandes par mois. (cf. infra).

Entre janvier et juin 2009, 10 300 demandes de prestation de compensation ont été déposées en moyenne chaque mois dans les MDPH, ce qui traduit une augmentation des demandes de 50 % entre 2007 et 2009.

En 2007 et en 2008 respectivement, les MDPH enregistraient 7 000 et 8 400 demandes par mois. Cette hausse des demandes crée une augmentation d'activité des MDPH et implique un redimensionnement des équipes pour l'accueil et l'information en premier lieu et pour l'instruction des demandes ensuite.

2007	Part des demandes PCH dans le total des demandes déposées – année 2007	5,0 %
	Part des demandes ACTP dans le total des demandes déposées – année 2007	1,3 %
	Part des PCH adultes dans le total des PCH – année 2007	96,6 %
	Part des PCH enfants dans le total des PCH – année 2007	3,4 %
2008	Part des demandes PCH dans le total des demandes déposées – année 2008	5,8 %
	Part des demandes ACTP dans le total des demandes déposées – année 2008	1,1 %
	Part des PCH adultes dans le total des PCH – année 2008	95,0 %
	Part des PCH enfants dans le total des PCH – année 2008	5,0 %
2009	Part des demandes PCH dans le total des demandes déposées – 1 ^{er} semestre 2009	5,4 %
	Part des demandes ACTP dans le total des demandes déposées – 1 ^{er} semestre 2009	1,0 %
	Part des PCH adultes dans le total des PCH – 1 ^{er} semestre 2009	89,7 %
	Part des PCH enfants dans le total des PCH – 1 ^{er} semestre 2009	10,3 %

L'entrée en vigueur de la PCH enfants au 1^{er} avril 2008 poursuit sa montée en charge.

L'entrée en vigueur de la PCH enfant a provoqué une augmentation sensible des demandes PCH pour les enfants : le nombre de demandes déposées pour les enfants est passé de 3,4 % en moyenne en 2007 à 5 % des demandes PCH en 2008. Ces demandes sont décomposées respectivement en 3,6 % et 8 % au cours des premier et second semestres.

Elles représentent, sur le premier semestre 2009, 10,3 % de l'ensemble des demandes de prestation de compensation.

Malgré ces hausses sensibles, la prestation de compensation ne représente encore que 5,4 % du total des demandes déposées auprès des MDPH en 2009.

En regard des demandes de cartes d'invalidité, d'allocation adultes handicapées (AAH), de reconnaissance de qualité de travailleurs handicapés (RQTH), de l'allocation d'éducation pour enfant handicapé (AEEH) et des orientations en établissement ou service médico-social pour les enfants, qui comptent respectivement pour 25 %, 20 % et 17 % des demandes déposées pour les adultes, et 37 % et 29 % des demandes déposées pour les enfants⁽¹⁴⁾, la prestation de compensation représente une part faible de l'ensemble des demandes à traiter par les MDPH.

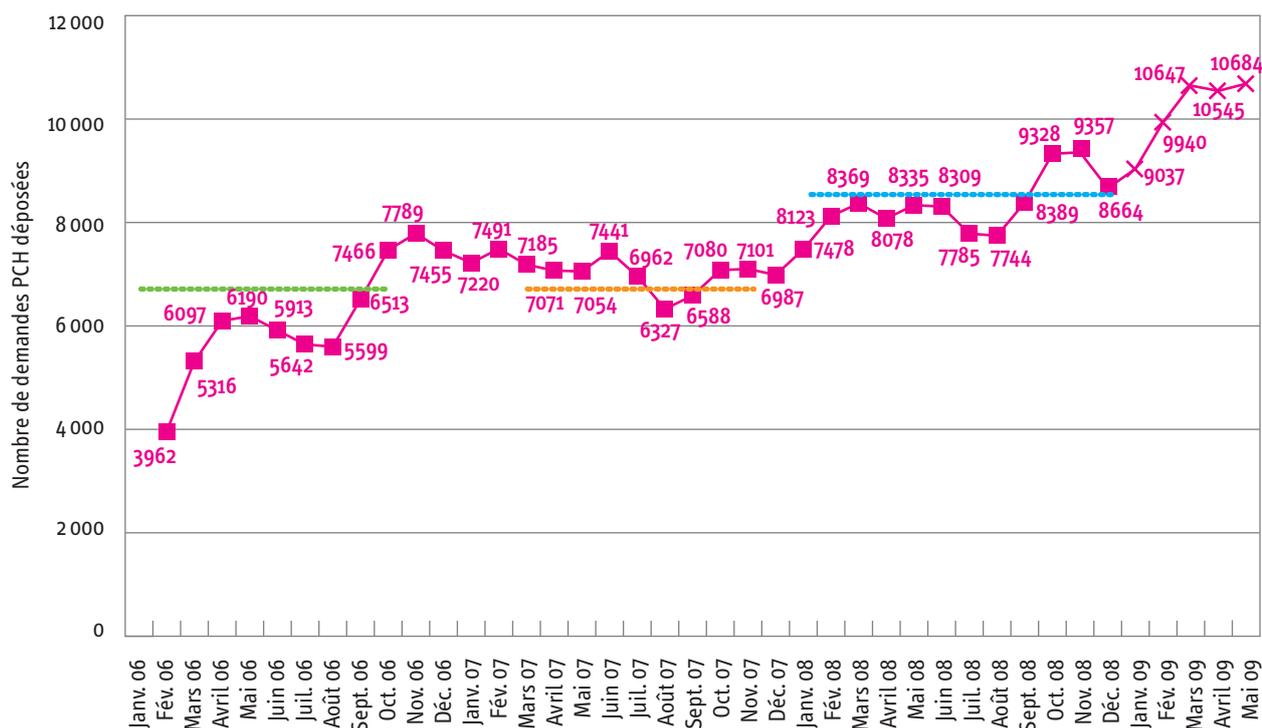
Cette part demeure en léger recul par rapport à celle observée en 2008 (5,8 %). Donc, partant du constat que le nombre de demandes de prestation de compensation augmente en 2009 et que la part de ces dernières dans le volume des demandes traitées diminue, il s'ensuit que le nombre global de demandes déposées dans les MDPH augmente en 2009.

1 % des demandes sont des demandes de renouvellement pour l'allocation compensatrice pour tierce personne.

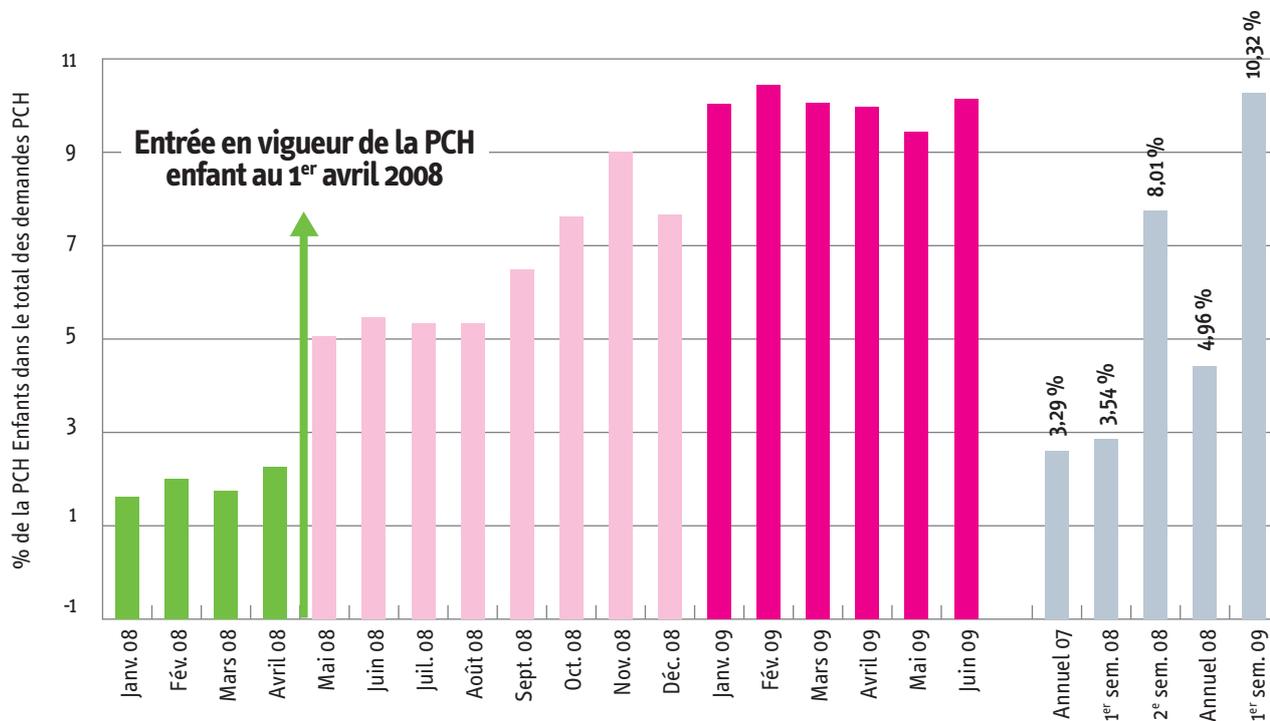
Cette part continue à diminuer depuis 2007.

14. Données publiées dans l'analyse présentée au Conseil de la CNSA du 31 mars 2009. Données issues des logiciels ITAC et OPALES respectivement pour les adultes et les enfants.

Évolution mensuelle lissée des demandes PCH 2006-2009 Estimation France entière (source déclarative)



Montée en charge des demandes de la PCH enfants



- L'entrée en vigueur de la PCH Enfants se fait sentir dès le mois de mai dans l'activité des MDPH
- Entre 54 et 68 MDPH dans l'échantillon selon les mois en 2008
- 50 et 60 MDPH selon les mois en 2009

3. Les décisions de prestation de compensation : la montée en charge se poursuit sur le premier semestre 2009 bien que le rythme de croissance se ralentisse

Décisions examinées en CDA-PH		
2006-2009	Total des décisions PCH 2006 (72 répondants)*	23 514
	Total des décisions PCH 2007 (83 répondants)*	76 608
	Total des décisions PCH 2008 (81 répondants)*	112 129
	Total des décisions PCH 2009 – 1 ^{er} semestre 2009 (67 répondants)**	62 395
	Nombre moyen de décisions PCH* prises – année 2007	6 384
	Nombre moyen de décisions PCH* prises – année 2008	9 344
	Nombre moyen de décisions PCH* prises – 1 ^{er} semestre 2008	9 073
	Nombre moyen de décisions PCH* prises – 2 ^e semestre 2008	9 615
	Nombre moyen de décisions PCH** prises – 1 ^{er} semestre 2009	10 399
	Rythme de croissance moyen des décisions PCH – janvier-mai 2006	> 100 % chaque mois
	Rythme de croissance moyen des décisions PCH – juin-décembre 2006	+25 % chaque mois
	Rythme de croissance moyen des décisions PCH – 2007	+4 % chaque mois
	Rythme de croissance moyen des décisions PCH – 2008	+4 % chaque mois
	Rythme de croissance moyen des décisions PCH – 1 ^{er} semestre 2009	+2 % chaque mois
	Taux de croissance 2008/2007 du nombre de décisions prises	46,4 %
	Taux de croissance 2009/2008 du nombre de décisions prises (1 ^{er} semestre/2 ^e semestre précédent)	14,6 %

* Extrapolées à la population française – chiffres définitifs.

** Extrapolées à la population française – chiffres provisoires.

275 000 décisions de PCH ont été prises en trois ans et demi.

Les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), instances décisionnaires des MDPH, ont pris 112 100 décisions relatives à la PCH en 2008 (accords et refus confondus). Il s'agit d'une nette augmentation par rapport au nombre de décisions prises en 2007. La montée en charge de ces décisions s'est poursuivie au long de l'année 2008, sur le même rythme qu'en 2007 (+ 4 % chaque mois).

En 2008, le nombre de décisions relatives à la PCH a augmenté de près de 50 % par rapport à 2007. En début d'année 2009, la montée en charge se poursuit mais sur un rythme ralenti (+ 15 %) : 62 400 décisions relatives à la PCH ont été prises sur le premier semestre 2009.

En moyenne, 10 400 décisions relatives à la prestation de compensation ont été prises chaque mois sur le premier semestre 2009.

En 2007, elles représentaient un volume mensuel de 6 400 décisions et, en 2008, de 9 300 décisions. Les MDPH et leur CDAPH doivent donc faire face à cette augmentation d'activité.

Part des décisions PCH enfants dans le total des PCH – année 2007	3,0 %
Part des décisions PCH enfants dans le total des PCH – 1 ^{er} semestre 2008	1,9 %
Part des décisions PCH enfants dans le total des PCH – 2 ^e semestre 2008	3,5 %
Part des décisions PCH enfants dans le total des PCH – 1 ^{er} semestre 2009	7,0 %
Part des décisions PCH enfants dans le total des PCH – année 2008	2,9 %
Part des décisions PCH adultes dans le total des PCH – année 2007	97,0 %
Part des décisions PCH adultes dans le total des PCH – année 2008	97,1 %
Part des décisions PCH adultes dans le total des PCH – 1 ^{er} semestre 2009	93,0 %

L'entrée en vigueur de la PCH enfant se fait sentir dès le deuxième semestre 2008 en termes de décisions.

Au premier semestre 2008, très peu de décisions de PCH concernaient les enfants alors que, depuis avril 2008, ils peuvent bénéficier de tous les éléments de la PCH. C'est même une diminution des décisions en leur faveur qui est observée : en 2007, les PCH d'aménagement du logement et du véhicule pour les enfants représentaient 3,0 % du total des décisions de PCH ; au premier semestre 2008, ces décisions ne comptent que pour 1,9 %.

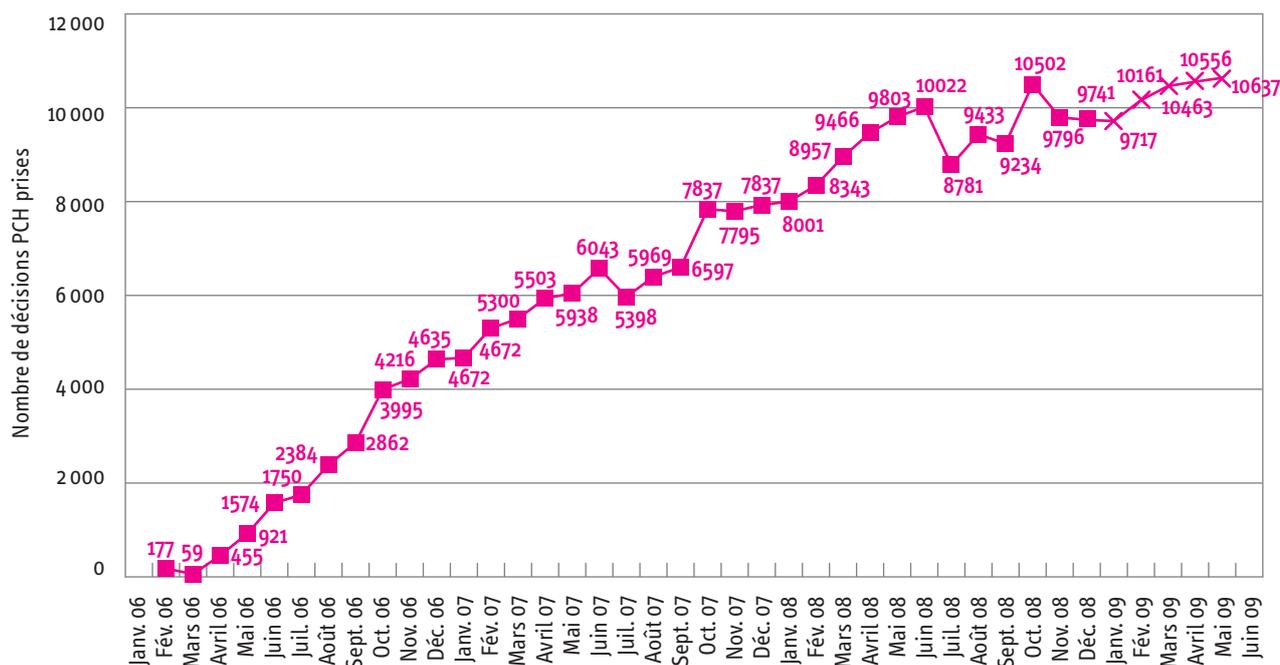
En revanche, au second semestre 2008, l'impact de l'ouverture aux enfants est très net. La part des décisions de PCH enfants passe de 1,9 % à 3,5 % entre le premier et le second semestre 2008.

Sur 2009, les décisions relatives à la PCH enfants augmentent nettement : elles comptent pour 7,0 % du total des décisions PCH (soit 4 350 décisions prises au cours de ce semestre).

En 2009, près de 6 % des décisions prises par la CDAPH concernent la prestation de compensation.

Part des décisions PCH dans le total des décisions prises – année 2007	3,7 %
Part des décisions PCH dans le total des décisions prises – année 2008	3,2 %
Part des décisions PCH dans le total des décisions prises – 1 ^{er} semestre 2009	5,8 %

Évolution mensuelle lissée des décisions PCH 2006-2007-2008-2009
Estimation France entière (source déclarative)



4. Les prestations de compensation accordées augmentent plus au cours du premier semestre 2009 que les décisions prises

Prestations de compensation accordées		
2007-2009	Nombre de PCH accordées en 2007*	52 997
	Nombre de PCH accordées en 2008*	71 424
	Nombre de PCH accordées** – 1 ^{er} semestre 2009	44 634
	Nombre moyen de PCH accordées chaque mois – année 2007	4 416
	Nombre moyen de PCH accordées chaque mois – année 2008	5 952
	Nombre moyen de PCH accordées chaque mois – 1 ^{er} semestre 2009	7 439

* Extrapolées à la population française – chiffres définitifs.

** Extrapolées à la population française – chiffres provisoires.

2007-2009	Taux moyen d'accords PCH en 2007	66,4 %
	Réparties en PCH accordées adultes	97,8 %
	... et PCH accordées enfants	2,2 %
	Taux moyen d'accords – PCH adultes	67,1 %
	Taux moyen d'accords – PCH enfants	84,3 %
	Taux moyen d'accords PCH en 2008	67,7 %
	Réparties en PCH accordées adultes	97,2 %
	... et PCH accordées enfants	2,8 %
	Taux moyen d'accords : PCH adultes	67,7 %
	Taux moyen d'accords : PCH enfants	76,9 %
	Taux moyen d'accords PCH en 2009 (1 ^{er} semestre)	73,1 %
	Réparties en PCH accordées adultes	91,1 %
	... et PCH accordées enfants	8,9 %
	Taux moyen d'accords : PCH adultes	73,3 %
Taux moyen d'accords : PCH enfants	65,7 %	

Près de 45 000 demandes de PCH examinées au cours du premier semestre 2009 ont conduit à un accord.

Les PCH accordées concernent pour l'essentiel les adultes (91,1 %). Les enfants représentent 8,9 % du volume des accords PCH.

Le taux d'accords de la PCH augmente : sur le premier semestre 2009, 73,1 % des demandes de PCH sont accordées.

Alors qu'en 2007, deux tiers des PCH sont accordées (66,4 %) et qu'en 2008, cette part reste presque identique (67,7 %), en 2009, la proportion d'accords augmente nettement : près des trois quarts des demandes de PCH font l'objet d'une décision favorable (73,1 %).

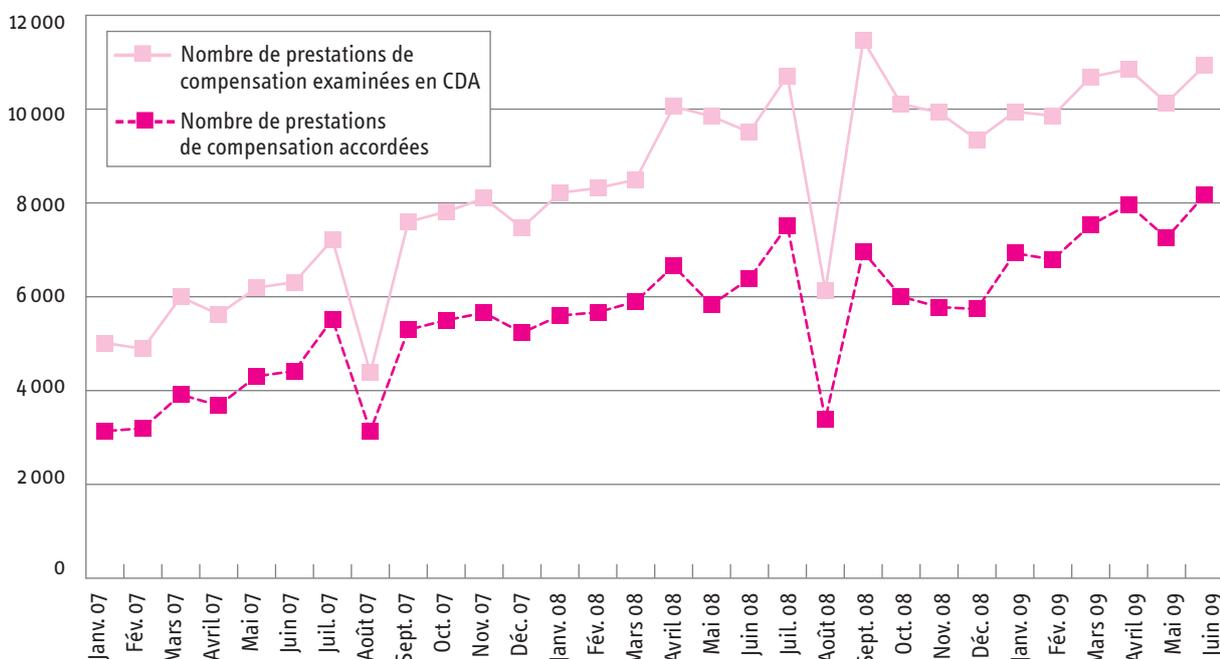
Outre le fait que la proportion des accords est en nette hausse, le volume des accords s'accroît d'autant plus que la montée en charge des décisions prises se poursuit.

73,3 % des PCH pour les adultes et 65,7 % des PCH pour les enfants sont accordées sur le premier semestre 2009.

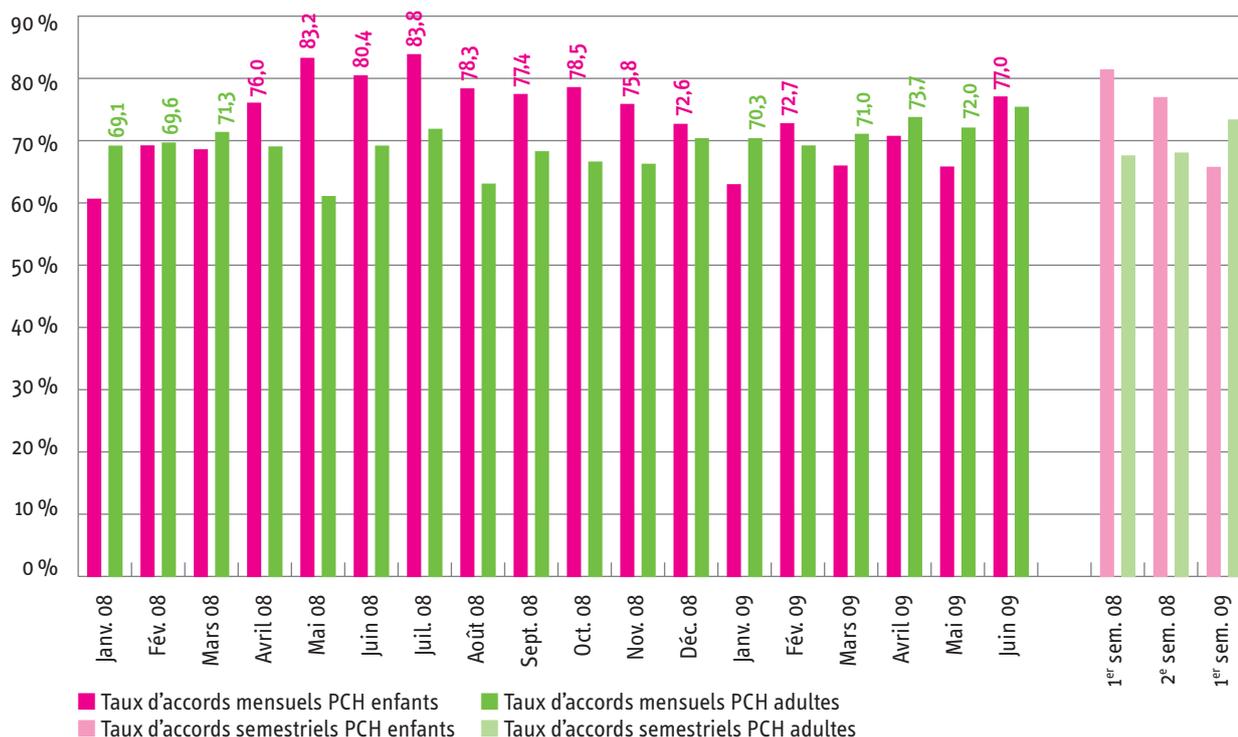
Les taux d'accords de PCH adulte, en moyenne nationale, dépassent les deux tiers quelle que soit l'année : 67,1 % en 2007, 67,7 % en 2008 et 73,3 % sur le premier semestre 2009. Le taux d'accord a augmenté de 5,6 points entre le premier semestre 2009 et 2008. Dans le même temps, le taux d'accords des PCH pour les enfants a chuté de 11,2 points entre le premier semestre 2009 et 2008. Alors que 84,1 % des PCH pour les enfants étaient accordées en 2007, 76,9 % des PCH enfants sont accordées en 2008 et 65,7 % au 1^{er} semestre 2009. L'élargissement du champ de la PCH pour les enfants au 1^{er} avril 2008 est sans doute la raison de cette baisse du taux d'accords.

Le nombre moyen total de PCH accordées augmente trimestre après trimestre et suit la tendance à la hausse du nombre de décisions. En moyenne, 6 000 PCH ont été accordées par mois en 2008. Sur le premier semestre 2009, près de 7 500 PCH sont accordées par mois.

Évolution mensuelle des prestations de compensation accordées en 2007-2009 Estimation France entière (source déclarative)



Taux d'accords PCH mensuels comparés – Enfants et adultes 1^{er} semestre 2009



5. Le contenu de la prestation de compensation évolue

Les questionnaires mensuels permettent d'isoler les différents éléments de la prestation de compensation qui ont été attribués, en nombre et en montants.

Répartition des différents éléments de la PCH

En 2007, les aides humaines ont compté pour la moitié des éléments attribués (48,2 %), et les aides techniques pour un cinquième (20,8 %). L'élément n° 3 (aménagement du logement, du véhicule et surcoûts de frais de transport) a représenté 22,2 % des attributions et l'élément n° 4 (charges spécifiques et exceptionnelles) près de 13,1 % du total des attributions accordées par la CDAPH. Les aides animalières constituent une très petite portion du total (0,2 %).

En 2008, cette répartition a évolué puisque la part des aides humaines a diminué de près de 4 points (44,8 %), celle des aides techniques a augmenté de 2 points (22,9 %); celle de l'élément n° 3 a diminué de 4 points par rapport à 2007 (18,2 %).

Sur le 1^{er} semestre 2009, la part des aides humaines continue à diminuer, et celle des aides techniques à augmenter :

- les aides humaines qui représentaient près de la moitié des attributions de la CDAPH en 2007, représentent au 1^{er} semestre 2009, 41,8 %
- les aides techniques qui représentaient un cinquième des attributions en 2007 représentent au 1^{er} semestre 2009, 28,8 %

La part de l'élément n° 3 atteint 17,6 % des attributions au 1^{er} semestre 2009.

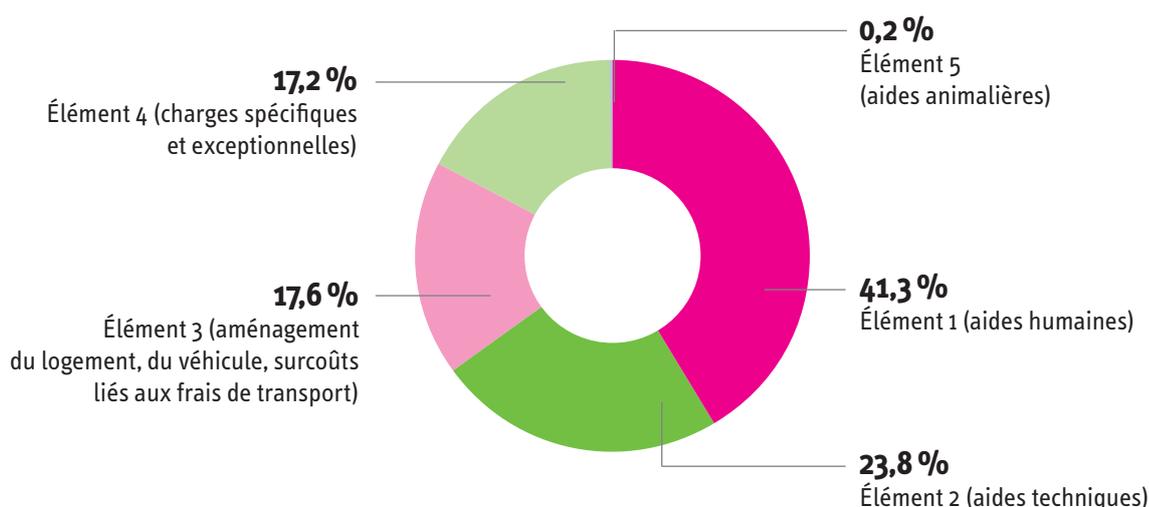
Les charges spécifiques et exceptionnelles, stables en 2007 et 2008, respectivement de 13,1 % et 13,9 %, représentent au 1^{er} semestre 2009, 17,2 % soit en nette progression par rapport aux années précédentes.

Les aides animalières constituent toujours une faible portion du total (0,2 %).

La répartition des éléments au sein de la PCH au cours du temps

Répartition des éléments accordés	Élément 1 (aides humaines)	Élément 2 (aides techniques)	Élément 3 (aménagement du logement)	Élément 3 (aménagement du véhicule)	Élément 3 (surcoûts des frais de transport)	Élément 3 (aménagement du logement, du véhicule et surcoûts liés aux frais de transport)	Élément 4 (charges spécifiques et except ^{elles})	Élément 5 (aides animalières)
Total 2009								
Semestre 1	41,3 %	23,8 %	8,0 %	3,4 %	6,1 %	17,6 %	17,2 %	0,2 %
Total 2008	44,8 %	22,9 %	8,9 %	4,1 %	5,2 %	18,2 %	13,9 %	0,3 %
Semestre 1	45,8 %	22,7 %	9,2 %	4,3 %	4,8 %	18,4 %	12,9 %	0,3 %
Semestre 2	43,7 %	23,2 %	8,6 %	3,8 %	5,6 %	18,0 %	14,9 %	0,2 %
Total 2007	48,3 %	20,8 %	9,5 %	4,8 %	3,3 %	22,2 %	13,1 %	0,2 %
Semestre 1	49,2 %	21,4 %	9,1 %	5,0 %	2,4 %	20,5 %	12,6 %	0,3 %
Semestre 2	47,6 %	20,3 %	9,8 %	4,7 %	4,0 %	23,5 %	13,5 %	0,2 %

Répartition des éléments de la PCH attribués – en % 1^{er} semestre 2009 – source déclarative



Les montants décidés par la CDAPH pour chaque élément de la prestation

Il s'agit, pour les aides humaines et les aides spécifiques, du montant mensuel accordé, indépendamment du nombre de mois pour lequel l'élément est accordé. Pour les autres aides (aides techniques, aménagement de logement et du véhicule, charges exceptionnelles), il s'agit du montant total accordé, puisqu'il est versé en une seule fois.

Les montants présentés ci-dessous ne représentent donc pas le coût total des décisions prises par la CDAPH mais le coût moyen mensuel des décisions le mois de l'attribution.

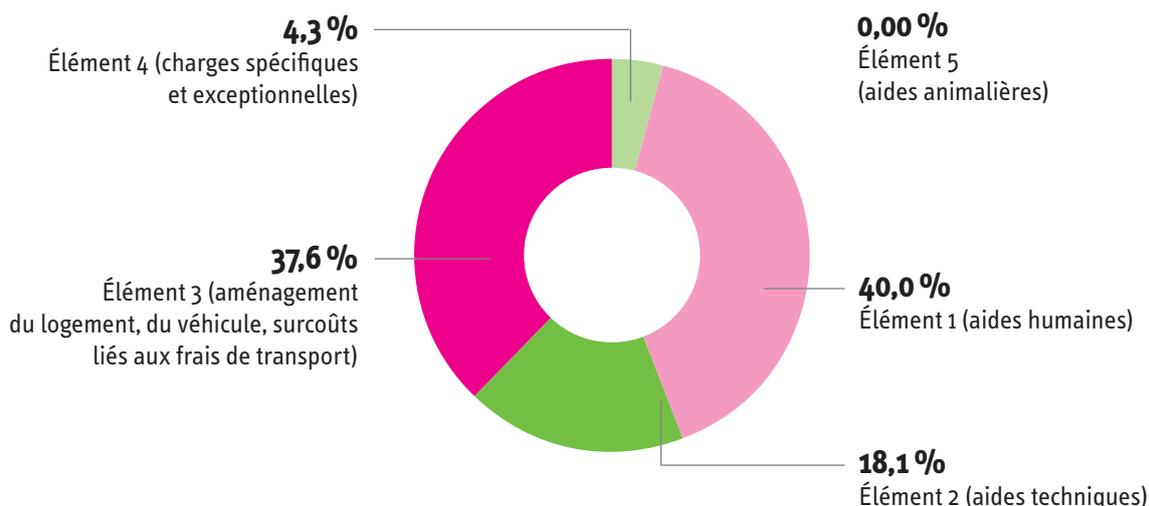
La répartition des montants des éléments au sein de la PCH.

En montants attribués, la répartition des éléments diffère de celle observée en nombre d'attributions, les coûts étant très différents d'un élément à l'autre. Au sein de l'élément n° 3, les aménagements du logement représentent un coût très important alors qu'ils représentent une part importante des accords de l'élément n° 3 (45 % des attributions sur le premier semestre 2009).

Sur le premier semestre 2009, les aides humaines comptent en moyenne pour 40 % du total des montants attribués par la CDAPH, les aides techniques pour 18,1 %, les charges spécifiques et exceptionnelles qui constituent l'élément n° 4 de la prestation de compensation représentent 4,3 %. L'élément n° 3 composé des aménagements du logement, du véhicule et des frais de transport représente 37,6 % en montant alors qu'il représente seulement en nombre 17,6 % des attributions. L'élément relatif aux aides animalières reste très peu présent, en nombre d'attributions comme en montants.

À mi-année 2009, cette répartition paraît stable depuis 2008 : en 2008, l'élément relatif aux aides humaines atteignait 39,7 % des montants attribués, les aides techniques représentaient 18,6 % et l'élément n° 4, 3,2 %. L'élément n° 3 comptait pour 38,2 % des montants attribués.

Répartition des montants des éléments de la PCH – en % 1^{er} semestre 2009 – source déclarative



Répartition des montants attribués au cours du temps

Répartition des montants attribués	Élément 1 (aides humaines)	Élément 2 (aides techniques)	Élément 3 (aménagement du logement)	Élément 3 (aménagement du véhicule)	Élément 3 (surcoûts des frais de transport)	Élément 3 (aménagement du logement, du véhicule et surcoûts liés aux frais de transport)	Élément 4 (charges spécifiques et excep ^{elles})	Élément 5 (aides animalières)
Total 2009								
Semestre 1	40,0 %	18,1 %	25,1 %	7,7 %	4,8 %	37,6 %	4,3 %	0,0 %
Total 2008	39,7 %	18,9 %	27,2 %	9,6 %	1,3 %	38,1 %	3,2 %	0,0 %
Semestre 1	39,5 %	18,6 %	28,2 %	9,8 %	1,2 %	39,2 %	2,6 %	0,0 %
Semestre 2	39,9 %	19,2 %	26,1 %	9,4 %	1,5 %	37,0 %	3,7 %	0,0 %
Total 2007	45,2 %	15,7 %	26,5 %	9,8 %	0,8 %	37,1 %	1,9 %	0,0 %
Semestre 1	50,5 %	14,1 %	23,6 %	10,1 %	0,5 %	34,2 %	1,2 %	0,0 %
Semestre 2	47,4 %	20,0 %	33,8 %	11,2 %	1,1 %	46,2 %	3,0 %	0,0 %

L'évolution des montants des éléments

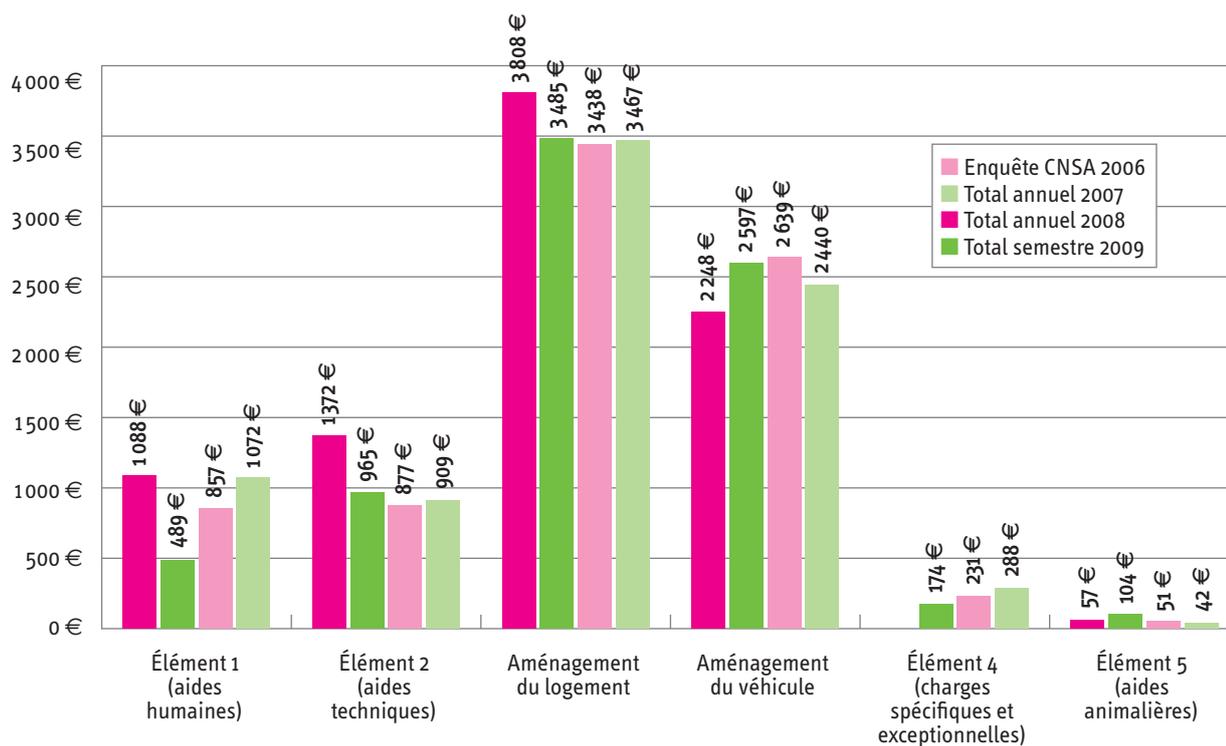
Sur le premier semestre 2009, les montants attribués mensuellement en moyenne pour les aides humaines sont en forte augmentation et s'élèvent à **1070 €**.

Ceux attribués au titre des aides techniques augmentent légèrement, à 910 €, en un seul versement.

Les montants moyens d'un aménagement de logement et d'un aménagement de véhicule, également attribués en un seul versement, s'élèvent respectivement à 3 470 € et 2 440 €. Le montant moyen ponctuel attribué au titre des aménagements de véhicule diminue nettement en 2009 (200 € d'économies en moyenne par aménagement de véhicule). Cependant les frais de transport augmentent sensiblement (et il s'agit de dépenses répétitives).

Il semble que les montants moyens des charges spécifiques et exceptionnelles (élément n° 4) tendent à augmenter : l'élément 4 « coûte » 290 € en moyenne.

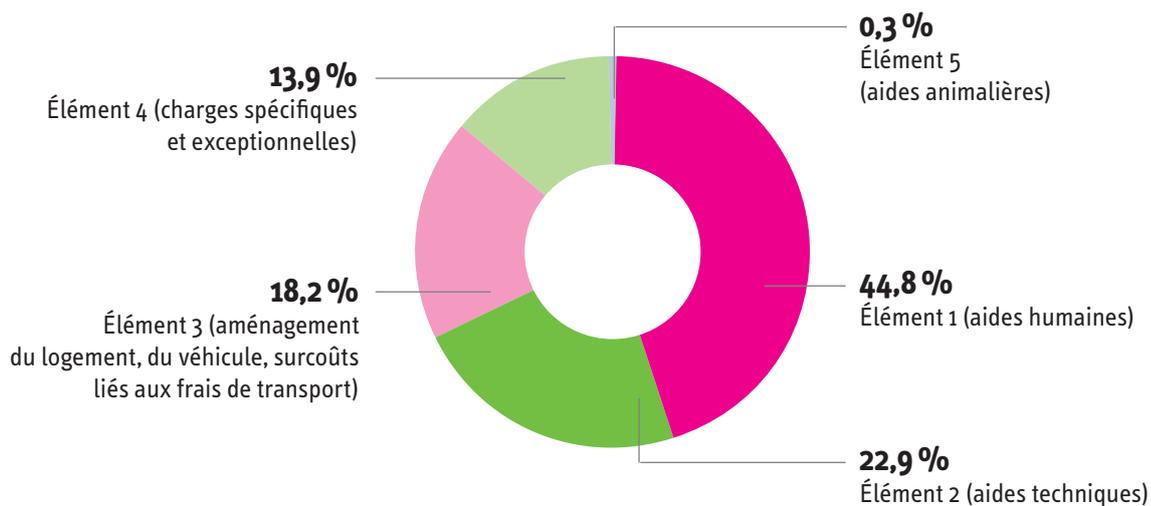
Évolution des montants moyens attribués par élément de la prestation de compensation – source déclarative



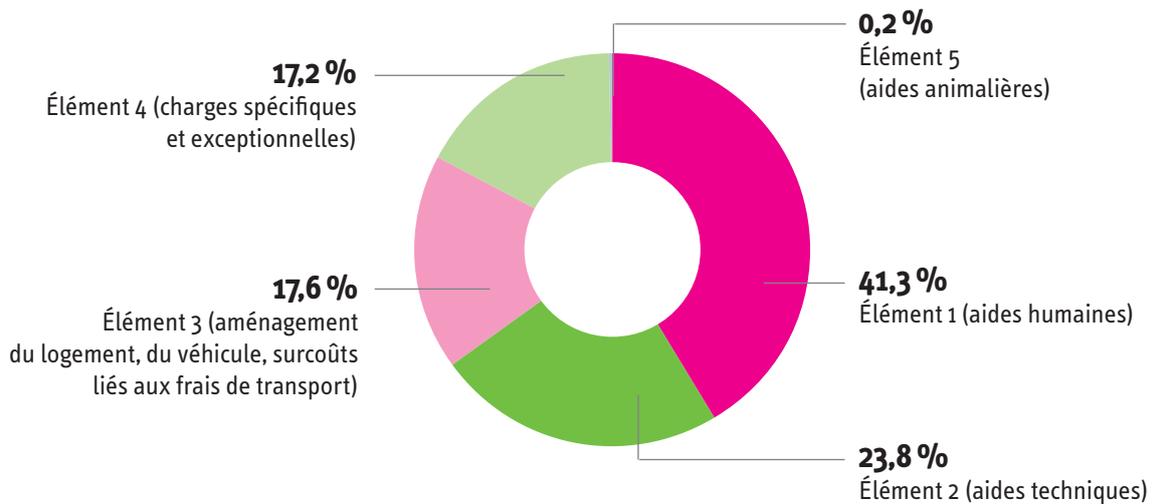
Éléments de la prestation de compensation

Annexes

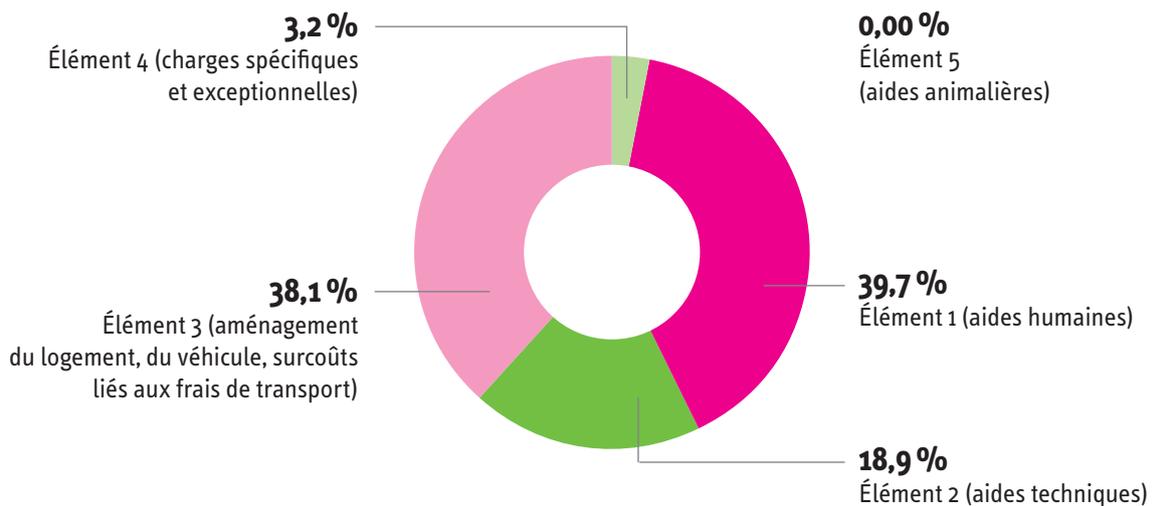
Répartition des éléments de la PCH attribués – en % Année 2008 – source déclarative



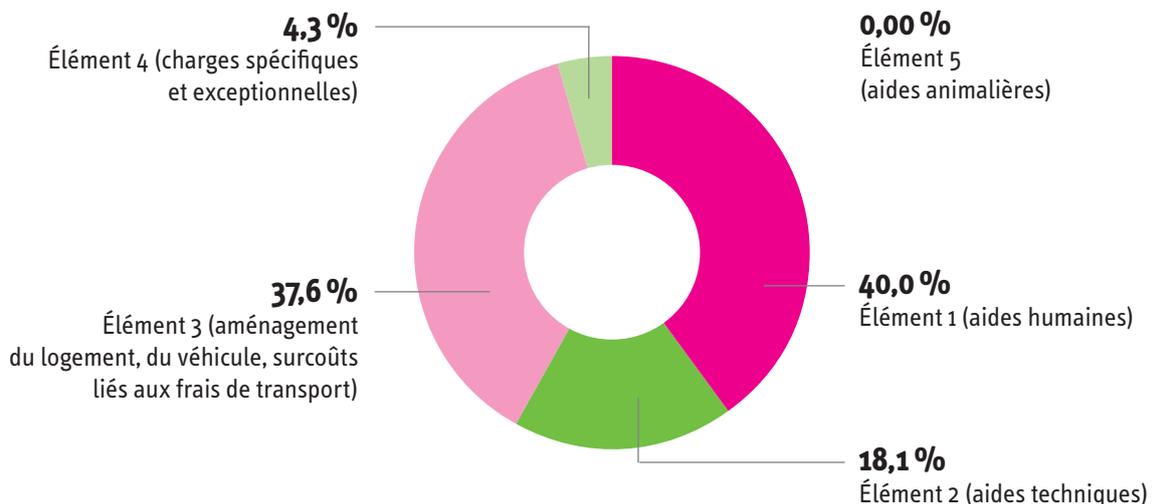
**Répartition des éléments de la PCH attribués – en %
1^{er} semestre 2009 – source déclarative**



**Répartition des montants de la PCH – en %
année 2008 – source déclarative**



**Répartition des montants des éléments de la PCH – en %
1^{er} semestre 2009 – source déclarative**



Les comptes administratifs consolidés des 100 MDPH en 2008

Pour la deuxième année consécutive, la maquette de présentation consolidée des comptes des MDPH a permis d'agrèger à la fois les flux financiers du budget du GIP et les participations des contributeurs à son fonctionnement.

La maquette et l'étude qui en est issue répondent à deux attentes. Pour les membres contributeurs des GIP-MDPH d'une part, qui souhaitent disposer d'éléments objectifs d'analyse pour le pilotage de ces structures, les données et les ratios présentés dans ce rapport, constituent autant d'outils d'aide à la décision et à la planification. Pour la CNSA et l'État d'autre part, cette présentation consolidée apporte, en intégrant la valorisation des apports en nature, un éclairage sur le coût réel de fonctionnement d'une MDPH.

En 2009, pour la première fois, l'ensemble des départements (métropole et DOM) a transmis la maquette de son compte administratif à la CNSA, pour l'exercice budgétaire 2008.

Le renseignement des cent maquettes, sur une base déclarative, a donné lieu à un travail de contrôle des données et de leur cohérence, grâce à la collaboration de nos interlocuteurs au sein de chaque MDPH et dans les services du Conseil général.

Ce travail a permis ensuite la validation de l'ensemble des maquettes retournées. La qualité du remplissage des maquettes et de leurs annexes reste cependant inégale à cause de données indisponibles.

Cette note présente tout d'abord les principales données consolidées pour l'ensemble des départements donnant une première vision « macro » des recettes et des dépenses des GIP. Cette présentation succincte est suivie d'une analyse plus détaillée des composantes de la dépense des MDPH (dépenses de fonctionnement rapportées à la population, lien entre les dépenses et le potentiel fiscal, part des dépenses réalisées directement sur le budget du GIP, part des dépenses de personnel dans les dépenses de fonctionnement...). Enfin, une typologie des recettes des maisons départementales a pu être dressée, qui met notamment en évidence le poids relatif des différents contributeurs, pour les MDPH vues dans leur ensemble, mais aussi selon le profil populationnel des départements.

1. Synthèse nationale des données financières des MDPH

La population « cible » de notre analyse est la tranche des habitants de 0 à 59 ans, population reflétant le nombre de bénéficiaires potentiels d'une MDPH. Elle s'élève à 50 millions d'individus en 2008 en France (donnée Insee), soit 77 % de la population totale.

Les dépenses totales pour le fonctionnement d'une MDPH sont la somme des dépenses de fonctionnement (dépenses courantes, dont dépenses de personnel) et des dépenses d'investissement.

Cependant, l'étude ne mettra pas en valeur ce dernier indicateur car les données relatives à l'investissement n'ont été communiquées que de façon parcellaire. Le résultat obtenu (4 % des dépenses au niveau national) ne semble pas représentatif de l'ensemble des MDPH.

Dépenses (€)	252 698 166	
Dépenses d'investissement	10 320 823	4 %
Dépenses de fonctionnement	242 377 343	96 %
<i>dont dépenses de personnel</i>	186 342 018	77 %
<i>dont charges à caractère général</i>	43 946 218	18 %
<i>dont autres (provisions, charges financières, charges exceptionnelles...)</i>	12 089 107	5 %

Recettes (€) *	256 646 750	
<i>dont apports en nature contributeurs</i>	119 187 745	46 %
<i>dont apports financiers contributeurs</i>	124 152 029	48 %
<i>dont apports GIP (report d'investissement, vente,...)</i>	13 306 977	5 %
Contribution CG	95 341 119	37 %
Contribution État	92 836 874	36 %
Contribution CNSA**	48 172 006	19 %
Contribution Sécurité sociale	2 057 944	1 %
Autres (Mutualité, Ugecam,...)	4 931 831	2 %
Divers MDPH (dont reports d'investissement, ...)	13 306 977	5 %

* Les recettes recensent les moyens effectivement mis à disposition des MDPH et non pas les montants prévus dans les conventions constitutives.

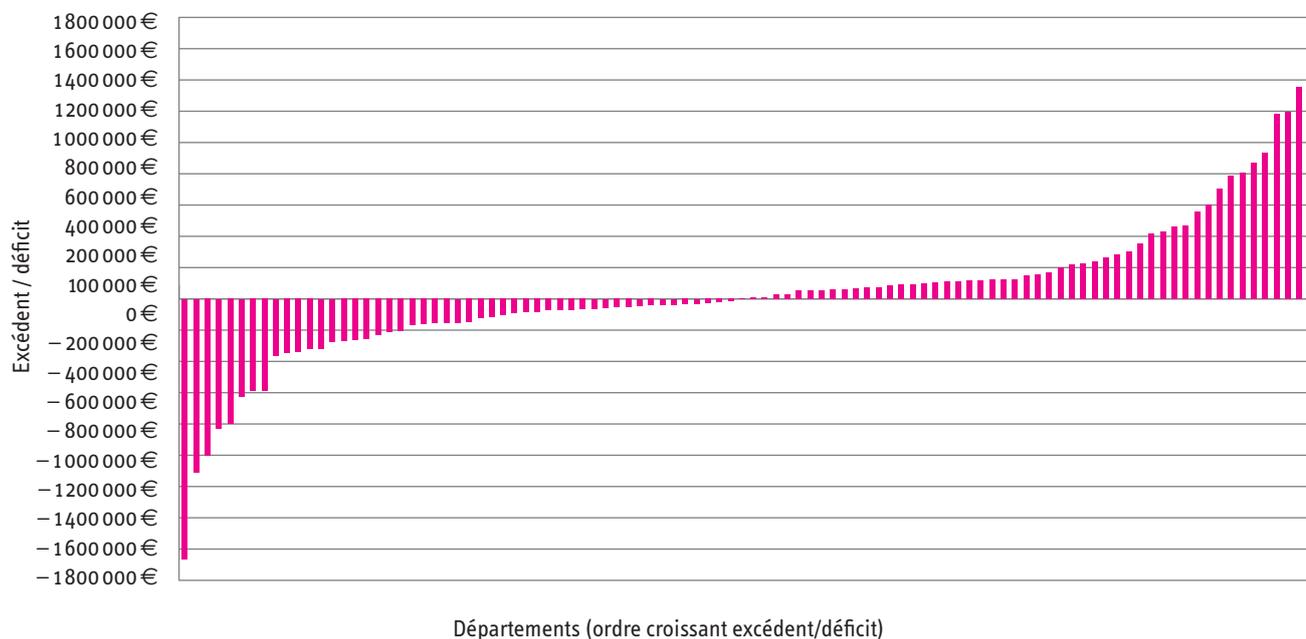
** Le concours versé en 2008 était de 45 M€ mais certaines MDPH ont reçu sur cet exercice des reliquats des concours précédents.

Les dépenses consolidées des 100 MDPH s'élèvent en 2008 à 252,6 M€, soit 0,01 point de PIB. La majorité de ces dépenses correspond à des dépenses de personnel.

Les recettes des MDPH se montent quant à elles à 256,6 M€, ce qui induit un écart entre dotations et dépenses d'un peu moins de 4 M€ (excédent).

Le graphique suivant permet de visualiser la façon dont cet écart se ventile au sein des départements, des MDPH les plus déficitaires aux MDPH les plus excédentaires (données anonymisées).

Excédent ou déficit des MDPH



Pour l'exercice 2008, sur les 100 MDPH, les valeurs s'étendent de -1,6 à +1,6 million d'euros, de manière relativement symétrique. 51 MDPH enregistrent un excédent et 37 présentent un déficit ou excédent compris entre -100 000 € et +100 000 €.

À noter que la photographie que la maquette budgétaire fournit de l'effort financier des différents contributeurs occulte la grande hétérogénéité des situations de départ des MDPH.

Leur création ne s'est en effet pas faite *ex-nihilo* : les COTOREP et CDES qui préexistaient aux MDPH n'étaient pas dotées de manière homogène par l'État au sein des départements.

De plus, une partie des personnels de ces anciennes structures n'a pas souhaité rejoindre les services de l'État, soit au moment de la création de la MDPH, soit depuis.

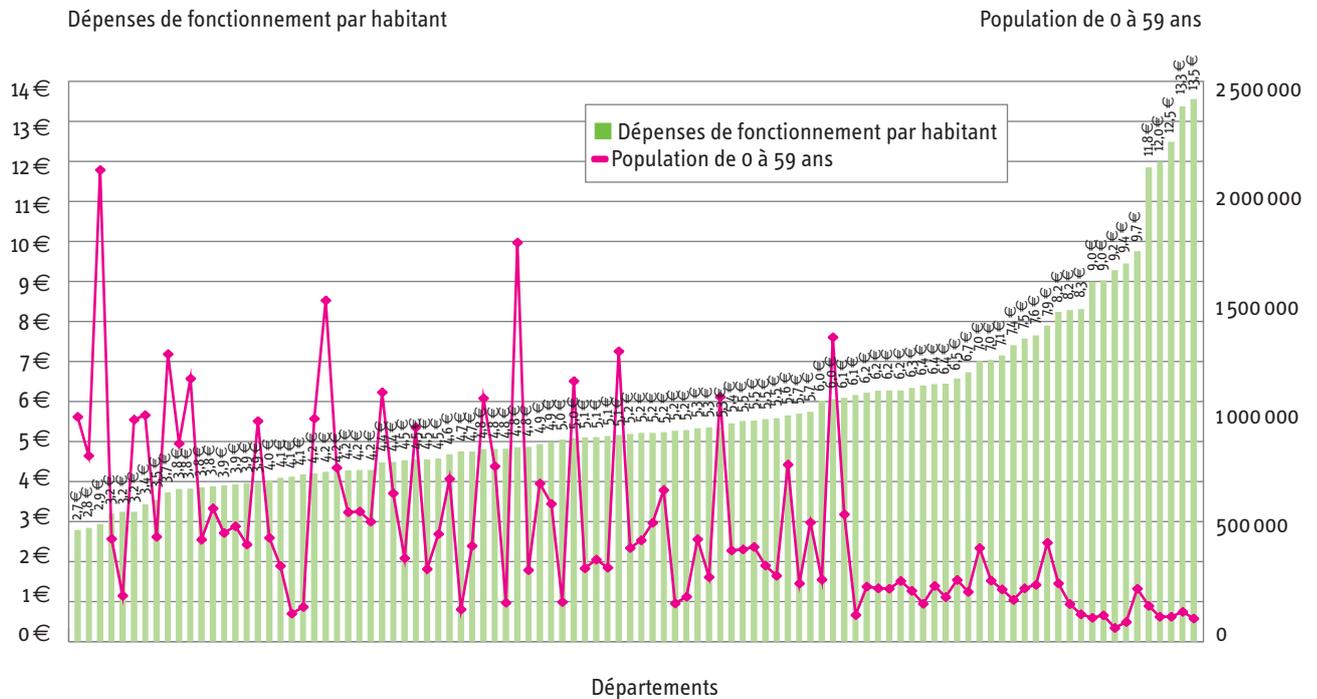
Les apports financiers des contributeurs à la MDPH tiennent ainsi compte, dans une certaine mesure, de ces réalités hétérogènes qui impliquent des besoins de financement bien différents selon les situations.

L'étude ne tient pas compte, par ailleurs, des reports de crédits de fonctionnement des années précédentes. Or il est possible que l'effort des contributeurs différencié au départ selon les départements ait un impact aujourd'hui sur les comptes des GIP. Ainsi, certaines MDPH qui apparaissent en déficit sur le graphique équilibrent en réalité leurs comptes grâce aux reports de crédits de fonctionnement. C'est le cas pour 41 des 49 GIP qui apparaissent ici en déficit.

2. Les composantes de la dépense des MDPH

2.1. Les dépenses de fonctionnement des MDPH rapportées à la population

Le graphique suivant présente la distribution de **la dépense de fonctionnement par personne de 0 à 59 ans pour l'ensemble des départements**, par ordre croissant de dépense.



La dépense moyenne par habitant de moins de 60 ans s'établit à 4,80 €, avec une valeur minimale de 2,70 € et une valeur maximale de 13,50 €, soit un rapport de 1 à 5 entre les extrêmes. On constate que cinquante-quatre MDPH ont une dépense comprise entre 3,8 et 5,80 € par habitant. 41 départements se situent au-dessous de la valeur moyenne de 4,80 €. La médiane ⁽¹⁵⁾ s'élève quant à elle à 5,16 €.

Le graphique montre également que malgré une certaine dispersion, le coût unitaire de la MDPH est globalement d'autant plus élevé que les habitants du département âgés de moins de 60 ans (20 à 59 ans) sont peu nombreux. Cela provient en partie du fait que les dépenses de fonctionnement comportent une part fixe non négligeable. La CNSA a tenu compte de cette réalité dans la construction des critères de répartition de son concours (en 2008, la part fixe déterminée par le Conseil de la CNSA était de 15 m€ sur 45 M€).

15. La médiane signifie ici que cinquante MDPH ont une dépense moyenne par habitant supérieure à cette valeur (5,16 €) et que les 50 autres MDPH ont une dépense moyenne par habitant inférieure à cette valeur.

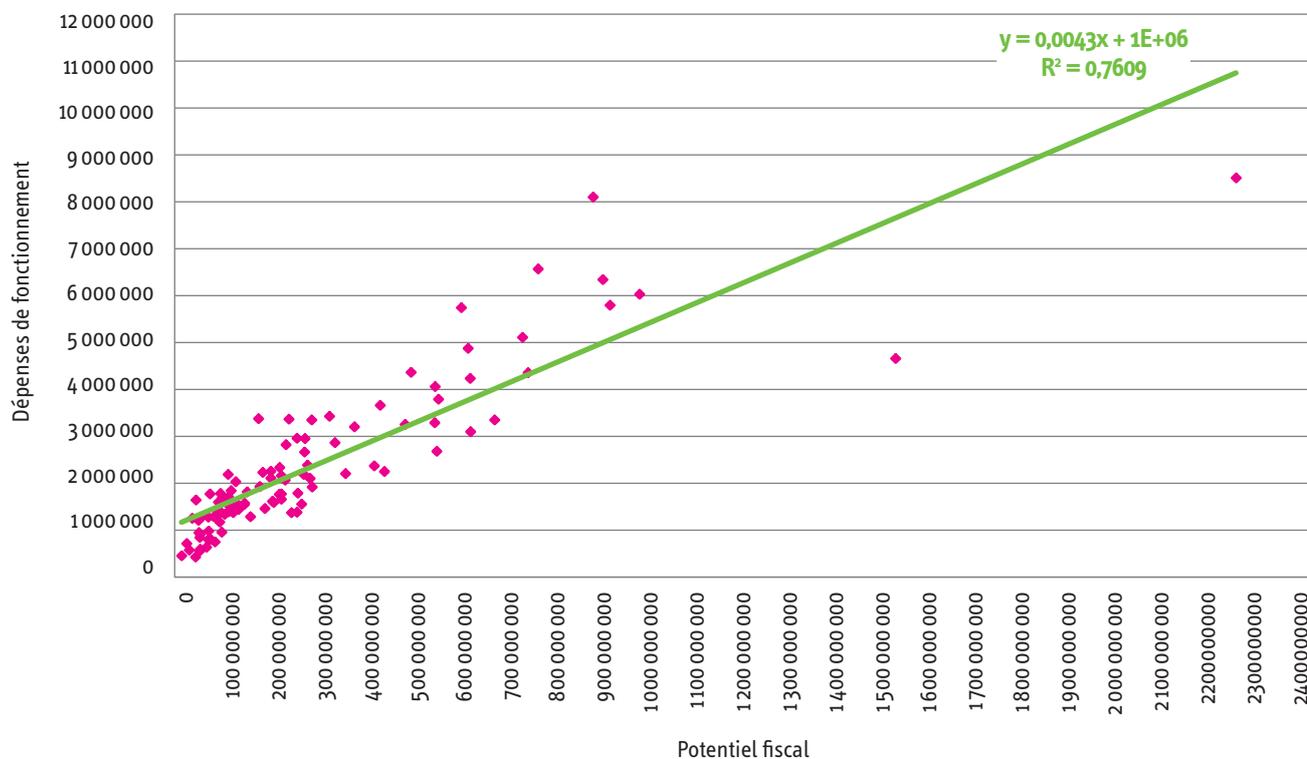
2.2. Lien entre les dépenses et le potentiel fiscal

La richesse potentielle du département, ou du moins sa capacité à lever l'impôt, est communément mesurée par le potentiel fiscal. Il est obtenu en appliquant aux bases d'imposition des quatre taxes directes locales, les taux moyens nationaux d'imposition.

Il s'agit aujourd'hui du principal indicateur utilisé dans le calcul des concours financiers de l'État aux collectivités locales et notamment un de ceux utilisés pour le calcul des concours de la CNSA aux départements.

On observe sur le graphique suivant que les dépenses de fonctionnement augmentent globalement avec la richesse du département, avec malgré tout une dispersion importante.

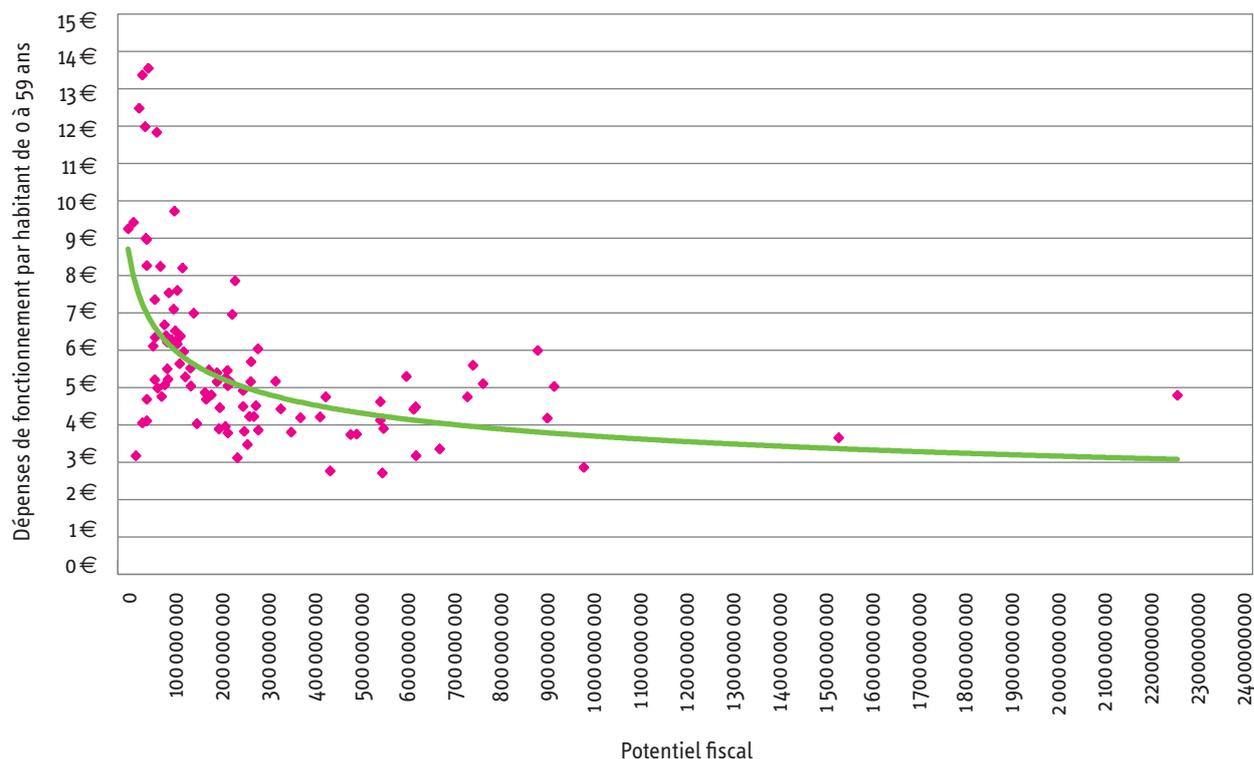
Dépenses de fonctionnement rapportées au potentiel fiscal



55 % des MDPH ont une dépense de fonctionnement inférieure à 2 000 000 €, avec un potentiel fiscal pour leur département inférieur à 300 000 000 €.

Cependant, le rapprochement entre le potentiel fiscal et le coût par habitant de moins de 60 ans montre, dans le graphique suivant, que le coût par habitant n'évolue pas proportionnellement à la richesse fiscale.

Coût par habitant de 0 à 59 ans rapporté au potentiel fiscal



En effet, la dépense moyenne par habitant de moins de 60 ans s'élève à 4,80 € pour l'ensemble des MDPH, mais :

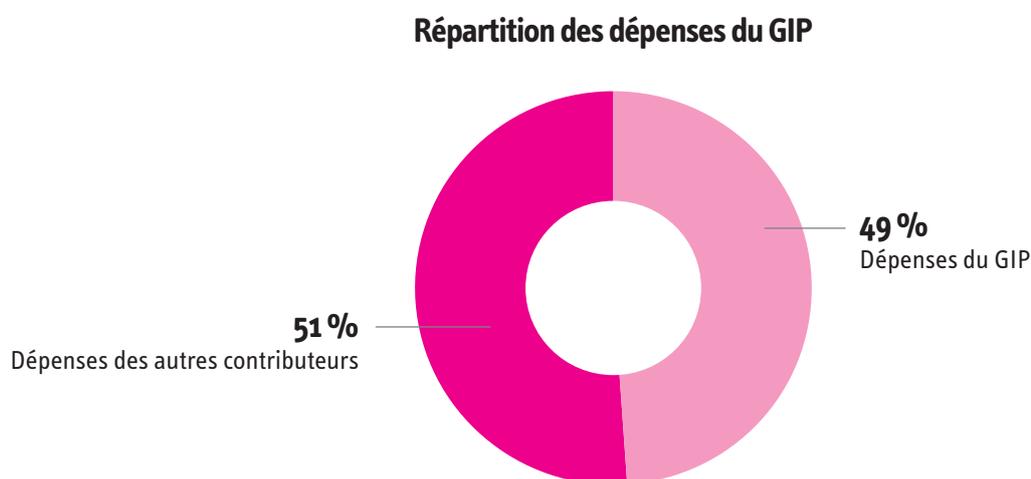
- les 73 départements dont le potentiel fiscal est inférieur à 300 000 000 € ont un coût moyen par habitant de 5,60 € ;
- sur les 18 départements dont le potentiel fiscal est compris entre 300 000 000 € et 700 000 000 €, le coût moyen par habitant est de 4 € ;
- sur les neuf départements dont le potentiel fiscal est supérieur à 700 000 000 €, le coût moyen par habitant est de 4,50 €.

Ainsi, si une corrélation doit être observée entre le coût par usager et le potentiel fiscal, elle est plutôt négative, comme tend à le montrer le graphique. En tout état de cause, il n'apparaît pas de lien évident, ce qui a plusieurs explications possibles :

- cela peut s'expliquer par le fait que les conseils généraux mènent des politiques différentes de soutien à la MDPH selon les départements, selon les priorités qu'ils se fixent en matière d'action sociale ;
- le conseil général n'est par ailleurs pas le seul contributeur au GIP, ce qui rend moins direct le lien entre richesse du département (et donc dépenses potentielles du CG en faveur du GIP) et dépenses de fonctionnement de la MDPH ;
- nous savons également que le coût unitaire de la MDPH est globalement d'autant plus élevé que le département est peu peuplé (Cf. graphique § 2.1). Il est donc logique ici que l'on retrouve des dépenses élevées par habitant pour des départements à faible potentiel fiscal, ce dernier étant, le plus fréquemment, indirectement corrélé à la population.

2.3. Près de la moitié des dépenses totales réalisée directement sur le budget du GIP

La tendance observée l'année dernière s'est légèrement accentuée pour le budget 2008. En effet, il ressort que près de la moitié, soit 49 % des coûts de la MDPH, est supportée directement sur son budget (42 % en 2007, avec un échantillon plus restreint de cinquante-trois MDPH et 48 % en 2008 sur l'échantillon de cinquante-sept MDPH).



Cette analyse doit cependant tenir compte du fait que l'étude 2008 est exhaustive, tandis que les études précédentes ne portaient que sur 53 % et 57 % des départements. Les chiffres de 2008 sont donc plus précis et pas directement comparables.

De plus, les mises à disposition ne sont pas entièrement valorisées dans certains départements (par manque d'information et/ou absence de suivi financier de ces mises à disposition), ce qui peut entraîner la sous-estimation des dépenses des contributeurs : il est probable qu'en réalité, la part des dépenses sur leur budget des autres contributeurs que le GIP est encore légèrement supérieure à 51 %.

On note par ailleurs une certaine disparité entre les GIP :

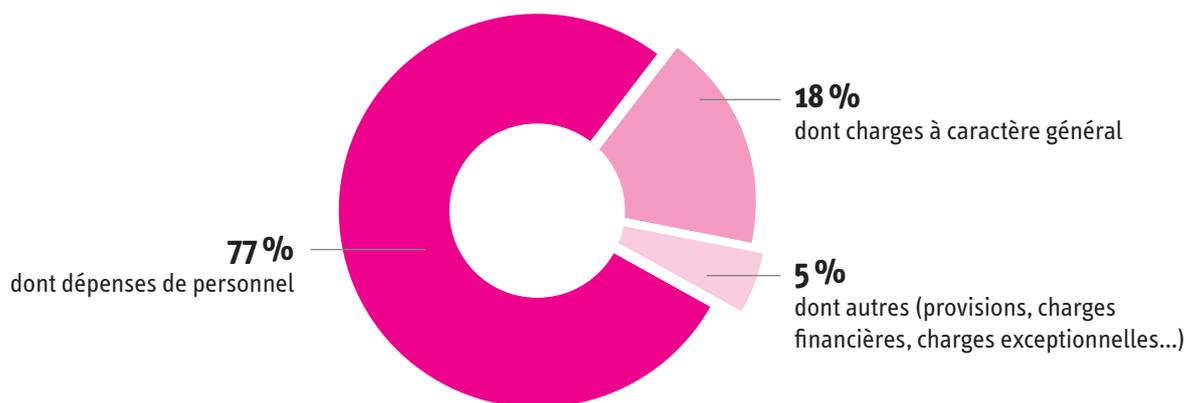
- 43 MDPH sur les 100 se situent en dessous de cette valeur moyenne de 49 %, pour ce qui est des dépenses directement réalisées sur le budget du GIP ;
- certains budgets de GIP ne comprennent quasiment pas de dépenses propres (minimum observé de 3,1 %), celles-ci étant prises en charge par les autres contributeurs ;
- à l'inverse, d'autres MDPH intègrent jusqu'à 92,6 % des dépenses totales sur leur budget, ce qui laisse à penser que les départements concernés n'ont pas été en mesure de valoriser l'ensemble des dépenses des autres contributeurs.

2.4. Dépenses de personnel et dépenses de fonctionnement

On entend par dépenses de personnel l'ensemble de l'effectif pris en charge sur le budget MDPH et l'ensemble des apports en personnel assurés par les autres contributeurs.

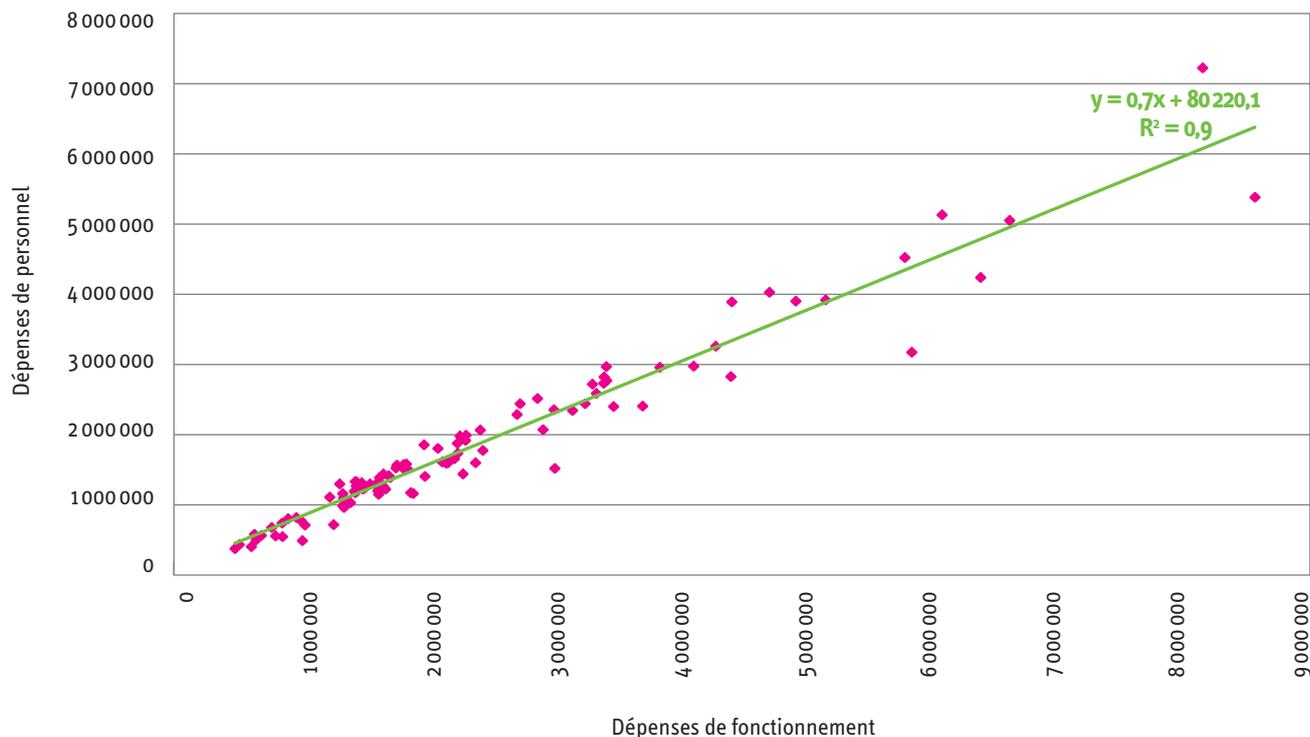
Ces dépenses représentent 77 % des dépenses de fonctionnement.

Composantes de la dépense de fonctionnement



Les dépenses de personnel et les dépenses de fonctionnement apparaissent nettement corrélées, comme l'illustre le graphique ci-après ($R^2 = 0,9$).

Dépenses de personnel rapportées aux dépenses de fonctionnement



On constate néanmoins une certaine dispersion pour les budgets les plus importants.

La part des dépenses de personnel dans les dépenses de fonctionnement oscille entre 47 % et 98 %, avec une valeur moyenne de 77 %. 44 départements ont des dépenses de personnel inférieures à cette moyenne. La médiane⁽¹⁶⁾ s'élève quant à elle à 80 %.

Cette forte dispersion apparente reflète sans doute les limites de l'enquête. On fait l'hypothèse que, pour la fourchette haute (98 %), la valorisation des apports des contributeurs dans les charges à caractère général est sous-estimée, faute de données exhaustives.

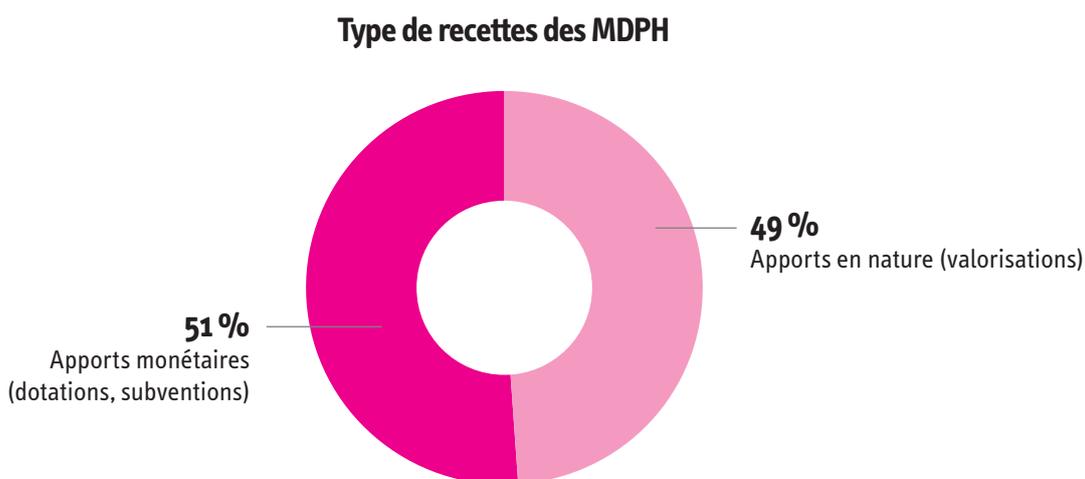
S'agissant des valeurs basses, les dépenses de personnel peuvent être sous-évaluées dans les comptes de certaines MDPH lorsqu'elles font appel à de la sous-traitance ou lorsqu'elles remboursent des charges de personnel à un contributeur.

3. Typologie des recettes des MDPH

3.1. La part des apports « en nature » dans le total des contributions au GIP

La consolidation des comptes administratifs permet de mettre en exergue l'importance de la part « en nature » des recettes. Ces dernières sont constituées de mises à disposition de personnel, locaux, véhicules, équipements informatiques, etc.

Elles représentent 49 % des recettes issues des contributeurs au GIP.

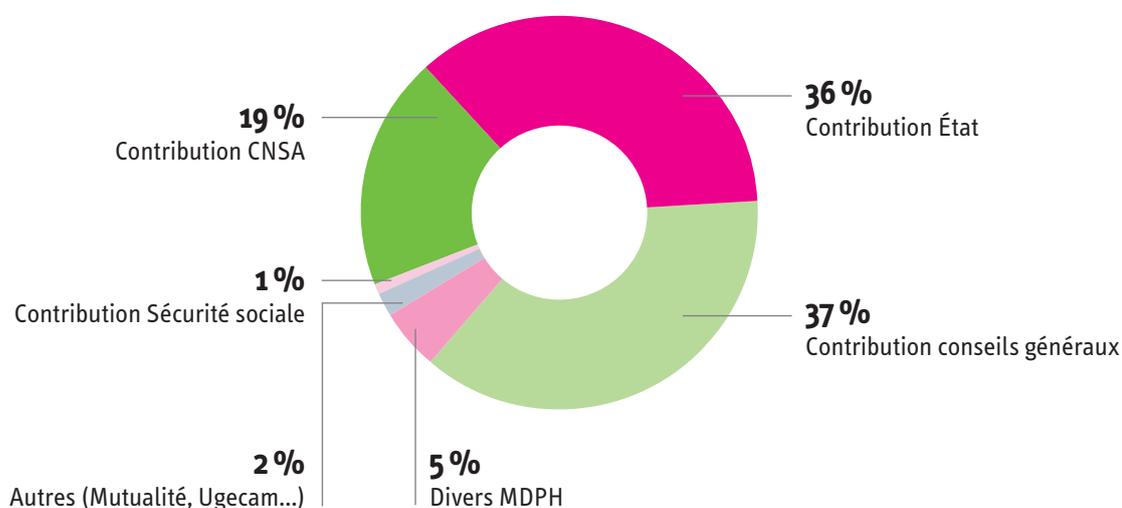


Pour 45 départements, la part des apports en nature est supérieure à 50 % de l'ensemble des apports. Elle oscille entre 14 % et 81 %. Pour les 55 autres départements, ce sont les apports financiers qui sont majoritaires.

16. La médiane signifie ici que cinquante MDPH ont une part des dépenses de personnel dans les dépenses de fonctionnement supérieure à sa valeur (80 %) et que les cinquante autres MDPH ont une part des dépenses de personnel dans les dépenses de fonctionnement inférieure à cette valeur.

3.2. Le poids relatif des différents contributeurs

Participations des différents contributeurs du GIP

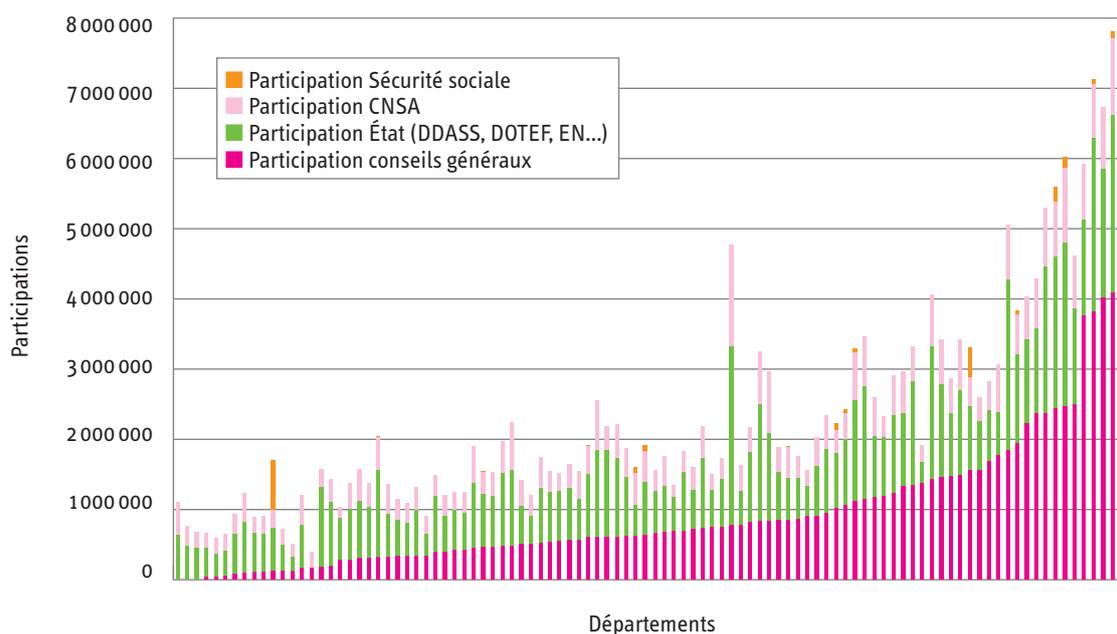


Le conseil général et l'État (DDASS, DDTEFP, Éducation nationale) sont les premiers contributeurs pour le fonctionnement des MDPH, intervenant l'un et l'autre respectivement à hauteur de 37 % et 36 % des ressources fournies (après consolidation des données au niveau national).

Vient ensuite la CNSA, pour 19 % des apports. Les autres contributions proviennent notamment de la sphère associative (2 %) et de la sécurité sociale (CAF, CPAM, MSA etc.) pour 1 %.

Le graphique ci-après permet de comparer les contributions de chacun des partenaires, en faisant figurer les départements par ordre croissant de participation financière des conseils généraux.

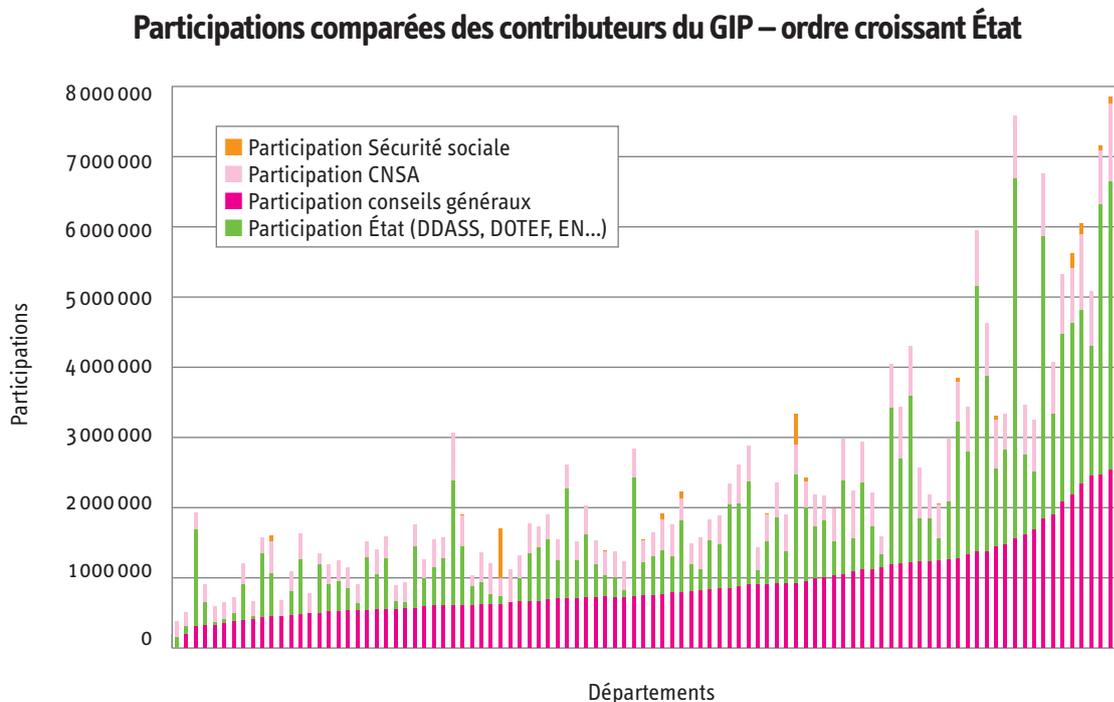
Participations comparées des contributeurs du GIP – ordre croissant de participation CG



La grande diversité des profils des GIP apparaît à travers ce graphique, à la fois au regard de l'importance relative des budgets dont ils disposent et de la répartition des contributeurs au sein de ce budget.

Aucune règle de partage ne semble s'imposer à première vue entre les principaux contributeurs. On observe en effet une hétérogénéité dans la répartition des financements qui peut s'expliquer par les choix politiques des différents contributeurs.

Le même graphique, cette fois par ordre croissant de participation financière de l'État, permet d'affiner l'analyse :

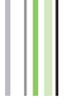


La part de l'État semble relativement peu corrélée au coût total et à la part du financement apporté par le conseil général. En moyenne, l'État verse 930 000€ à la MDPH et les variations autour de cette moyenne sont moins importantes que les variations constatées au graphique précédent dans les contributions du conseil général, notamment dans le cas des MDPH à budget élevé.

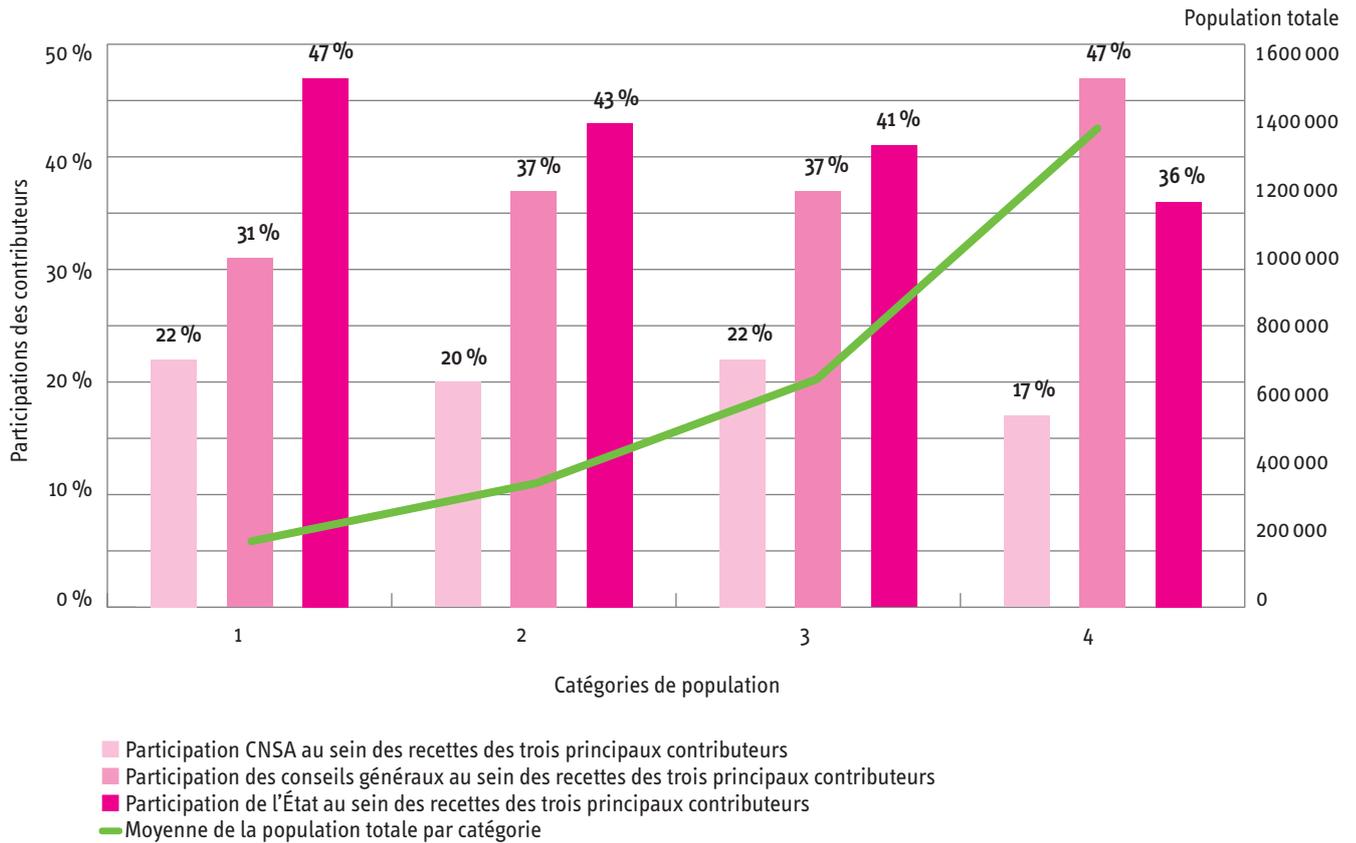
3.3. Analyse intégrant la taille des départements

La photographie peut être précisée en fonction de la population du département. À cette fin, nous distinguons quatre catégories de départements selon la taille de leur population totale (nomenclature DGCL) :

- 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 ;
- catégorie 4 : population supérieure à 1 million.



Participation des principaux contributeurs dans les recettes du GIP par catégorie de population



Note : ce graphique compare la part relative des trois principaux financeurs du GIP. Les taux cumulés sont donc égaux à 100 %. Ces taux ne sont pas à prendre dans l'absolu, car en réalité, d'autres financements viennent s'ajouter à la marge, ce qui minore légèrement ces taux.

On observe sur le graphique ci-dessus qu'en moyenne la participation de la CNSA est sensiblement égale quelle que soit la catégorie de population, à l'exception de la catégorie 4. La contribution des conseils généraux tend à augmenter pour les départements les plus peuplés. Elle passe en moyenne de 31 % dans les départements à faible population à 47 % dans les départements plus densément peuplés. À l'inverse, les moyennes de contributions de l'État diminuent globalement avec l'augmentation de la population.

3.4. Structure des apports par contributeur

Les trois principaux contributeurs sont seuls présentés dans cette section, les parts « sécurité sociale » et « autres » étant marginales.

3.4.1 Contribution du conseil général (graphique p. 62)

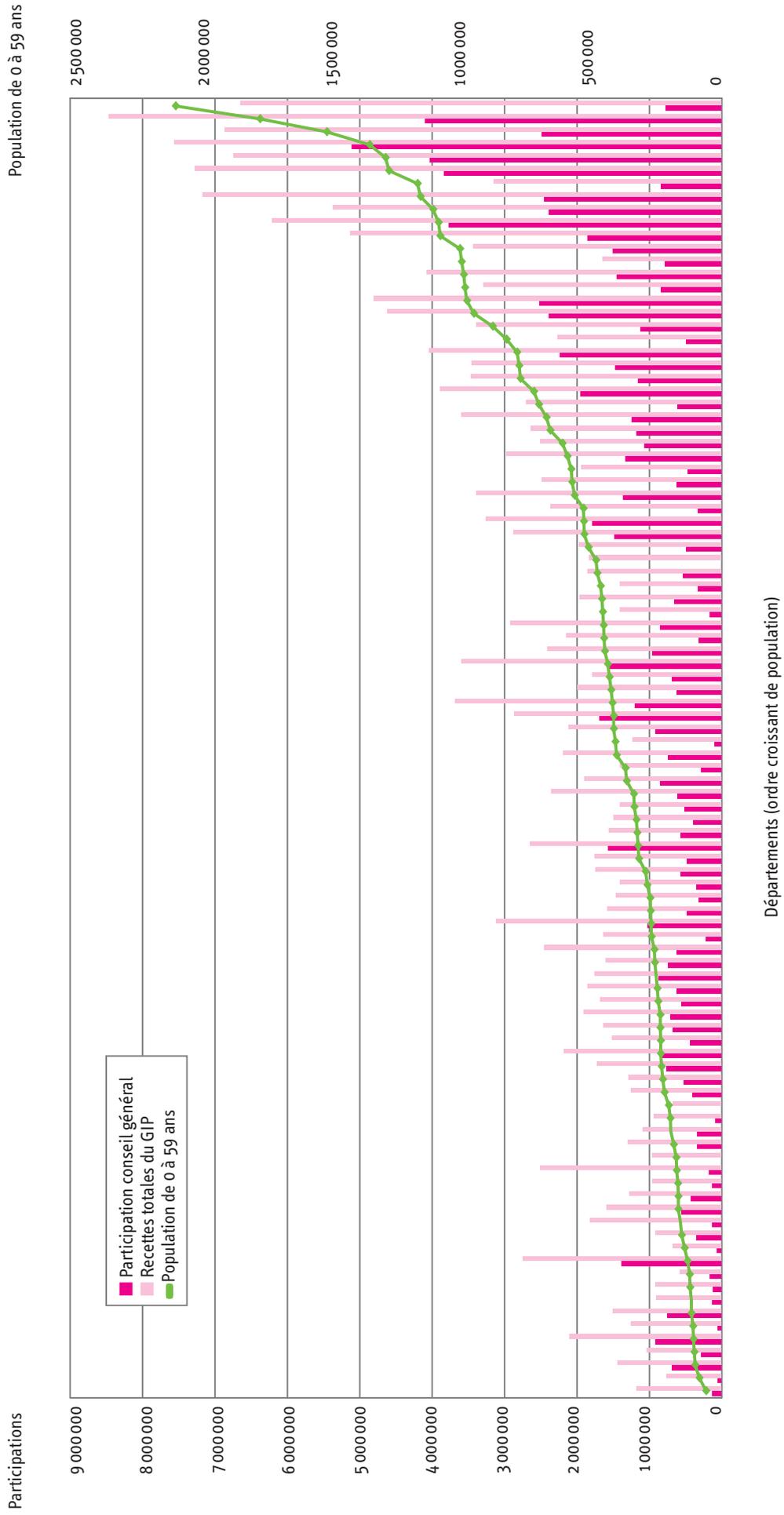
La contribution du conseil général au sein du GIP-MDPH représente 37 % du total des participations.

Elle oscille entre 3 % et 68 % selon les départements, si l'on excepte les trois départements pour lesquels cette donnée est à zéro (et donc inexploitable).

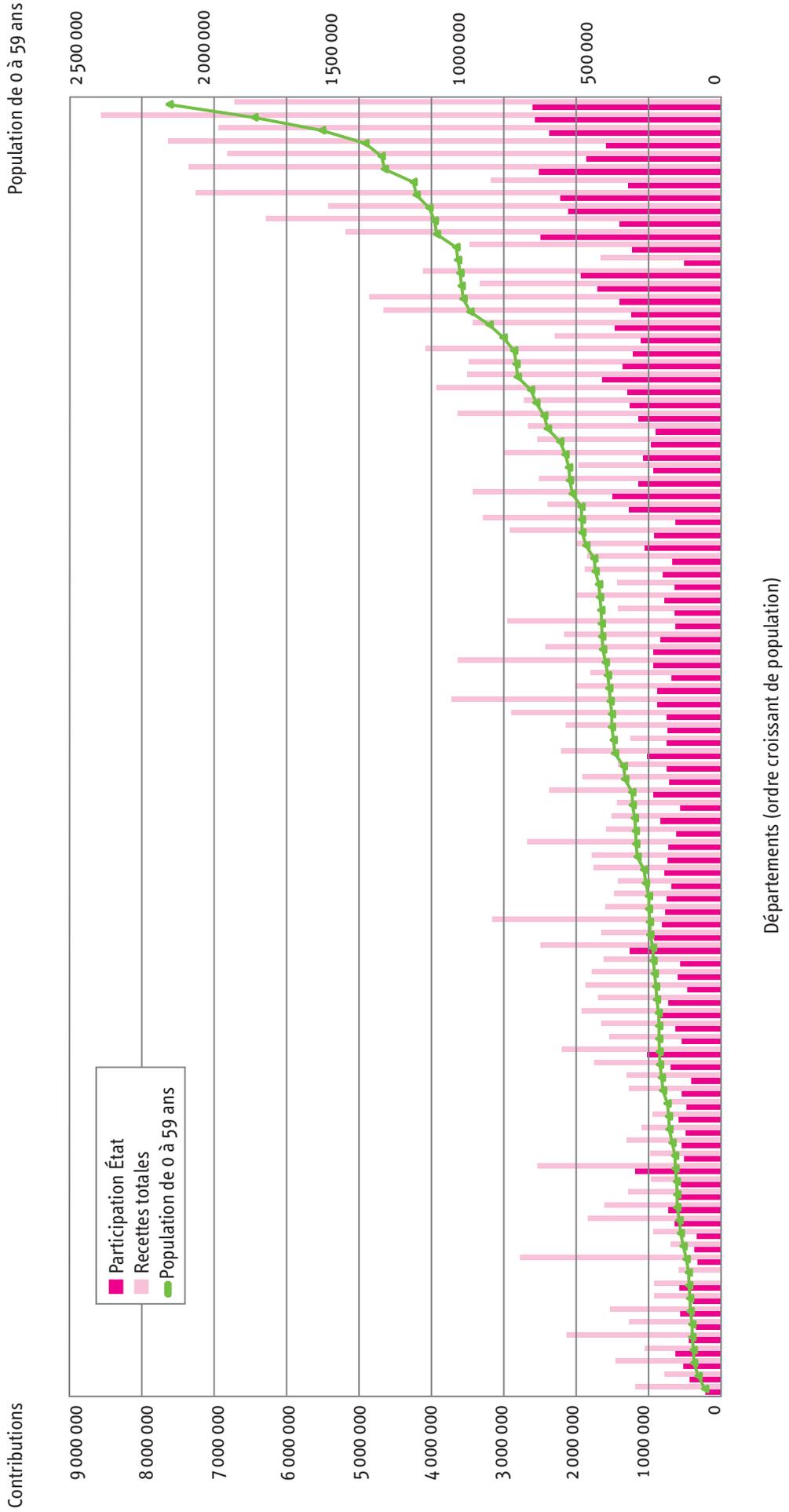
Sur le graphique ci-après, on observe que la contribution du conseil général se répartit inégalement si on la compare à la population de moins de 60 ans du département. Elle est globalement plus élevée dans les départements plus peuplés, mais avec des variations importantes.



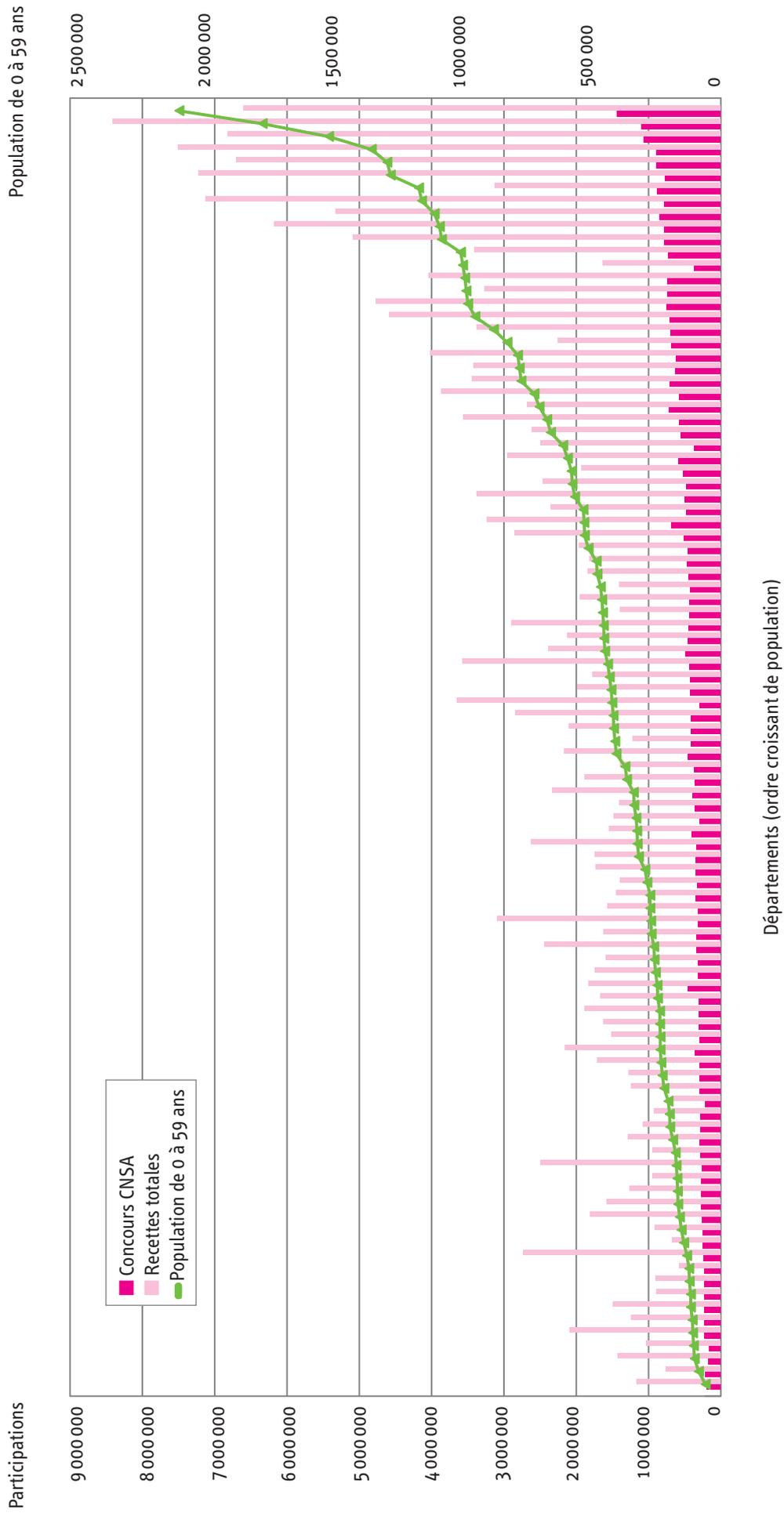
Participation du conseil général comparée aux recettes totales et à la population de référence

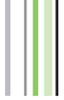


Participation de l'État comparée aux recettes totales et à la population



Participation de la CNSA rapportée aux recettes totales et à la population de référence





3.4.2. Contribution de l'État (graphique p. 63)

La contribution de l'État au sein du GIP-MDPH est l'agrégation des contributions des DDASS, des DDTEFP et du ministère de l'Éducation nationale. Au niveau national, cette contribution représente 36 % des ressources totales du GIP. Elle s'étend de 11 % à 68 % selon les départements, avec un département pour lequel elle est nulle.

On peut noter qu'il s'agit ici des contributions effectives et non pas des contributions prévues dans les conventions constitutives des GIP.

Les apports de l'État tendent à mieux couvrir les dépenses des départements peu peuplés, proportionnellement. Ceci peut s'expliquer en partie par le fait que les équipes des anciennes COTOREP et CDES des départements les plus peuplés n'ont pas toujours pu être conservées au moment de la mise en place des MDPH et que le remplacement de ces équipes s'est avéré souvent complexe.

3.4.3. Contribution de la CNSA (graphique p.64)

La contribution de la CNSA au titre de son concours au fonctionnement des MDPH représente 19 % des ressources totales. Cette contribution varie entre 8 % et 39 % et est globalement proportionnelle à la population cible des moins de 60 ans.

Cette relative stabilité de la participation de la CNSA dans les recettes totales du GIP s'explique par le fait que la CNSA a voulu tenir compte du fait que les MDPH auraient à honorer des coûts fixes conséquents, indépendamment de leur taille : la CNSA calcule en effet la répartition de son concours destiné au financement des MDPH qui est déterminé par le Conseil de la CNSA, en fonction d'une *part fixe* (25 %) et d'une *part variable* (75 %), assise sur la population de 20 à 59 ans et le potentiel fiscal du département.

4. Conclusion

L'analyse du coût de fonctionnement de l'ensemble des MDPH au travers de leurs comptes administratifs consolidés montre que leurs dépenses s'élèvent à un peu plus de 250 M€ en 2008. La grande majorité de ces dépenses est constituée de dépenses de personnel (77 %).

Le coût unitaire de la maison départementale s'avère d'autant plus élevé que les habitants du département âgés de moins de 60 ans sont peu nombreux. Il est en revanche non proportionnel au potentiel fiscal du département.

Autre constat : près de la moitié des dépenses totales est réalisée directement sur le budget du GIP.

L'analyse des budgets, par le prisme des recettes, a montré que la moitié des recettes totales des GIP-MDPH est constituée d'apports « en nature », ce que la maquette budgétaire a permis de valoriser. Une analyse qui se contenterait de retracer fidèlement les comptes administratifs, serait ainsi largement biaisée ; l'exercice de recueil des comptes consolidés, même s'il est encore imparfait, trouve ici toute sa justification. Néanmoins, l'effort réalisé pour obtenir une image aussi complète que possible du coût des valorisations doit être poursuivi.

Les principaux contributeurs au fonctionnement du GIP sont les conseils généraux, l'État et la CNSA. La proportion de leurs apports respectifs évolue peu en moyenne, si l'on étudie les départements par grandes catégories de taille de population. Seul le conseil général voit la part relative de son financement augmenter pour les départements les plus peuplés, sans doute parce que le conseil général joue la variable d'ajustement, selon les besoins du territoire.

Ces premières conclusions devront être affinées une fois que les MDPH auront atteint leur régime de croisière.

L'état actuel des données concernant ces structures, notamment leur activité, n'a pas permis de conduire une analyse en termes de « coût de revient » (*i.e. per capita, en fonction de la demande et non de la population*).

Il paraît ainsi fondamental de pouvoir disposer des données nécessaires à ce type d'analyse pour la prochaine enquête en 2010 ; les MDPH y sont sensibilisées.





D'autres éléments n'ont pas pu être consolidés à ce stade, tels que la taille moyenne d'une MDPH en termes d'emplois ETP. Les effectifs salariés des MDPH feront ainsi l'objet d'un *focus* en 2010.

Quoi qu'il en soit, cette étude sur les comptes de 2008 apparaît comme le point de référence pour le suivi dans le temps par la CNSA des coûts de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées.





www.cnsa.fr