

Dossier
technique

Décembre 2016

Dixième année de mobilisation : les MDPH engagent leur transformation

Synthèse des rapports d'activité 2015
des maisons départementales
des personnes handicapées

Ce rapport annuel sur l'activité des MDPH en 2015 a été réalisé par le pôle Partenariat institutionnel de la Direction de la compensation de la CNSA sous la coordination de Virginie Hoareau, avec l'appui d'Anne-Lise Brasseur et de Julienne Souchard. La partie consacrée aux maquettes financières et aux effectifs des MDPH a été consolidée par la Direction de la compensation (Emmanuelle Brun et Clémence Aberki). Les données statistiques relatives à l'activité des MDPH ont été consolidées par la mission Statistiques de la Direction de la compensation (Thibault Chapsal et Amandine Weber).
Le rapport a été présenté au Conseil de la CNSA le 22 novembre 2016.

Sommaire

Introduction	3
1. Pour la dixième année consécutive, les MDPH font face à une activité croissante	5
1. Neuf MDPH sur dix enregistrent une augmentation des demandes déposées	5
2. La répartition des demandes est très stable	7
3. La diminution de la part des premières demandes se confirme en 2015	11
4. Le nombre moyen de demandes déposées par enfant augmente légèrement	12
5. La part des cartes pour les personnes âgées de soixante ans et plus reste significative	13
6. Malgré l'augmentation des décisions prises par les MDPH, la part du stock reste contenue	14
7. Les taux d'accord varient selon les types de demandes	15
8. Les délais moyens de traitement se stabilisent malgré la hausse de l'activité	17
2. Les MDPH sont mobilisées sur d'importants chantiers stratégiques et de transformation	21
1. La préparation du renouvellement des conventions pluriannuelles CNSA-départements	21
2. Le choix d'un système d'information commun des MDPH par harmonisation	22
3. Réponse accompagnée pour tous : un nouvel élan et de nouveaux droits pour les personnes sans solution	25
4. Projet IMPACT : bilan de l'expérimentation et perspectives	28
5. Mesure de la satisfaction des usagers	30
3. L'organisation des MDPH dix ans après leur création	33
1. Des efforts pour gagner en efficience et améliorer la qualité du service rendu aux usagers	33
2. La fonction d'accueil des usagers continue de se diversifier et de s'améliorer	35
3. L'instruction des demandes	42
4. Le processus d'évaluation : une organisation pluridisciplinaire et partenariale qui se spécialise	45
5. La décision en CDAPH : un processus rénové en 2015 à la faveur du renouvellement des instances	54
6. Recours, médiation, conciliation : une organisation visant à favoriser les consensus	59
7. L'accompagnement de l'utilisateur après la décision : une dimension qui se développe	62
8. Information et communication : missions clés pour des guichets intégrés	65

4. Quels moyens pour les MDPH? Analyse de leurs maquettes financières et d'effectifs	67
1. Analyse des dépenses	67
2. Analyse de la structure des apports des différents financeurs	72
3. Focus sur les effectifs des MDPH	77
4. Les externalisations	82
5. La participation des partenaires aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation	84
6. Les liens entre les MDPH et les enseignants-référents de l'Éducation nationale	86
5. Focus sur les grandes thématiques des MDPH	89
1. Scolarité	89
2. Prestation de compensation du handicap 2015 : évolution et contenu de la prestation	99
3. Emploi	111
4. Orientation en établissements médico-sociaux	117
5. Allocations	122
6. Les cartes	124
Conclusion	127

Introduction

Cette dixième édition de la synthèse des rapports d'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) marque un temps fort pour les MDPH, ancrées dans leurs missions et mobilisées sur l'amélioration continue de leurs services en direction du public et de leurs organisations, pratiques et outils.

Ce point de passage, dix ans après la création des MDPH, témoigne de l'inscription de ces structures dans la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap ainsi que dans le paysage institutionnel départemental, régional et national.

L'année 2015, du fait des enjeux stratégiques portés par les projets nationaux dans lesquels les MDPH se sont fortement mobilisées, a également permis de consolider la dynamique de travail en réseau de ces structures, actrices de leur évolution.

Cette mobilisation se traduit notamment par la qualité des informations et des données transmises par les MDPH pour 2015, dans le cadre de la mise en œuvre de la convention d'appui à la qualité de service entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et chaque département, des échanges avec la CNSA relatifs à l'activité et au fonctionnement des MDPH (pour quatre-vingt-seize départements dont quatre-vingt-onze départements métropolitains, quatre départements d'outre-mer et Saint-Pierre-et-Miquelon) et de l'enquête de suivi de la montée en charge de la prestation de compensation du handicap – PCH (pour quatre-vingt-dix-sept départements).

Ces retours, à la fois qualitatifs et quantitatifs, permettent de mettre en perspective les actions menées par et avec le réseau pour accompagner son évolution. Ainsi, ce rapport présente les chantiers nationaux engagés en complément de l'état des lieux organisationnel, financier et d'activité des MDPH.

Des évolutions d'ampleur sont portées par ces différents chantiers qui ont débuté en 2015 et se poursuivent en 2016 en prenant fortement appui sur les MDPH. Tous reposent sur leur cœur de métier et sur le respect des principes directeurs issus de la loi du 11 février 2005 qui nous engage collectivement à toujours renforcer la qualité et l'efficacité du service rendu aux usagers par les MDPH et à favoriser l'équité de traitement sur l'ensemble du territoire.

Il s'agit en particulier :

- du renouvellement des conventions CNSA-départements, qui comportent des objectifs et des ambitions pour les MDPH ;
- de l'élaboration et de la mise en place d'un référentiel de missions et qualité de service, validé par le Conseil de la CNSA du 17 novembre 2015 ;
- de l'implication du réseau dans l'expérimentation IMPACT et ses différents volets (révision du formulaire de demande, du certificat médical et mise en place d'un téléservice) ;
- du choix d'une stratégie SI (systèmes d'information) et de l'engagement opérationnel de sa mise en place dans un environnement harmonisé ;
- de l'engagement des MDPH « pionnières » dans le déploiement de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ».

Enfin, un focus par grandes thématiques de politiques publiques est proposé : scolarité, PCH, emploi, orientation en établissement médico-social, allocations et cartes.

1

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

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

1. Neuf MDPH sur dix enregistrent une augmentation des demandes déposées

En 2015, près de 4,25 millions de demandes ont été adressées aux MDPH, ce qui représente **une augmentation de 7,3 % entre 2014 et 2015** (+ 7 % entre 2013 et 2014 et + 8,3 % entre 2012 et 2013).

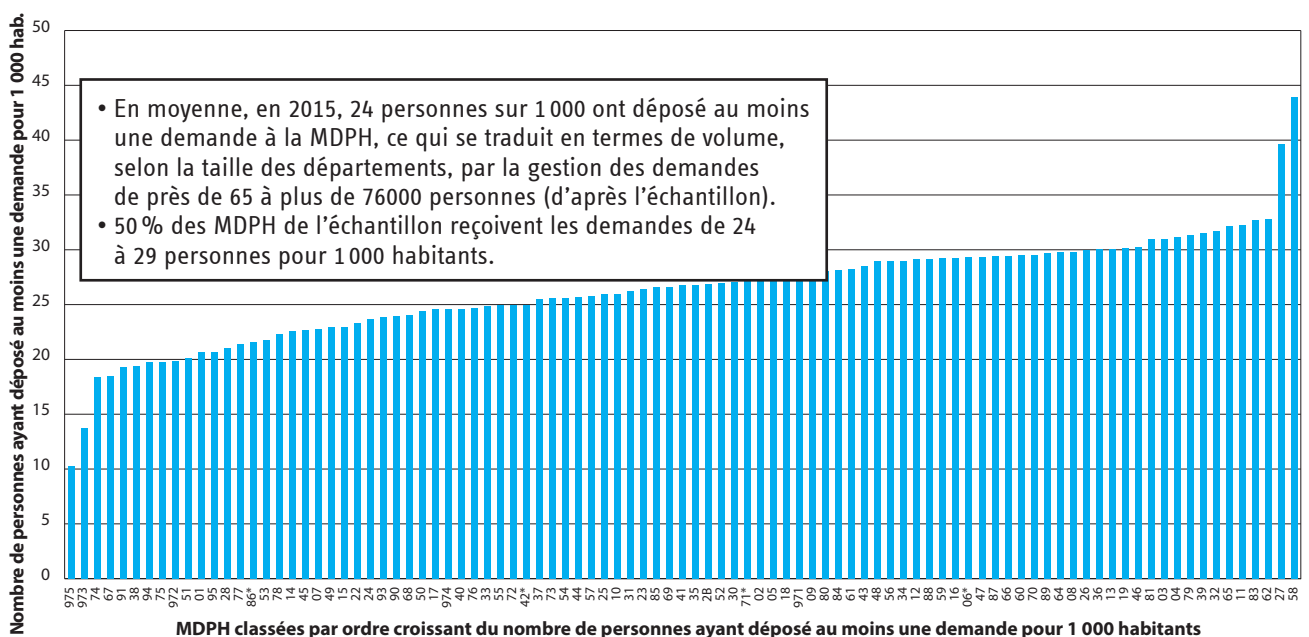
En moyenne en 2015, 24 personnes sur 1000 ont déposé au moins une demande à la MDPH, contre 25 personnes sur 1000 en 2014.

1,7 million de personnes ont déposé au moins une demande, ce qui correspond à une hausse annuelle de 4 % (l'augmentation était plus forte en 2014 : + 6,8 %, soit 1,6 million de personnes qui se sont présentées et ont déposé un formulaire dans les MDPH). Neuf MDPH sur dix ont connu une augmentation de leur activité.

Selon la taille des départements, les MDPH traitent les demandes de près de 600 à plus de 76 000 personnes.

Entre 10 et 44 personnes pour 1000 habitants ont déposé au moins une demande à la MDPH en 2015

Échantillon : 95 MDPH



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

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

MDPH de Seine-Saint-Denis (93)

Entre 2014 et 2015, la MDPH de Seine-Saint-Denis a été à nouveau confrontée à une hausse du nombre des demandes enregistrées, hausse deux fois plus importante que celle connue entre 2013 et 2014. [Si entre 2013 et 2014] le nombre de demandes enregistrées avait crû de 4 %, entre 2014 et 2015, il croît de 9 %. Cette hausse concerne indifféremment toutes les prestations hormis les demandes d'orientation vers des établissements médico-sociaux.

MDPH de Vendée (85)

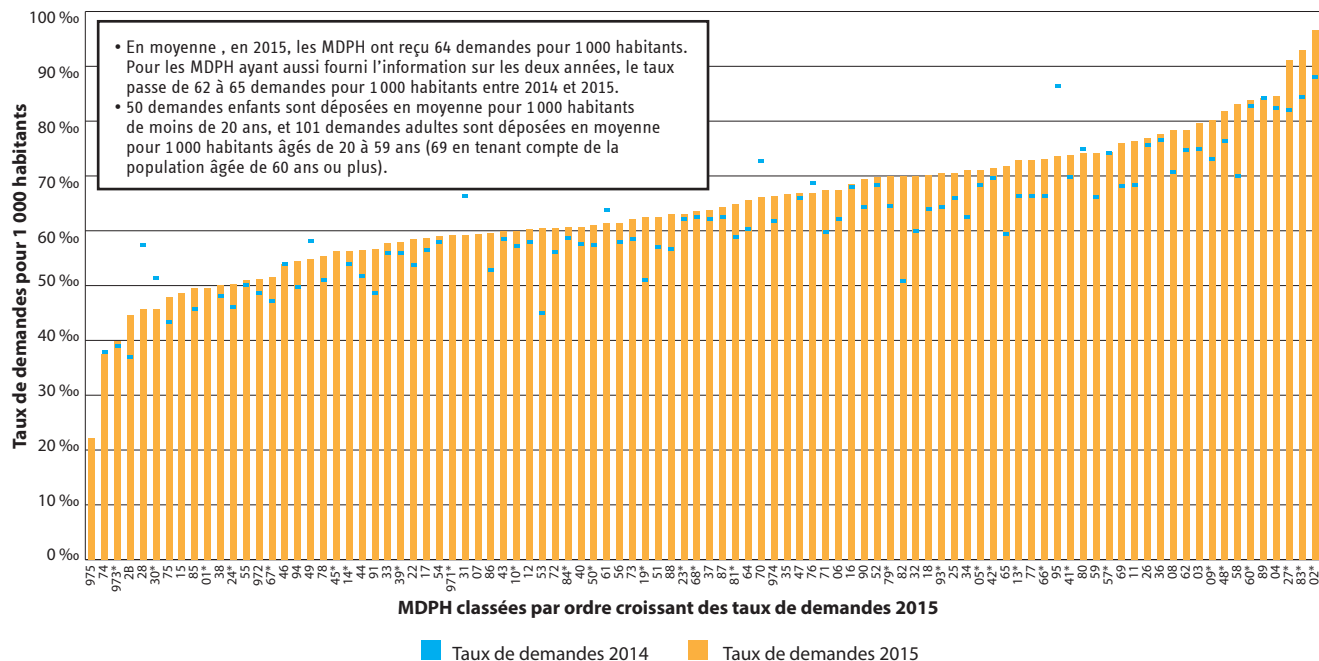
Fin 2005, le nombre de personnes concernées par une demande examinée par la COTOREP et la CDES sur une année était estimé à moins de 8 000. Au 31 décembre 2015, le chiffre est de 17 464, soit une progression moyenne de plus de 10 % par an. Les moins de vingt ans représentent 25 % des demandes et 75 % pour les adultes. Un dossier enfant comprend en moyenne deux demandes.

La pression de la demande exprimée par le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants varie de 22 à 97 pour 1 000 habitants selon les MDPH. La moitié des départements présente un taux inférieur à 64 demandes pour 1 000 habitants (en 2015, la médiane est égale à la moyenne).

Ce taux moyen de demandes pour 1 000 habitants a augmenté dans 88 % des MDPH en 2015 (contre 87 % en 2014). Il avait déjà augmenté dans 92 % des MDPH en 2013, témoignant de cette pression soutenue dans le temps.

Le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants varie de 22 à 97 selon les MDPH en 2015

Échantillon : 96 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

MDPH de la Somme (80)

Depuis dix ans, la hausse des demandes est sans appel. Nous atteignons, en 2015, 47 754 demandes, soit environ 175 % d'augmentation si nous nous référons à la première année pleine en statistiques, c'est-à-dire 2007. [...] Globalement, l'augmentation des demandes a eu une incidence sur l'ensemble des services de la MDPH, qui ont tous été très sollicités au cours de l'année 2015.

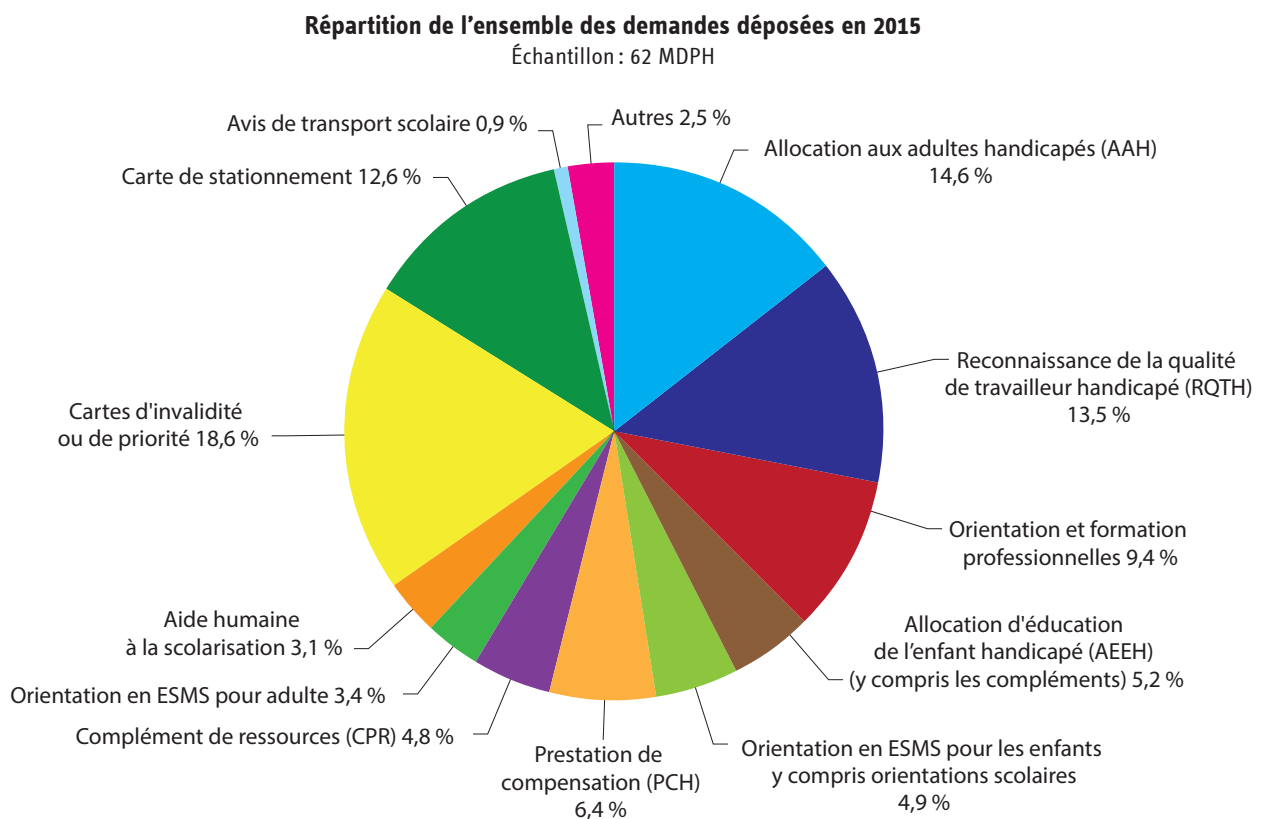
MDPH du Lot (46)

En 2015, la MDPH a enregistré 9 413 demandes contre 8 642 demandes en 2014, soit une augmentation de 9 % ; 79 % des demandes concernent des adultes et 21 % des demandes, des enfants. Ces 9 413 demandes ont été présentées par 5 224 personnes, soit 1,8 demande par personne (+ 0,1 par rapport à l'an dernier). En 2015, le nombre moyen de demandes déposées par personne est plus faible pour les adultes (1,8) que pour les enfants (1,9).

2. La répartition des demandes est très stable

La répartition des demandes est presque inchangée entre 2014 et 2015.

Les demandes liées à l'emploi (dont l'AAH) représentent 42,4 % du total des demandes en 2015 ; les cartes (invalidité, priorité, stationnement) en représentent 31,2 %. Les demandes d'orientation en établissement et services médico-sociaux représentent 8,3 % du total des demandes.



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

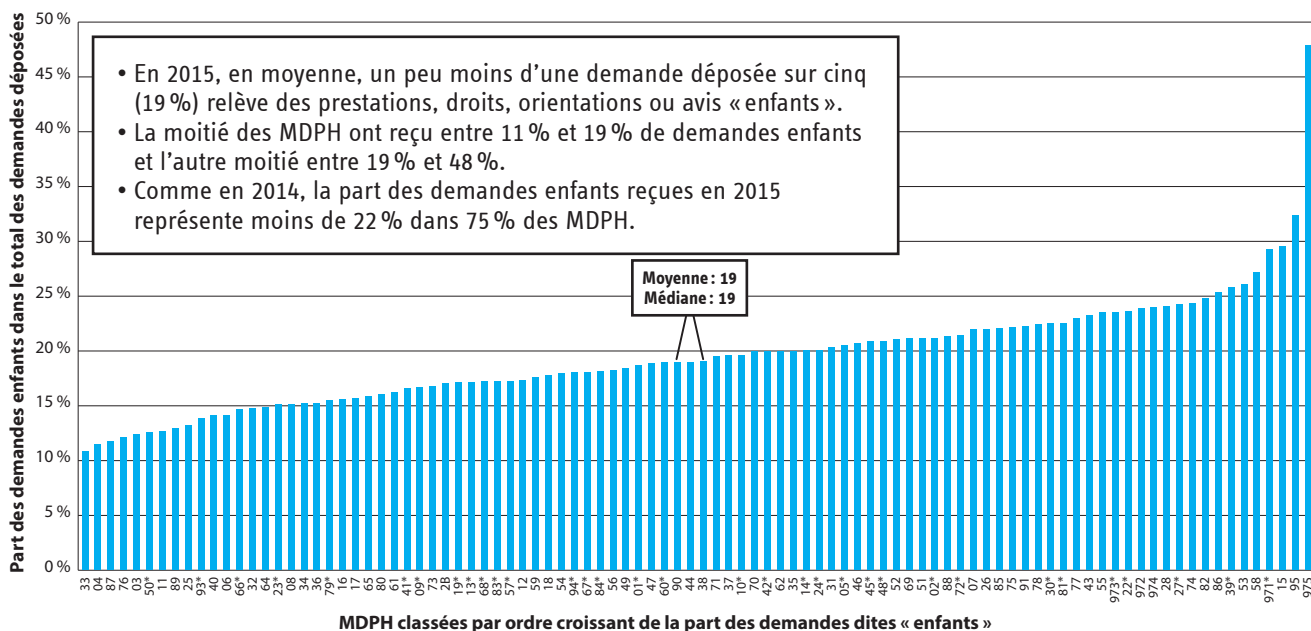
En 2015, en moyenne, un peu moins d'une demande déposée sur cinq relève des prestations, droits, orientations ou avis concernant des enfants.

Si les demandes d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) représentent 5,2 % du total des demandes (comme en 2014), elles comptent pour 29 % du total des demandes concernant les enfants. De même, les demandes d'orientation en établissement et service (y compris les orientations scolaires) représentent 4,9 % du total des demandes adressées aux MDPH alors qu'elles correspondent à 27 % des demandes enfants. Ainsi, comme les années précédentes, les orientations en établissements et services médico-sociaux (ESMS), les orientations scolaires et l'AEEH représentent près de 60 % du total des demandes relatives aux enfants.

Les demandes d'aide humaine à la scolarisation, qui représentent près d'une demande sur cinq (17,5 %) en 2015, restent stables.

La part des demandes relevant du champ « enfants » dans le total des demandes déposées en 2015 varie de 11 % à 48 % selon les départements

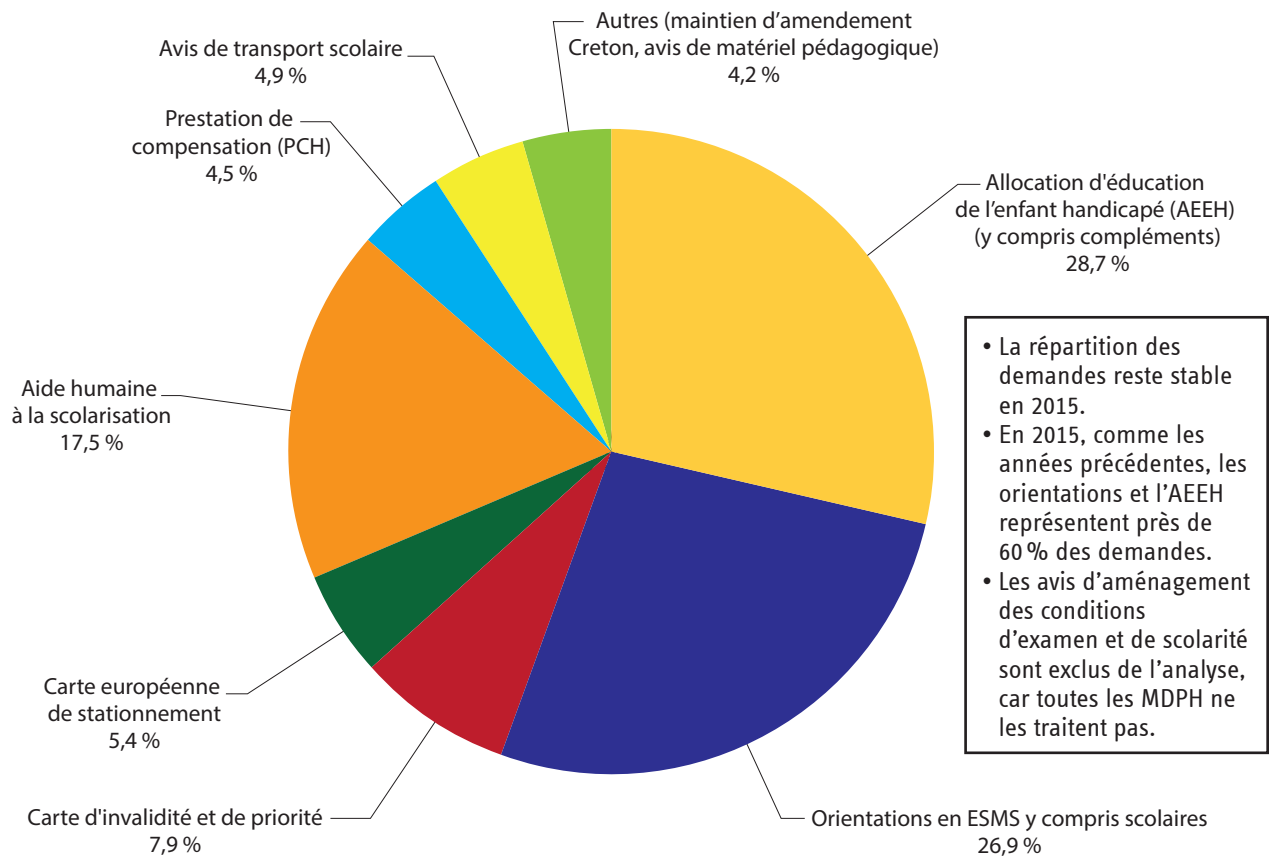
Échantillon : 96 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

Répartition des demandes enfants déposées en 2015

Échantillon : 67 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

La répartition des demandes concernant les adultes enregistre également une certaine stabilité.

Les demandes d'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de complément de ressources concernent respectivement 18 % et 6 % des demandes adultes déposées dans les MDPH.

Les demandes en lien direct avec l'emploi représentent près de 27,8 % des demandes adultes (contre 25 % en 2014), soit 16,6 % pour la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et 11,2 % pour les demandes d'orientation et de formation professionnelles.

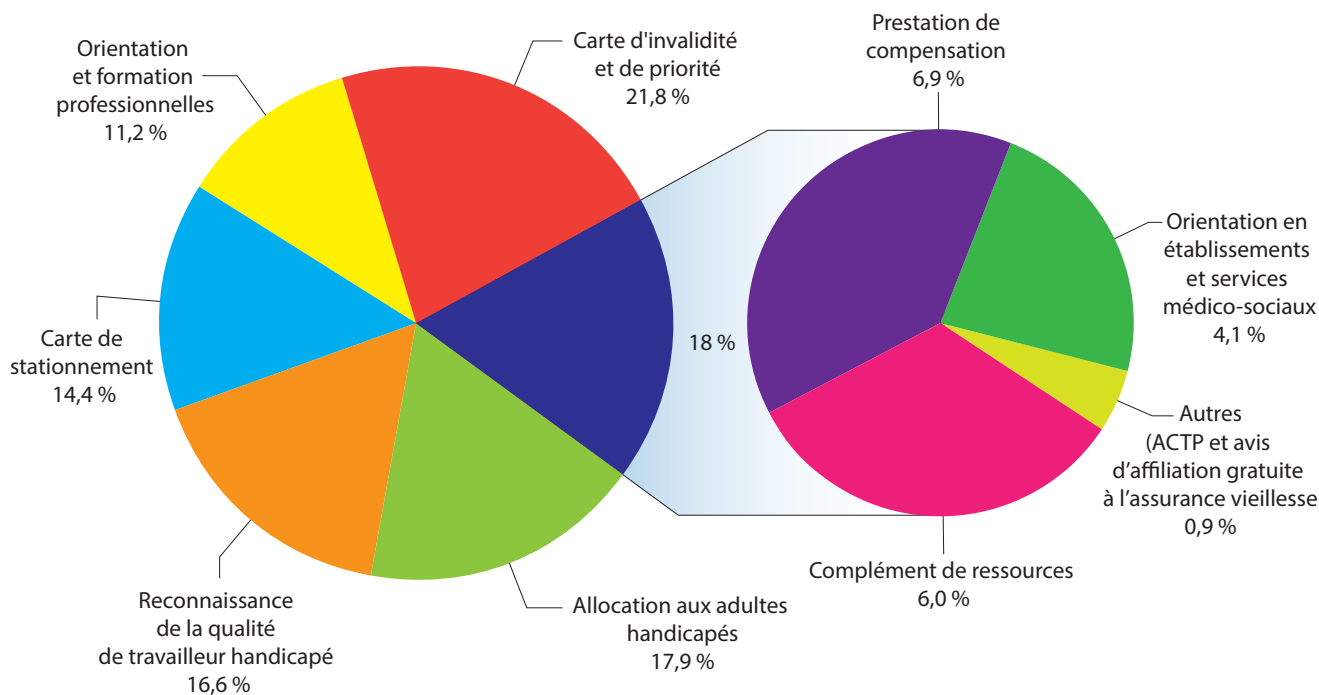
Les demandes de cartes (cartes d'invalidité, cartes de priorité et cartes européennes de stationnement) représentent 36,2 % des demandes adultes déposées en 2015 : 21,8 % pour les cartes d'invalidité et de priorité et 14,4 % pour les cartes européennes de stationnement.

La PCH représente 6,9 % des demandes adultes. Comme chaque année, il faut souligner la part importante de la charge de travail que représentent les dossiers de PCH malgré leur place relativement faible dans le nombre global de demandes.

C'est également le cas des demandes d'orientation en établissement et service médico-social adultes, qui justifient un investissement important des équipes des MDPH : 4,1 % des demandes en 2015 (4,2 % en 2014).

Répartition des demandes adultes déposées en 2015

Échantillon : 79 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

MDPH de l'Hérault (34)

Secteur adultes : 65 664 décisions ont été prononcées en 2015 contre 59 320 en 2014, soit une augmentation de 11 %. Une charge de travail complémentaire, non valorisée, pèse sur les MDPH. En effet, du fait des textes relatifs à la retraite anticipée des travailleurs handicapés, les personnes s'adressent à la MDPH pour produire des attestations de droits. La MDPH est donc interpellée sur un service hors de son champ de compétences.

MDPH du Puy-de-Dôme (63)

Depuis son ouverture en 2006, la MDPH du Puy-de-Dôme a connu une évolution très importante de son activité. Alors qu'une relative stabilité des demandes déposées avait été constatée de 2010 à 2012, une augmentation de nouveau importante est enregistrée depuis 2013 concernant aussi bien les enfants que les adultes.

MDPH d'Ille-et-Vilaine (35)

Le nombre total de demandes déposées à la MDPH en 2015 (13 295) concernant les enfants en situation de handicap a augmenté de 7 % par rapport à 2014 (12 376) et de 227 % par rapport à 2006 (4 064). Dans la mesure où il existe en moyenne 2,46 demandes par dossier, cela correspond à 5 390 dossiers.

MDPH de Seine-Saint-Denis (93)

L'augmentation du nombre de demandes est de l'ordre de 12 %, mais la progression la plus notable se situe sur les PCH (+ 22 %), sans doute en raison des PCH demandées faute de places en EMS [établissement médico-social] enfants. Les demandes de prolongation en établissements enfants au titre de l'amendement Creton sont également en hausse de presque 16 % par rapport à 2014.

3. La diminution de la part des premières demandes se confirme en 2015

Les taux de premières demandes diminuent pour la majorité des prestations et orientations.

Toutes les premières demandes de prestations/orientations adultes baissent, en particulier les premières demandes :

- d'orientation professionnelle (de 58 % à 52 %) ;
- de carte d'invalidité ou de priorité chez les personnes de vingt ans ou plus (de 59 % à 55 %) ;
- de cartes de stationnement chez les vingt ans ou plus (de 70 % à 66 %) ;
- de PCH chez les vingt ans ou plus (de 65 % à 62 %).

Certaines catégories de premières demandes enfants diminuent sur certaines prestations et orientations enfants. Cette baisse concerne :

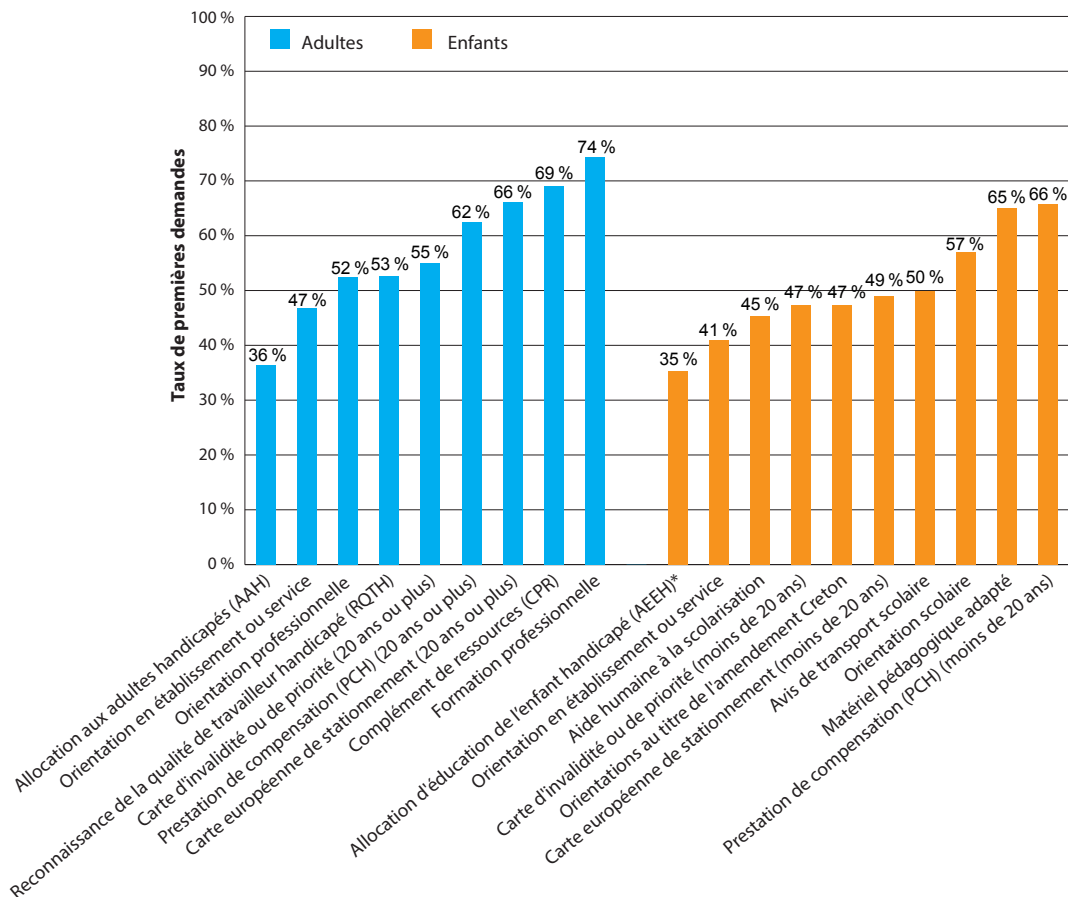
- le matériel pédagogique adapté (de 74 % à 65 %) ;
- les cartes d'invalidité ou de priorité chez les moins de vingt ans (de 50 % à 47 %) ;
- les premières demandes de maintien en amendement Creton (de 50 % à 47 % également).

Après une baisse de dix points enregistrée en 2014, le taux de premières demandes d'AEEH repart à la hausse et retrouve un niveau proche de celui de 2013. Ainsi, les taux de premières demandes augmentent pour :

- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) (de 29 % à 35 % en 2015) ;
- la prestation de compensation chez les moins de vingt ans (de 60 % à 66 % en 2015).

Taux de premières demandes 2015 par prestation et orientation adultes et enfants

Échantillon variant selon l'indicateur : 43 à 70 MDPH



* y compris compléments d'AEEH

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

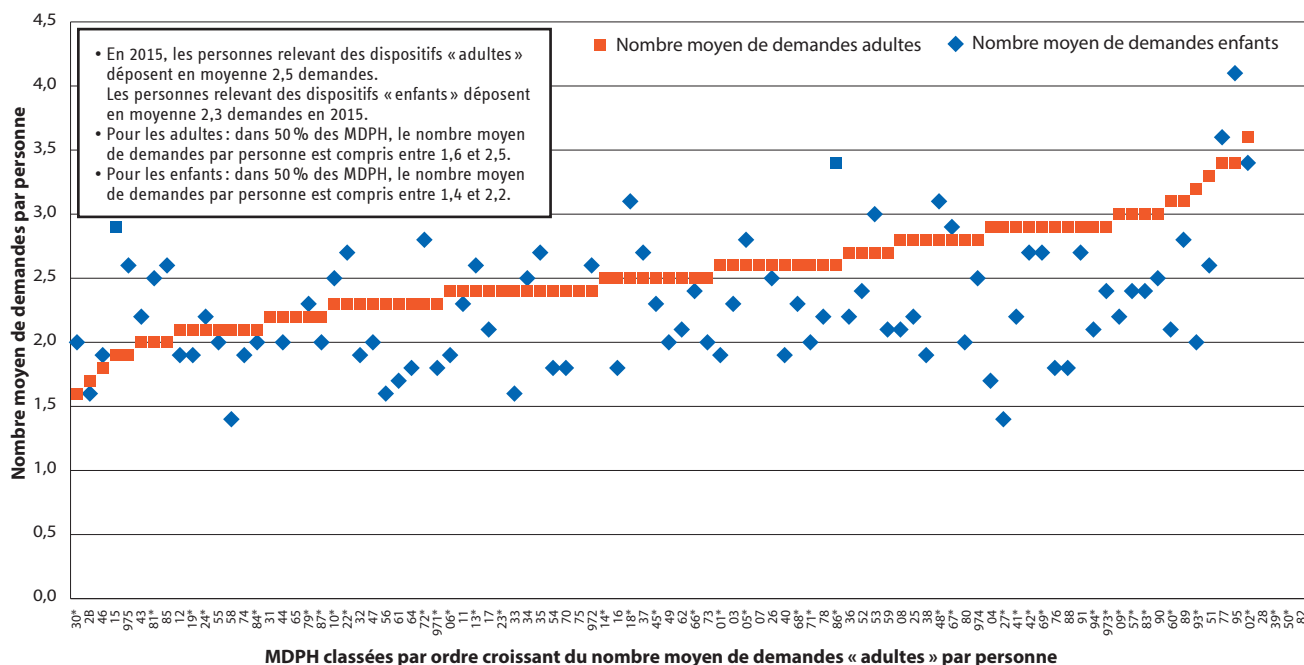
4. Le nombre moyen de demandes déposées par enfant augmente légèrement

Dans la moitié des MDPH, le nombre moyen de demandes pour les adultes est compris entre 1,6 et 2,5 demandes par personne qui dépose un dossier en 2015, ce qui est stable par rapport à 2014.

Pour les enfants, il est compris entre 1,4 et 2,2 demandes par dossier dans la moitié des MDPH ; cet intervalle est plus grand que l'année passée, et la moyenne a légèrement augmenté, passant de 2,1 à 2,3 demandes pour celles qui relèvent du dispositif « enfants ».

Le nombre moyen de demandes déposées par personne en 2015 varie de 1,5 à 4,1 selon les départements

Échantillons : 92 (pour les adultes) et 92 (pour les enfants) MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

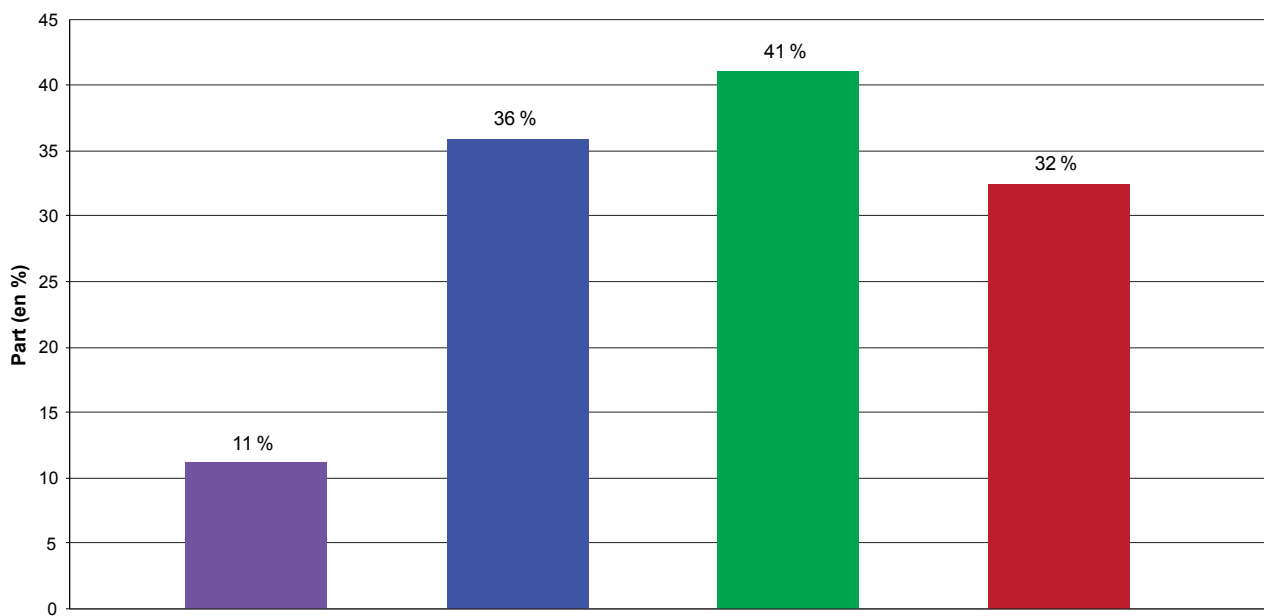
5. La part des cartes pour les personnes âgées de soixante ans et plus reste significative

En 2015, les demandes de cartes des personnes âgées d'au moins soixante ans (cartes d'invalidité ou de priorité, carte européenne de stationnement) représentent à elles seules 11,1 % du total des demandes. Les demandes de personnes d'au moins soixante ans représentent près du tiers des demandes de cartes d'invalidité ou de priorité (32,4 %) déposées dans les MDPH, plus de 40 % des demandes relatives à la carte de stationnement (41,0 %).

Au total, plus du tiers des demandes de cartes (35,9 %) concerne un public âgé de soixante ans ou plus.

Part des demandes de cartes des personnes âgées de 60 ans et plus dans l'activité des MDPH en 2015

Échantillon variant selon l'indicateur : 62 à 76 MDPH



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

- Pourcentage des demandes de cartes des 60 ans ou plus dans le total des demandes
- Pourcentage des 60 ans ou plus parmi les demandes de cartes
- Pourcentage des 60 ans ou plus dans les demandes de cartes de stationnement
- Pourcentage des 60 ans ou plus dans les demandes de cartes d'invalidité ou de priorité

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

MDPH de Seine-Saint-Denis (93)

Pour ce qui concerne les décisions adulte, on constate une représentation importante des personnes âgées de plus de soixante ans. Si 23 % des décisions adultes prises par la CDAPH [commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées] en 2015 concernent les personnes âgées de plus de soixante ans, ce taux s'élève significativement en ce qui concerne les cartes et la prestation de compensation du handicap.

6. Malgré l'augmentation des décisions prises par les MDPH, la part du stock reste contenue

4,28 millions de décisions et avis ont été rendus par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et, le cas échéant, par les MDPH en 2015, soit une hausse de 8,0% par rapport à 2014.

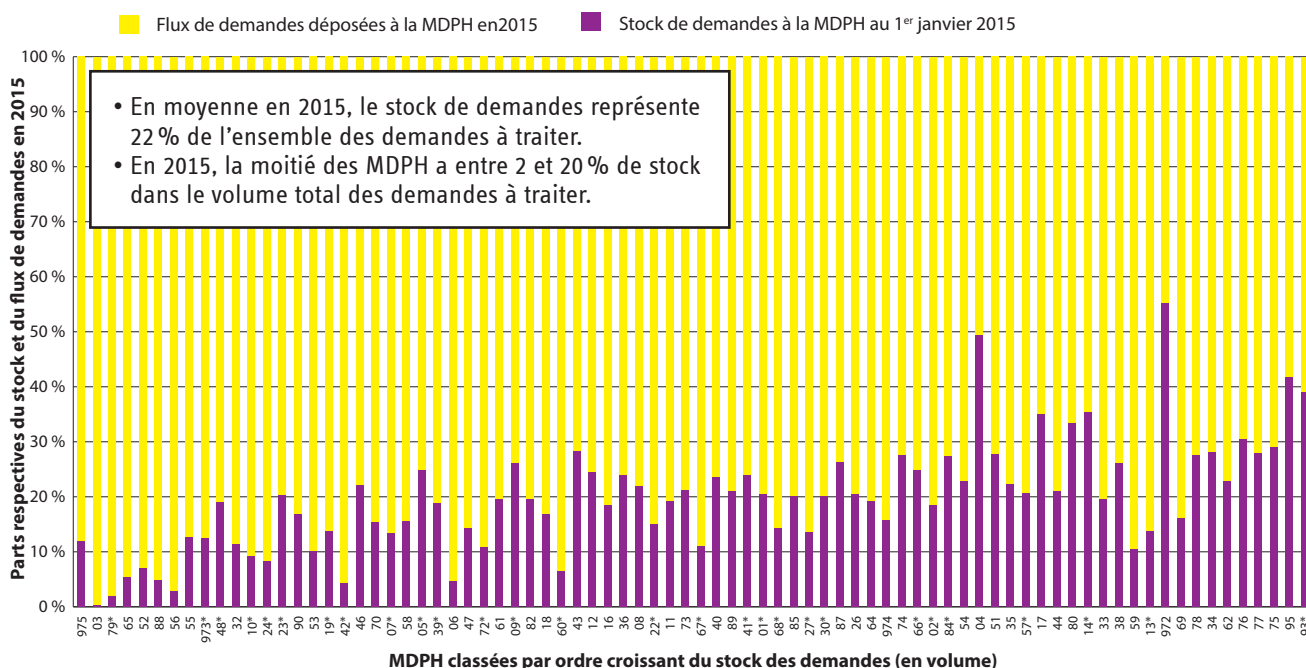
Pour mémoire, entre 2012 et 2013 cette hausse était de 6,2%. Elle représentait 9,3% entre 2013 et 2014. La part du stock de demandes à traiter (dossiers déposés les années précédentes) sur l'ensemble des demandes traitées dans l'année écoulée reste constante (21,7% en 2015 contre 21% et 22% respectivement en 2014 et 2013).

Le volume du stock de demandes augmente avec le nombre de demandes globales.

Dans le même temps, les MDPH maîtrisent la part relative des demandes « en stock », ce qui démontre une dynamique positive dans le traitement des dossiers.

La part du stock de demandes au 1^{er} janvier 2015 dans le total des demandes à examiner (stock et flux) au cours de l'année 2015 varie d'un département à l'autre

Échantillon : 80 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

Plusieurs MDPH ont mis en place des organisations et des outils qui permettent d'agir et de réduire le volume du stock de demandes.

MDPH de l'Ardèche (07)

2015 est marquée par le maintien de l'évolution des demandes déposées à la MDPH. Le taux d'évolution des demandes déposées tous secteurs confondus est de + 4,1 %, et le taux d'évolution des décisions prises et avis formulés de + 7,7 %. Pour le secteur adulte, la hausse des demandes est moins significative (+ 2,8 %) que pour le secteur enfant (+ 9,8 %). Pour l'ensemble des deux secteurs, nous maintenons le rattrapage d'évaluation du stock des demandes en ayant une augmentation là aussi sur les deux secteurs : + 6,5 % de décisions et avis chez les adultes et + 12,2 % pour les enfants. À noter que les dossiers enfants font l'objet de révisions et de renouvellements bien plus fréquents que les dossiers adultes.

MDPH de la Somme (80)

En conséquence [de la réorganisation des services de la MDPH, pour faire face à l'augmentation d'activité], le stock de dossiers à évaluer a nettement diminué. Nos chiffres de 2014 affichaient 20 707 demandes pour 7 651 dossiers en attente (6 143 adultes et 1 508 enfants). En 2015, le stock à fin décembre compte 9 980 demandes pour 4 163 dossiers (2 786 adultes et 1 377 enfants).

MDPH de Seine-Saint-Denis (93)

Le nombre de décisions prises par la CDAPH augmente de façon importante (+ 26 %), et prolonge la tendance amorcée en 2014 en matière de résorption du retard de traitement des dossiers. Ces chiffres très encourageants permettent raisonnablement d'espérer une résorption quasi totale du stock de dossiers en retard d'ici septembre 2016, si nous parvenons à maintenir l'effort collectif mis en œuvre depuis mi 2014 au même niveau.

7. Les taux d'accord varient selon les types de demandes

Les taux d'accords nationaux masquent des disparités départementales importantes pour une même prestation/orientation. Le taux d'accord de certains types de demandes est inférieur à 50 %, ce qui est le cas du complément de ressources, de la formation professionnelle, de la PCH adultes et enfants.

Pour les adultes :

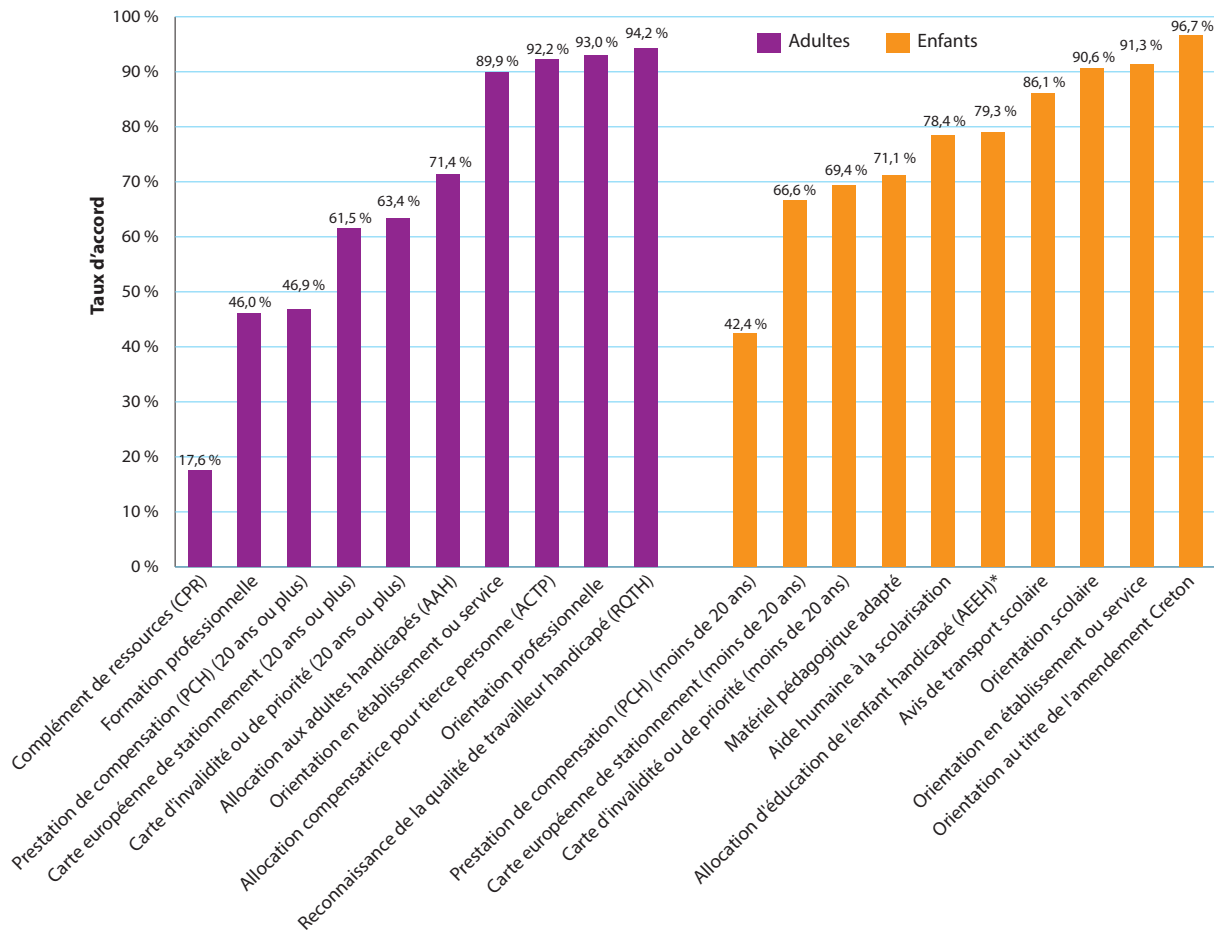
- la plupart des taux d'accord des prestations/orientations relevant du champ adulte diminue. À noter une baisse d'environ 6 points pour les formations professionnelles, de 2,9 points pour les cartes de priorité ou d'invalidité adultes et de 2,7 points pour le complément de ressources (CPR) ;
- la PCH chez les plus de vingt ans passe de 47,9 % à 46,9 % en 2015 ; chez les moins de vingt ans, la baisse du taux d'accord est plus importante : il passe de 45,4 % à 42,4 % en 2015 ;
- le taux d'accord reste stable pour l'AAH : 71,4 % en 2015 (contre 72,0 % en 2014).

Pour les enfants :

- les taux d'accord diminuent pour toutes les demandes de prestations et de droits ;
- ils restent stables pour l'AEEH et les orientations en établissement ou service enfants ;
- ils augmentent pour les cartes d'invalidité ou de priorité pour les moins de vingt ans (+ 3,4 points).

Taux d'accord 2015 par prestation et orientation adultes et enfants

Échantillon variant selon l'indicateur : 75 à 95 MDPH



* y compris compléments d'AEEH
Source : CNSA, échanges annuels 2015.

MDPH de l'Aveyron (12)

Le taux d'accord est de 55,8 %, il ne cesse de diminuer depuis 2008. 69 % des rejets sont liés à des critères de handicap non remplis. La part des rejets pour critères d'âge (21 %) et celle pour demandes inappropriées (10 %) restent élevées. La répartition entre les éléments reste sensiblement identique : l'aide humaine reste l'élément le plus accordé pour le public éligible à la PCH. Elle représente 42 % des éléments accordés en 2015. Le pourcentage est plus élevé pour les enfants (55 %) que pour les adultes (39 %).

8. Les délais moyens de traitement se stabilisent malgré la hausse de l'activité

Le délai moyen de traitement des demandes relevant des prestations, droits, orientations et avis pour les adultes est de quatre mois et demi. Ce délai est stable par rapport à ce qu'il était dans la période 2012-2014.

Néanmoins, tous les territoires ne connaissent pas les mêmes tendances.

Pour les dossiers concernant les adultes :

- 50 % des MDPH ont vu leur délai moyen de traitement augmenter entre 2014 et 2015 (46 % sur la période 2013-2014) ;
- 45 % ont vu ce délai diminuer (39 % sur la période 2013-2014) ;
- 5 % ont un délai équivalent sur les deux années (15 % sur la période 2013-2014).

Pour les dossiers concernant les enfants, le délai moyen national de traitement des demandes est de trois mois et deux semaines. Il est relativement stable par rapport à 2014 :

- 48 % des MDPH ont vu leurs délais augmenter entre 2014 et 2015 (41 % sur la période 2013-2014) ;
- 40 % des MDPH ont vu leurs délais s'améliorer (37 % sur la période 2013-2014) ;
- 12 % gardent des délais stables (22 % sur la période 2013-2014).

Plusieurs raisons peuvent expliquer l'allongement des délais de traitement :

- les absences de professionnels non remplacés, les difficultés de recrutement, des difficultés réelles et nombreuses que met en évidence l'analyse des maquettes et des effectifs des MDPH ;
- la complexité des situations et des demandes traitées.

Conscientes de l'enjeu d'amélioration de la qualité des délais de traitements, les MDPH modifient leurs organisations et mettent en place de nouveaux outils pour agir sur les délais.

MDPH du Haut-Rhin (68)

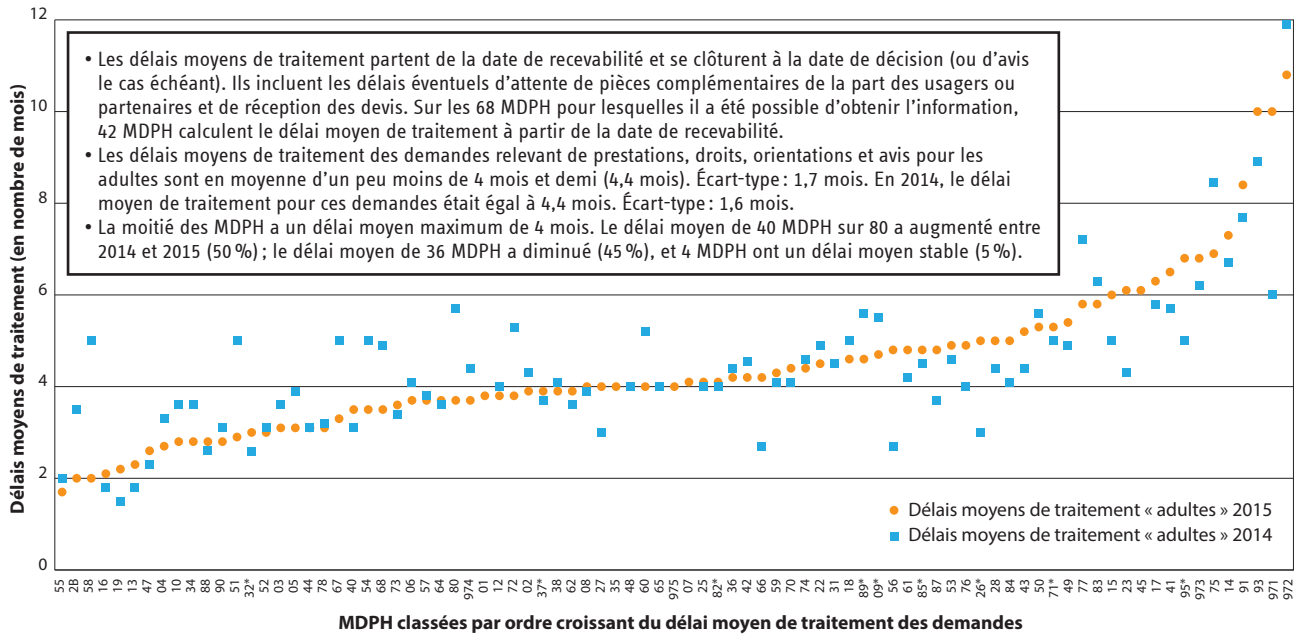
Le délai moyen de traitement a fortement diminué entre 2014 et 2015 du fait de la réorganisation des circuits de la MDPH. La mise en place d'une plateforme d'entrée à partir de janvier 2015 a permis d'avoir une plus grande maîtrise de la qualification de la demande dès son arrivée. Ainsi la spécification d'un circuit court pour des demandes identifiées (cartes pour les personnes de plus de soixante-quinze ans...) et des circuits plus complexes ont permis de traiter plus rapidement le tout-venant en réservant des compétences spécifiques pour les équipes pluridisciplinaires de la MDPH (éligibilité à la PCH, analyse de l'employabilité, suivi de public spécifique tels les 16-35 ans...). Si ce délai a globalement diminué de un mois en un an, il a augmenté pour le traitement des demandes enfants. Ceci est dû à la poursuite du projet de service impactant le pôle Éducation et Orientation scolaire en 2015 et 2016 avec l'effet cumulé d'absences conséquentes de personnel dans ce pôle sur ces deux années.

MDPH des Ardennes (08)

Au cours de la période 2006-2015, l'activité de la MDPH a plus que doublé, et le délai moyen de traitement a diminué d'un tiers, passant de six mois à quatre mois.

Le délai moyen de traitement des demandes « adultes » en 2015

Échantillons : 85 MDPH

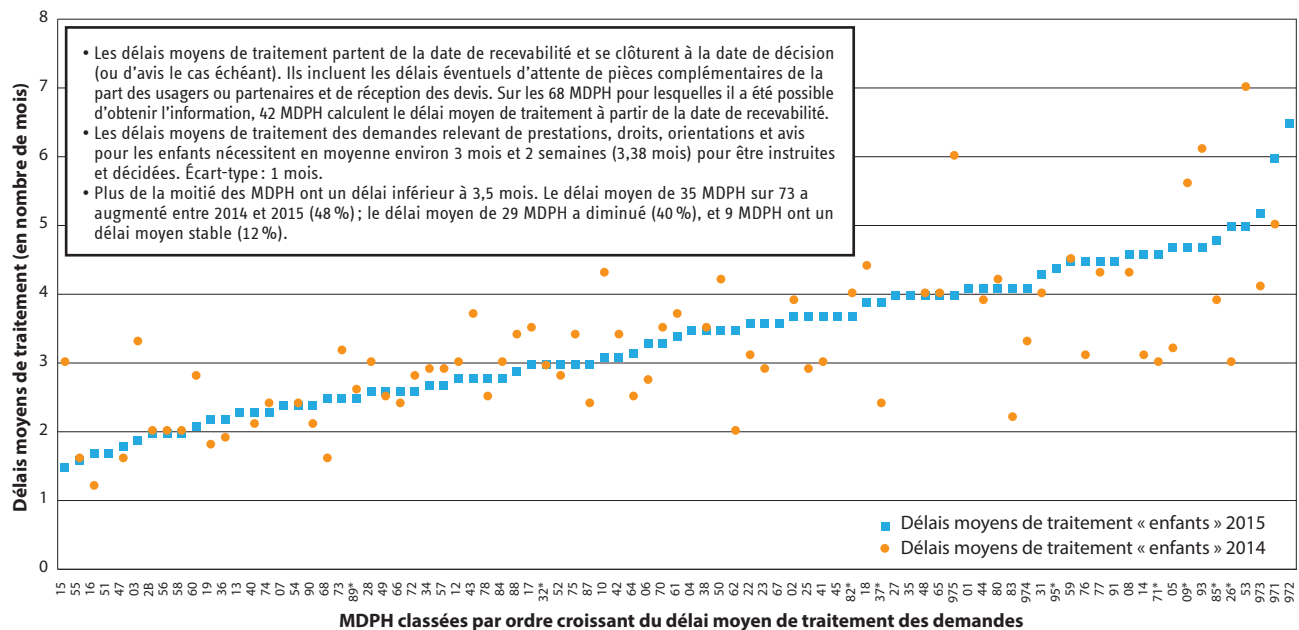


- Les délais moyens de traitement partent de la date de recevabilité et se clôturent à la date de décision (ou d'avis le cas échéant). Ils incluent les délais éventuels d'attente de pièces complémentaires de la part des usagers ou partenaires et de réception des devis. Sur les 68 MDPH pour lesquelles il a été possible d'obtenir l'information, 42 MDPH calculent le délai moyen de traitement à partir de la date de recevabilité.
- Les délais moyens de traitement des demandes relevant de prestations, droits, orientations et avis pour les adultes sont en moyenne d'un peu moins de 4 mois et demi (4,4 mois). Écart-type : 1,7 mois. En 2014, le délai moyen de traitement pour ces demandes était égal à 4,4 mois. Écart-type : 1,6 mois.
- La moitié des MDPH a un délai moyen maximum de 4 mois. Le délai moyen de 40 MDPH sur 80 a augmenté entre 2014 et 2015 (50 %) ; le délai moyen de 36 MDPH a diminué (45 %), et 4 MDPH ont un délai moyen stable (5 %).

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

Le délai moyen de traitement des demandes « enfants » en 2015

Échantillon : 85 MDPH



- Les délais moyens de traitement partent de la date de recevabilité et se clôturent à la date de décision (ou d'avis le cas échéant). Ils incluent les délais éventuels d'attente de pièces complémentaires de la part des usagers ou partenaires et de réception des devis. Sur les 68 MDPH pour lesquelles il a été possible d'obtenir l'information, 42 MDPH calculent le délai moyen de traitement à partir de la date de recevabilité.
- Les délais moyens de traitement des demandes relevant de prestations, droits, orientations et avis pour les enfants nécessitent en moyenne environ 3 mois et 2 semaines (3,38 mois) pour être instruites et décidées. Écart-type : 1 mois.
- Plus de la moitié des MDPH ont un délai inférieur à 3,5 mois. Le délai moyen de 35 MDPH sur 73 a augmenté entre 2014 et 2015 (48 %) ; le délai moyen de 29 MDPH a diminué (40 %), et 9 MDPH ont un délai moyen stable (12 %).

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

Les délais de traitement sont également différents en fonction des droits et des prestations concernés.

En moyenne, les MDPH respectent des échéances proches du délai réglementaire pour l'attribution des cartes européennes de stationnement, des cartes d'invalidité et de priorité, de l'AAEH ainsi que de l'AAH (entre 3,4 mois et 4,8 mois). Les délais de traitement de la PCH dans sa globalité (donc pour tous les volets de la PCH) sont plus longs (5,26 mois), même si le délai d'attribution chez les enfants est plus rapide (4,7 mois).

Principales prestations ou droits	Délai moyen de traitement en nombre de mois en 2015	Nombre de répondants
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	4,83	82
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH)	3,38	73
Prestation de compensation (PCH)	5,26	74
- dont PCH aide humaine*	5,18	58
PCH moins de 20 ans	4,67	58
PCH 20 à 59 ans	5,89	47
PCH plus de 60 ans	5,53	47
Carte européenne de stationnement	3,83	79
Carte d'invalidité ou de priorité	4,06	81

*Moyenne des délais moyens déclarés uniquement sur les bases des accords.

MDPH de Loire-Atlantique (44)

Les demandes du secteur moins de vingt ans sont traitées dans un délai moyen de 4,2 mois, 45 % des demandes étant traitées dans le délai légal de 4 mois. En 2015, le délai de traitement moyen du secteur plus de vingt ans était de 2,8 mois avec 71 % des demandes traitées dans le délai légal de 4 mois.

MDPH de Vendée (85)

Le temps d'attente évolue sensiblement à la baisse depuis quatre ans. Il est en moyenne pondéré de quatre mois et dix jours. La modification des procédures d'évaluation (GEVA-Sco) dans le champ scolaire explique une progression du temps d'instruction.

MDA de l'Isère (38)

Pour la deuxième année depuis la création de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), le délai légal est respecté, mais il s'agit de délais moyens qui cachent des disparités en particulier entre les premières demandes et les renouvellements. Ce délai de réponse a pu être obtenu, malgré l'augmentation de l'activité, grâce à la mise en place des évaluations sur critère, à la numérisation à l'arrivée de tous les dossiers, à un traitement à minima des dossiers et à un investissement sans faille de toutes les équipes.

2

Les MDPH sont mobilisées sur d'importants chantiers stratégiques et de transformation

L'année 2015 a été préfiguratrice de nombreux chantiers nationaux et stratégiques portés par la CNSA auprès des MDPH et de leurs partenaires.

1. La préparation du renouvellement des conventions pluriannuelles CNSA-départements

Un nouveau cadre de collaboration et des objectifs toujours plus ambitieux pour les MDPH

Depuis sa création en 2005, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie s'est engagée dans une relation partenariale avec chaque département, prenant appui sur des conventions dites « d'appui à la qualité de service », dont la signature conditionne par ailleurs le versement de concours financiers.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 renouvelle ce cadre : les conventions actuelles, dont la validité est prorogée jusqu'au 31 décembre 2016, sont remplacées par des « conventions pluriannuelles », balisant les coopérations de chaque département avec la CNSA dans le domaine des politiques de l'autonomie. Le périmètre de ces nouvelles conventions s'élargit aux nouvelles dispositions de la loi telles que la mise en place de la conférence des financeurs, l'animation nationale des équipes médico-sociales en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie, le portail d'information destiné aux personnes âgées et à leurs proches et le versement de nouveaux concours financiers.

Dans le champ du handicap, la convention prévoit de poursuivre les efforts engagés en application de la loi du 11 février 2005 pour renforcer la qualité et l'efficacité des services fournis aux usagers par les maisons départementales des personnes handicapées et favoriser l'équité de traitement sur l'ensemble du territoire. Elle s'appuie sur les acquis d'un travail important mené en 2015 pour définir les ambitions et poser les références utiles à l'amélioration continue de la qualité, attendue par les usagers et les MDPH.

En effet, dans le prolongement de la Conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014, plusieurs chantiers de modernisation des MDPH concourent sur la période de la convention à répondre à la croissance de l'activité, à l'objectif de personnalisation des réponses et à l'impératif d'accompagner les parcours des usagers les plus en difficulté :

- les simplifications administratives pour faciliter les démarches des usagers et alléger la charge de travail des MDPH ;
- la mise en place d'un système d'information harmonisé des MDPH, prévu par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- la mise en œuvre de la démarche « Réponse accompagnée pour tous ».

Le référentiel de mission et de qualité de service : cadre partagé pour l'amélioration continue de la qualité

Les MDPH sont les dispositifs pivots d'accueil, d'information et de traitement de la demande de compensation des personnes en situation de handicap. Dix ans après leur création, les MDPH sont confrontées à de nombreux enjeux d'efficacité, liés à la croissance des demandes, de qualité et d'harmonisation, comme en témoigne le présent rapport.

Dans ce contexte, la CNSA a travaillé avec des MDPH volontaires et les associations représentant les personnes en situation de handicap pour définir des référentiels de missions et de niveaux de service à atteindre, des indicateurs de pilotage pour les mesurer et les moyens à mobiliser pour atteindre le niveau de qualité visé.

Ce nouveau référentiel de missions et de qualité de service des MDPH a été finalisé en 2015 et validé par le Conseil de la CNSA du 17 novembre 2015.

Il présente les sept missions des MDPH et définit pour chacune d'elle le niveau de qualité de service minimal attendu.

Cet outil constitue un référentiel utile à l'inscription des MDPH dans un processus d'amélioration de la qualité, qui repose également sur la réalisation d'un autodiagnostic de leur activité et sur la définition d'une trajectoire d'amélioration.

Ce référentiel est annexé à la convention pluriannuelle signée entre le conseil départemental et la CNSA, dont le format type a également été refondu en 2015, en conformité avec le cadre défini par la loi ASV.

2. Le choix d'un système d'information commun des MDPH par harmonisation

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement dite « loi ASV » prévoit la mise en place d'un système d'information (SI) commun aux MDPH. Celui-ci doit contribuer à améliorer la qualité du service rendu aux usagers, à harmoniser les pratiques professionnelles et à faciliter le pilotage national et local. Il doit également permettre d'améliorer la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap et des réponses apportées.

Après une phase de diagnostic et d'étude sur l'année 2015 et la validation d'une stratégie partagée par les acteurs, le programme SI MDPH, chantier majeur pour la CNSA, a démarré en 2016 avec pour objectif l'harmonisation des systèmes d'information des MDPH.

Pour conduire ce programme pluriannuel qui doit améliorer l'efficacité et la convergence des systèmes d'information actuels, permettre un meilleur suivi des parcours et une meilleure connaissance des besoins, la CNSA s'appuie sur une gouvernance renouvelée qui mobilise les institutions nationales, mais également l'ensemble des MDPH, les conseils départementaux et les autres partenaires locaux.

Les objectifs du programme SI MDPH dans un contexte de forte croissance de l'activité

Il s'agit pour les MDPH :

- d'accroître l'efficacité des organisations permettant d'améliorer le service à l'utilisateur et d'orienter les ressources vers des tâches à plus forte valeur ajoutée ;
- d'améliorer l'orientation et l'accompagnement de la personne handicapée ;
- de permettre l'interopérabilité avec les systèmes d'information des partenaires ;
- de travailler à l'harmonisation des données et des processus ;
- de mieux connaître les publics et leurs besoins.

Le SI harmonisé des MDPH doit également contribuer à la mise en œuvre des projets de modernisation tels que : la réponse accompagnée pour tous, le suivi des orientations de la personne handicapée, la dématérialisation des échanges avec les caisses d'allocations familiales (CAF), Potentiel Emploi, les suites du projet « Innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires » (IMPACT), le projet personnalisé de scolarisation (PPS), ainsi que la réforme de la tarification des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées, SERAFIN PH.

Il devra également rendre possible l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques (NIR) et alimenter le futur système national de données de santé (SNDS), prévu par la loi de modernisation de notre système de santé.

Le SI doit donc prendre en compte un programme de modernisation et de conduite du changement particulièrement large et exigeant, à mener tant au niveau national que local.

Le programme SI MDPH a été organisé en sous-projets auxquels les MDPH participent activement depuis 2016 et qui pourront être documentés d'une vision « terrain » dans le prochain rapport de synthèse de l'activité 2016 :

- le tronc commun du métier des MDPH, au cœur de l'harmonisation du SI des MDPH ;
- le référentiel fonctionnel et technique ;
- les interfaces CAF ;
- l'accès au NIR-SNGI ;
- le suivi des orientations ;
- le téléservice « MDPH en ligne » ;
- la carte mobilité inclusion (CMI).

Le diagnostic des systèmes d'information existants dans les MDPH et le dialogue avec les éditeurs doivent permettre de suivre finement l'implémentation du tronc commun et des services transverses dans les solutions.

Les échanges avec les CAF et l'accès au numéro d'inscription au répertoire

Le relevé de conclusion de la Conférence nationale du handicap de décembre 2014 prévoyait notamment une dématérialisation des échanges entre les MDPH et les CAF afin de « faciliter l'accès aux droits en évitant les procédures répétitives et en accélérant les délais de réponse de l'administration ». Les travaux ont débuté en 2015.

Dans ce cadre, la certification du numéro d'inscription au répertoire (NIR) doit permettre de fiabiliser et d'automatiser les échanges d'information entre organismes administratifs en identifiant un individu de manière unique et partagée.

À noter : le fournisseur de données pour le médico-social est la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) via le système national de gestion des identités (SNGI).

Relations avec les éditeurs

Le scénario de l'harmonisation des SI retenu fin 2015 repose sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs. Les MDPH et les conseils départementaux, très sollicités lors du diagnostic SI, seront au premier plan des relations avec les éditeurs pour solliciter l'implémentation du tronc commun et des services transverses dans leurs solutions. La CNSA accompagnera les éditeurs dans leur compréhension du tronc commun et dans la mise à jour de leurs solutions. Avec les travaux engagés par la CNSA sur le chantier des SI MDPH, la question des systèmes d'information est plus que jamais au cœur des enjeux tant au niveau local que national.

D'ores et déjà et pour l'année 2015, on peut noter que :

- IODAS de la société GFI, SOLIS de Info.DB, GENESIS de Sirius, sont les principaux SI utilisés par les MDPH. Cependant, des logiciels « maison » se sont également déployés comme dans l'Aisne (02) ou la Creuse (23) ;
- ces logiciels sont la plupart du temps communs aux MDPH et aux conseils départementaux, ces derniers mettant à disposition de la MDPH un agent référent informatique dans certains cas.

À noter : le choix du maintien des systèmes d'information existants dans les MDPH avec la création d'un tronc commun par la CNSA doit permettre à celles-ci de faire évoluer leurs systèmes informatiques vers la version web.

Il ressort des rapports d'activité que plusieurs MDPH ont d'ores et déjà engagé des travaux au niveau de leur système d'information afin de répondre aux exigences de leurs activités. Ces logiciels s'adaptent aux contraintes des MDPH, mais nécessitent encore des développements pour répondre notamment aux objectifs d'interfaçage avec les partenaires, tels que la dématérialisation des échanges avec la CAF, les conseils départementaux et l'Éducation nationale.

De plus, plusieurs MDPH regrettent que les évolutions des systèmes d'information ne suivent pas le rythme des obligations des MDPH. C'est notamment le cas du suivi des listes d'attentes pour lequel certaines MDPH utilisent encore des outils manuels.

MDPH de la Haute-Vienne (87)

La mise en œuvre du SI de la MDPH et sa maintenance relève du CD [conseil départemental]. La MDPH utilise depuis le 1^{er} janvier 2009 le logiciel IODAS édité par GFI. La version de base a considérablement été paramétrée en interne afin de répondre au plus près aux attentes de la MDPH. En janvier 2015 et après formation de l'ensemble des agents, a été mise en place la version web du logiciel permettant le développement de nouvelles fonctionnalités. En 2015, c'est la mise en place du nouveau PPS qui a mobilisé à nouveau les techniciens informatiques du CD et de la MDPH pour réaliser le nouveau paramétrage basé sur les nomenclatures publiées dans l'arrêté du 6 février 2015. La mise en production est prévue au premier trimestre 2016 après l'installation de la dernière version majeure de IODAS nécessitant la réalisation de tests poussés et la formation des agents. Depuis plusieurs années, la MDPH dispose d'outils de pilotage élaborés avec différents tableaux de bord permettant de suivre l'activité de la MDPH, mois par mois.

MDPH d'Indre-et-Loire (37)

Depuis 2010, GENESIS est le logiciel utilisé pour l'instruction des dossiers enfant et adulte. Son adaptation fait l'objet d'un processus permanent afin de répondre aux évolutions législatives et aux besoins de simplification. Enfin, au niveau national, la CNSA a engagé un audit des systèmes d'information des MDPH, qui a abouti à une décision d'harmoniser les systèmes d'information des MDPH. La MDPH participe aux groupes de travail pilotés par la CNSA visant à définir ce tronc commun. Au-delà des besoins pour le traitement des dossiers, ce tronc commun devra permettre de répondre aux besoins de dématérialisation des échanges avec les usagers (portail usager) et partenaires (CAF, ESMS...).

3. Réponse accompagnée pour tous : un nouvel élan et de nouveaux droits pour les personnes sans solution

Fin 2013, le gouvernement a missionné Denis PIVETEAU pour proposer des solutions aptes à faciliter l'accueil durable des personnes en situation de handicap exposées à un risque de rupture de prise en charge. À la suite des recommandations de son rapport « Zéro sans solution », remis en juin 2014, le gouvernement a confié à Marie-Sophie DESAULLE la mission de déployer le dispositif « Une réponse accompagnée pour tous », dont le cadre juridique a été posé par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé.

D'abord développé sur vingt-quatre territoires pionniers à la fin 2015, le dispositif a vocation à être généralisé au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

La démarche « Réponse accompagnée pour tous » fait évoluer l'organisation et les pratiques des MDPH

La démarche « Réponse accompagnée » a pour ambition de faciliter la mise en mouvement d'une démarche de coresponsabilité de l'ensemble des acteurs (conseils départementaux, MDPH, agences régionales de santé – ARS, rectorats, gestionnaires d'établissements de santé et médico-sociaux, associations...).

L'évolution attendue touche à l'organisation même du système, au rôle et à la qualité de la réponse des institutions face aux besoins et aux attentes des personnes. Elle a un impact sur les pratiques professionnelles, sur les coopérations entre les acteurs et sur les échanges d'information et les fait évoluer.

Il s'agit de proposer une réponse personnalisée, adaptée et accompagnée à chaque personne dont la situation le nécessite afin de lui permettre de s'inscrire dans un parcours de santé au sens large tel que défini par l'Organisation mondiale de la santé, c'est-à-dire un parcours de santé conforme à son projet de vie.

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » est organisée en quatre axes de travail qui mobilisent toutes les MDPH aux côtés d'autres partenaires :

Axe 1 : Dispositif d'orientation permanent (DOP), piloté par la CNSA

Dans le cadre du DOP, lorsqu'une orientation rencontre des difficultés particulières de mise en œuvre, l'équipe pluridisciplinaire établit un plan d'accompagnement global (PAG) qui permet de construire, si besoin, une solution modulaire et évolutive d'accompagnement, d'identifier précisément la structure d'accompagnement avec la personne et les différents acteurs, puis d'en suivre très attentivement la mise en œuvre. Si besoin, l'équipe pluridisciplinaire peut s'appuyer sur un groupe opérationnel de synthèse (GOS), composé des différents acteurs mobilisés par le plan.

La mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent implique un changement d'organisation et de pratiques au sein des MDPH qui se voient attribuer un nouveau rôle en matière d'accompagnement de la personne dans son parcours de vie.

Axe 2 : Réponse territorialisée, piloté par le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)

Cet axe de travail comporte notamment un enjeu de formalisation de partenariats stratégiques et opérationnels entre les acteurs du territoire et, en particulier, l'ARS, le département, la MDPH et l'Éducation nationale.

Axe 3 : Dynamique d'accompagnement par les pairs, piloté par le Secrétariat général du comité interministériel du handicap (SGCIH)

Il renvoie notamment aux missions de conciliation, de médiation portées par les MDPH et plus largement à l'objectif d'une plus grande implication des personnes elles-mêmes dans la construction de la réponse à leurs besoins et attentes.

Axe 4 : Conduite du changement, piloté par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Il comprend le suivi et la valorisation des mesures de simplifications très attendues des MDPH.

Un appui national porté par la CNSA à l'ensemble des territoires pionniers

Vingt-quatre départements ont répondu favorablement à l'appel à candidatures lancé conjointement en août 2015 par Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales et de la Santé, Ségolène NEUVILLE, secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées, et Dominique BUSSEREAU, président de l'Association des départements de France (ADF), afin de développer de nouvelles organisations et de mettre en place la « démarche de réponse accompagnée pour tous » sur les territoires volontaires.

Ces départements ont été réunis le 10 novembre 2015 dans le cadre d'une journée de lancement du dispositif « Une réponse accompagnée pour tous », l'occasion pour la CNSA d'annoncer le démarrage de la mission de pilotage et d'appui aux sites pionniers.

Un appui individualisé sur chaque territoire pour répondre à leurs besoins spécifiques

Afin de soutenir la mobilisation des MDPH engagées depuis l'automne 2015 et de leurs partenaires, la CNSA met à disposition des territoires pionniers un appui individualisé et personnalisé pour le déploiement systématique d'une réponse accompagnée pour tous, sans se substituer aux acteurs locaux.

Sur la base d'un échange direct avec chacun des territoires, et en fonction du degré d'avancement du projet et des besoins identifiés, la CNSA propose, avec le soutien de ses prestataires, une offre de service au démarrage du déploiement du projet: clarification des objectifs, mise en place des instances locales de pilotage, formalisation d'un diagnostic territorial, des modalités de fonctionnement et de la feuille de route locale ou encore formalisation de la contractualisation locale.

La mission d'appui comportera également une phase de bilan et de capitalisation de l'expérience des territoires pionniers. Sur la base des éléments de suivi des différents territoires, des échanges entre sites pionniers et des outils développés, une analyse transversale des enseignements du déploiement sera proposée.

Cette phase doit aboutir à la rédaction d'un guide méthodologique du déploiement local de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ». Le but est de soutenir les autres départements qui s'engageront dans la démarche d'ici fin 2017.

Des premiers retours sur l'organisation et les objectifs opérationnels de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » dans les départements sont mis en évidence dans les rapports d'activité de quelques territoires pionniers.

MDPH de l'Yonne (89)

Depuis près de deux ans, les quatre MDPH de Bourgogne se rencontrent régulièrement sur des échanges d'expérience, d'outils ou de partage d'information. Cette collaboration sera renforcée en 2016 dans le cadre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » et l'élargissement de la région Bourgogne – Franche-Comté aux trois autres départements francs-comtois. Les réunions sont menées par l'ARS.

MDPH de la Haute-Loire (42)

Fin 2015, la candidature du territoire ligérien au projet « Une réponse accompagnée pour tous » a été retenue. Ce projet, issu du rapport « zéro sans solution », vise à mobiliser l'ensemble des acteurs pour garantir le suivi des décisions d'orientation et mettre un terme aux ruptures de parcours. Il invite chacun à raisonner en termes de réponses (et non plus de places) pour faire de l'orientation un processus permanent et partagé tout en structurant mieux les responsabilités. L'année 2016 sera consacrée à la mise en œuvre progressive du rapport « zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches ».

MDPH des Vosges (88)

7 décembre 2015 : rencontre avec Marie-Sophie DESAULLE - chef de projet de la mission « Une réponse accompagnée pour tous ». La MDPH des Vosges met en place un groupe opérationnel de synthèse (GOS) à géométrie variable selon les situations (mais hors financeurs) afin de coconstruire un plan d'accompagnement global (PAG) dont la responsabilité sera confiée à un coordonnateur. Le GOS se substituera aux CESIC [commission d'examen des situations critiques] et aura un droit de tirage sur l'enveloppe dédiée aux PAG, dans le cadre d'un CPOM [contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens] pluri-financeurs. Les pistes d'amélioration et de simplification : simplifier le dossier MDPH pour pallier la complexité de la complétude du dossier, mettre en place une aide par les pairs, les associations d'usagers, quant à l'évaluation de la PH [personne handicapée], recours à l'externalisation par convention ou recours aux équipes relais-handicap rare pour les handicaps spécifiques, en parallèle, réflexion CNSA sur les SI des MDPH, sur leur harmonisation et non sur un système unique, adoption d'un tronc commun. À partir de janvier 2016 avec appui (via un prestataire). L'appui aux sites pionniers devrait être assuré par une équipe de consultants ; les premières rencontres sont envisagées entre janvier et février 2016.

4. Projet IMPACT : bilan de l'expérimentation et perspectives

Le projet IMPACT, une expérimentation ambitieuse et préfiguratrice

Le projet Innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires (IMPACT) fait suite à un diagnostic réalisé par le SGMAP au sein de quatre MDPH en 2013 visant à analyser les circuits et les processus de traitement d'un dossier et à identifier ainsi les points de blocage et les leviers éventuels de simplification, de modernisation et d'amélioration.

Les travaux se sont échelonnés en trois phases, sur une durée de deux ans (de février 2014 à fin janvier 2016).

Organisés autour de plusieurs chantiers, ils avaient pour objectifs de réduire la complexité perçue par les usagers, d'améliorer la gestion des flux de demandes en renforçant l'exhaustivité et la qualité de l'information entrante et enfin de concilier efficacité et qualité de l'évaluation.

Ces travaux ont été menés dans le souci de garantir une démarche itérative, respectueuse de l'engagement, de la charge de travail et du rythme d'appropriation des deux MDPH pilotes (MDPH du Calvados et du Nord), en associant l'ensemble des partenaires des territoires concernés et en mobilisant au niveau national les associations représentatives des personnes en situation de handicap (comité technique national).

Plusieurs livrables ont été produits lors des travaux menés avec le SGMAP :

- la modélisation du processus d'évaluation ;
- la révision du formulaire de demande ;
- la révision du certificat médical ;
- le développement « en mode agile » d'un téléservice puis d'un outil de soutien à l'évaluation, à la demande de la CNSA (MDPH en ligne).

Penser les suites du projet IMPACT

Une évaluation sous la forme d'un retour d'expérience des deux MDPH et d'une enquête BVA auprès d'usagers et de quelques médecins est venue consolider les travaux et finaliser l'expérimentation à la fin de l'année 2015 et au début de l'année 2016. Le comité de pilotage final du 27 janvier 2016 a dégagé plusieurs *scenarii* de généralisation des outils issus de l'expérimentation, dont les modalités sont actuellement à l'étude. Il s'agit en particulier de la diffusion des outils, tels que le formulaire de demande IMPACT, le nouveau certificat médical, et de la généralisation progressive du téléservice et de l'outil de soutien à l'évaluation.

MDPH du Calvados (14)

Mise en place d'un accompagnement dédié dans le cadre du projet IMPACT.

La phase trois de ce projet a continué à mobiliser l'ensemble du personnel de la MDPH tout au long de cette année, et notamment les personnels d'accueil et d'instruction. Le temps mobilisé pour accompagner un usager dans le remplissage du nouveau formulaire de demandes et l'explication du téléservice peuvent varier de trente minutes à une heure. L'ergonomie du téléservice a été améliorée au fur et à mesure de son utilisation. Il sera de nouveau activé en 2016. 118 dossiers ont été reçus via le téléservice durant la troisième phase d'expérimentation. Cette démarche induit une remise en question du dispositif d'accueil, un mode d'accompagnement nouveau et nécessite que les agents s'adaptent aux contraintes de cette nouvelle gestion de réception et d'instruction des dossiers, tout en assurant leurs missions quotidiennes. La démarche est globalement très bien perçue par les usagers.

Retours des partenaires locaux sur le projet IMPACT.

Le retour d'expérience s'avère positif [...]:

- *meilleure compréhension des besoins de l'utilisateur;*
- *baisse du nombre d'itérations pour l'utilisateur (situation et droits mal-ciblés);*
- *accélération du traitement;*
- *approche évaluative;*
- *réponse globale plus satisfaisante, car les besoins de l'utilisateur sont mieux renseignés, ce qui induit une légère augmentation des situations évaluées en premier niveau.*

Concernant les usagers, [...] un bon accueil [a été] réservé au nouveau formulaire et au téléservice, mais des points de difficultés demeurent sur la compréhension de certaines questions.

Concernant les médecins, [...] le projet de certificat médical reçoit un accueil positif dans sa nouvelle ergonomie, et le format numérique doit encore convaincre.

La MDPH du Calvados a décidé de poursuivre l'expérimentation portant sur le téléservice.

5. Mesure de la satisfaction des usagers

La CNSA avait élaboré dès 2007 un dispositif de mesure de la qualité de service. Sous la forme d'un marché public, le questionnaire de satisfaction, élaboré avec les associations et les MDPH, était collecté par un organisme extérieur chargé de l'analyse qui donnait lieu à une restitution locale ainsi qu'à une consolidation nationale.

Devant le nombre de plus en plus restreint de questionnaires collectés, le dispositif a été arrêté fin 2012.

Les causes de l'échec de cette première démarche ont été analysées et, en 2015, la CNSA a sollicité l'accompagnement du Secrétariat général de la modernisation de l'action publique (SGMAP) pour définir une nouvelle approche de la mesure de la satisfaction des usagers des MDPH.

Un groupe de travail réunissant des représentants des MDPH et des associations s'est réuni trois fois pour aboutir à la création de deux questionnaires, sur la base du nouveau référentiel de missions et de qualité de service. Le questionnaire « à chaud », très court, porte plus particulièrement sur les missions d'information et d'accueil de la MDPH tandis que le questionnaire « à froid » permet d'évaluer de manière plus détaillée la satisfaction de l'utilisateur quant au traitement de sa demande.

Les rapports d'activité témoignent d'une attente forte de la part des MDPH sur ce nouvel outil. Certaines font état de démarches locales sous la forme de questionnaires mis à disposition à l'accueil ou d'enquêtes ponctuelles. D'autres se basent sur des indicateurs tels que les taux de recours ou les délais de traitement des demandes pour mesurer les efforts réalisés et à faire pour améliorer le service rendu à leurs usagers.

MDPH des Pyrénées-Atlantiques (64)

Après l'abandon par la CNSA du dispositif national, il n'a pas été mis en place de contrôle du niveau de satisfaction au niveau local. Ce manque devra être comblé par la MDPH.

MDPH du Tarn (81)

Depuis 2009, une démarche de mesure de satisfaction des usagers a été engagée par la MDPH du Tarn. Ce questionnaire est adressé aux usagers ayant pu connaître la totalité de la chaîne d'interventions des services de la MDPH, c'est-à-dire depuis l'accueil jusqu'à l'accompagnement du plan de compensation. Les personnes concernées sont donc essentiellement celles ayant sollicité la PCH. Au cours de l'année 2015, 651 questionnaires de satisfaction ont été envoyés, et 83 personnes handicapées ont retourné ce document complété, soit un taux de participation de seulement 13 %. L'analyse de ces retours est basée sur les diverses missions de la MDPH, de la mission information jusqu'à la mission médiation. Toutefois, si les réponses formulées par les usagers sont globalement satisfaisantes, il faut relativiser ce résultat au vu du faible taux de participation.

MDPH de la Lozère (48)

Les retours informels des usagers sont largement positifs. Un questionnaire « accueil de proximité » a été diffusé auprès des usagers durant toute l'année 2014. Environ 2 000 questionnaires ont été transmis avec un retour d'environ 25 %. Cette enquête souligne le besoin d'accueil de proximité. On note que les usagers ont besoin de connaître en priorité l'avancée de leur dossier, d'avoir des explications sur le déroulement de la procédure, mais aussi une aide pour compléter un dossier ou une explication après la décision de la CDAPH.

MDPH des Landes (40)

Depuis janvier 2007, une évaluation de la PCH à domicile a été mise en place. Celle-ci est effectuée par le foyer [M.], qui gère un établissement pour personnes handicapées à Mont-de-Marsan. Il s'agit d'un outil visant à s'assurer que la mise en place de la PCH se fait dans de bonnes conditions et d'envisager avec les bénéficiaires et leur entourage les éventuelles difficultés rencontrées et les avancées procurées. Cette évaluation, construite autour d'un questionnaire, base de l'échange avec les familles, est réalisée suite à la rencontre de personnes handicapées.

MDMPH des Bouches-du-Rhône (13)

En 2015, la MDPH 13 a poursuivi son action d'évaluation de la satisfaction des usagers. Deux enquêtes ont été effectuées sur la période du 12 janvier 2015 au 23 janvier 2015. L'enquête de satisfaction à l'accueil physique: l'environnement et les conditions matérielles de l'accueil physique sont jugées propres et accessibles à plus de 90 % par les personnes interrogées; de même, la qualité des informations reçues apparaissent satisfaisantes pour 96 personnes sur 101. L'enquête téléphonique: Il est intéressant de constater que 67,4 % des personnes interrogées savent utiliser internet et que 98 % d'entre elles consulteraient facilement en ligne leur dossier, même si notre enquête ne concerne que 80 personnes. Par ailleurs, comme pour l'accueil physique, c'est la personne concernée qui fait les démarches à 59 %. Par contre, le type de demande diffère, il n'est plus sur l'information ou l'aide au remplissage de dossier, mais à 37 % des demandes plus ciblées (transfert de dossier, demande de duplicata, recours, renseignement sur une décision rendue...) et à 36,49 % sur les dossiers en cours.

MDPH des Pyrénées-Orientales (66)

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue initiée sur l'accueil, la MDPH a mis en place une enquête de satisfaction des usagers, centrée sur les fonctions d'accueil. Le contenu et la forme de cette enquête ont été travaillés avec le comité des usagers de la MDPH. L'enquête est en service depuis le début de l'année 2013 à l'accueil de la MDPH ainsi que sur la page web de la MDPH. L'analyse de cette enquête nous permet de mettre en avant les éléments suivants: un taux de répondants qui reste faible (malgré les modalités d'incitation à remplir l'enquête, le taux de réponse, même s'il est supérieur à celui de 2014, reste faible - 1,2 % des personnes accueillies); une MDPH très bien repérée et un accès très satisfaisant (plus de 90 % de personnes satisfaites de l'accessibilité du site et des conditions d'accès); un hall d'accueil estimé confortable, propre et accessible (81 % à 88 % de personnes très satisfaites selon les items); un accueil physique et téléphonique de qualité satisfaisante même si le niveau de satisfaction est en baisse par rapport à 2014, notamment compte tenu de la forte augmentation des sollicitations des usagers en 2015; des réponses courriers et courriels jugées moyennement satisfaisantes, la confusion entre délais de réponses aux sollicitations des usagers et délais de traitement des demandes perdurant. L'enquête de satisfaction a été retravaillée avec le comité des usagers en 2015, certains points étant à améliorer. Les items n'étaient pas tous complétés, ce qui empêchait l'exploitation de l'enquête. Les travaux du comité des usagers ont eu lieu en novembre 2015, pour une mise en service de la nouvelle version de l'enquête en 2016.

3

L'organisation des MDPH dix ans après leur création

1. Des efforts pour gagner en efficience et améliorer la qualité du service rendu aux usagers

L'organisation des services évolue pour mieux répondre aux missions et aux nouveaux enjeux

La plupart des MDPH ont structuré leurs activités en pôles, services ou unités autour des grandes missions et sous la responsabilité d'un référent.

MDPH de l'Yonne (89)

La MDPH de l'Yonne est organisée en trois pôles : le pôle accueil information, le pôle instruction et le pôle évaluation. L'organisation et la petite taille des effectifs imposent une association des équipes au quotidien dans leurs tâches. Trois référents techniques sont les interlocuteurs privilégiés pour les pôles : référent scolaire, RIP [référent insertion professionnelle] et référent contentieux, usagers, partenariat.

MDPH du Gers (32)

La MDPH demeure organisée autour de six pôles : l'administration générale, l'accueil des personnes et des demandes, le pôle adulte et PCH, le pôle junior, les CLIC [centre local d'information et de coordination] et les MAIA. 80,54 % du personnel est employé sous contrat de droit privé directement par le GIP [groupement d'intérêt public].

Si toutes les MDPH présentent des configurations différentes, le choix de la mutualisation avec les services du conseil départemental est parfois retenu. Au-delà de la tutelle administrative et financière confiée au département, de nombreuses MDPH bénéficient d'appuis organisationnels, financiers, de mutualisation de fonctions et de services des conseils départementaux (en matière financière, matérielle ou de systèmes d'information par exemple). Par ailleurs, certains directeurs de l'autonomie des conseils départementaux exercent également la fonction de directeur de la MDPH.

En 2011, l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) avait déjà mis en exergue qu'à cette date, près de 91 % des départements avaient déjà opéré un regroupement des services centraux personnes âgées et personnes handicapées sous la forme d'une direction commune.

Dans cette même dynamique, plusieurs MDPH ont commencé à travailler sur une configuration en maison départementale de l'autonomie (MDA) : la Corrèze, le Cantal et la Côte-d'Or ont ainsi été accompagnés par la CNSA pour la mise en œuvre du rapprochement des actions personnes âgées et personnes handicapées sur leurs départements.

D'autres départements ont également pu développer une configuration en MDA, avec des périmètres et des territorialisations différentes (Pas-de-Calais, Loire, Manche, Mayenne, Bas-Rhin, Saône-et-Loire, Vaucluse).

À la fin de l'année 2015, la loi d'adaptation de la société au vieillissement consolide le cadre juridique de ces organisations en prévoyant la labellisation des MDA par la CNSA.

Les rapports d'activité 2015 témoignent d'ores et déjà d'une dynamique d'organisation en MDA en cours sur de nombreux départements (Morbihan, Creuse, Loiret...).

MDPH de la Haute-Saône (70)

Hormis les postes de direction, l'ensemble des moyens humains est au service de la réception et de l'instruction des demandes de la personne en situation de handicap. Les liens renforcés avec le conseil départemental sur lequel la MDPH s'appuie fortement pour les fonctions supports permettent une telle organisation.

MDPH de la Côte-d'Or (21)

Le Département de la Côte-d'Or, en expérimentant dès 2010 la création d'une maison de l'autonomie, s'est résolument engagé dans la dynamique de convergence des interventions à destination des personnes âgées et handicapées.

MDA du Bas-Rhin (67)

L'année 2015 est la deuxième année pleine de fonctionnement de la maison de l'autonomie, au sein d'une organisation beaucoup plus intégrée entre les services de la MDPH et les services du département en charge des politiques personnes âgées et personnes handicapées. L'encadrement supérieur de la MDPH étant également totalement partagé entre les compétences départementales et les compétences strictement MDPH. La MDA est en pleine restructuration, dans le cadre d'un projet de mission, pour une MDA plus efficace et plus humaine. Son organisation va être profondément modifiée en 2016, aussi pour s'adapter au nouvel environnement (mise en œuvre de la loi ASV, de la loi de modernisation du système de santé).

MDPH de la Creuse (23)

Le projet de maison de l'autonomie n'est pas finalisé. Le rapprochement physique des deux directions DPPA [direction personnes en perte d'autonomie] et MDPH est lié au schéma directeur d'implantation des services du conseil départemental qui est en cours de réflexion. Mais les services travaillent en grande proximité. Le DGS [directeur général des services] du pôle Jeunesse et Solidarités est aussi directeur de la MDPH. Le schéma a été réalisé de concert. Le travail en transversalité est la norme.

MDPH du Loiret (45)

Suite au départ de la directrice de la MDPH, la mise en œuvre d'une direction conjointe MDPH et direction de l'autonomie vise à préparer la création de la maison de l'autonomie.

MDPH de la Drôme (26)

L'échéance retenue par le conseil départemental pour la création de la MDA est 2017. La convergence des dispositifs PA/PH portera sur l'accueil et l'évaluation. Intégrée à la direction de l'autonomie, la MDA regroupera les services suivants : MDPH, service évaluation APA, les CLIC, les MAIA, la plateforme téléphonique (accueil conjoint PA/PH). La phase d'élaboration et de mise en œuvre sera accompagnée par une AMO (assistance à maîtrise d'ouvrage) compétente dans le design de service.

MDPH du Cantal (15)

La MDPH intègre désormais la Direction de l'autonomie, anciennement dénommée Direction personnes âgées/ personnes handicapées. Ceci est l'aboutissement d'une mise en cohérence avec les actions engagées par le conseil départemental, à savoir : installation d'une maison de l'autonomie (MDA) dans chaque arrondissement, approbation d'un schéma départemental de l'autonomie.

MDPH de Moselle (57)

Les services de la MDPH seront aussi amenés à s'investir dans la démarche de territorialisation que le département lancera à compter de l'année 2016 et qui actera notamment la création d'une maison départementale de l'autonomie (MDA). Cette future entité territoriale organisera, à terme, les services de la politique de l'autonomie, avec pour cible l'accueil et l'accompagnement personnalisés des personnes âgées et des personnes en situation de handicap vivant sur l'un des cinq territoires d'intervention. La MDA permettra de faire converger les processus d'évaluation dans le cadre d'une approche globale des bénéficiaires et d'une recherche de solution sous l'angle permanent de la pluridisciplinarité entre les intervenants et d'un développement social transversal.

2. La fonction d'accueil des usagers continue de se diversifier et de s'améliorer

Dans un contexte d'augmentation du nombre de demandes, mais aussi d'une exigence de qualité renforcée de l'accueil des usagers, les MDPH s'organisent et diversifient leurs modes d'accueil.

La mission d'accueil constitue une mission clé pour les MDPH amenées à faire évoluer :

- les modes d'accueil téléphonique, physique, électronique des usagers en intégrant les possibilités offertes par les nouvelles technologies de l'information et de la communication ;
- la territorialisation de cet accueil de manière à renforcer la proximité du service pour l'utilisateur ;
- la qualité de service, grâce notamment à la formation des professionnels et à l'adaptation des outils de communication.

L'ouverture au public

L'accueil physique et téléphonique se fait généralement de 8 h 30/9 h à 12 h 30 puis de 13 h 30 à 16 h 30/17 h, du lundi au vendredi, pour des **amplitudes horaires hebdomadaires de trente à quarante heures en moyenne**.

La majorité des MDPH réservent en semaine des plages horaires ou des demi-journées non ouvertes au public de manière à mobiliser les équipes sur d'autres tâches à fort enjeu (de productivité, de travail d'équipe).

L'organisation des équipes d'accueil est différente en fonction des MDPH qui ont pu faire le choix :

- de spécialiser des équipes sur l'accueil physique ou téléphonique ;
- de mutualiser cette fonction avec le département.

À noter : la porosité des équipes d'accueil physique et téléphonique est parfois jugée bénéfique pour la régulation de l'activité, le taux de réponse et les délais de traitement.

MDPH de l'Eure (27)

Si l'accueil physique et l'accueil téléphonique avaient été jusqu'alors scindés, dans le courant de l'année 2015, les sept agents se sont vus dédier leurs missions vers de l'accueil tout autant physique que téléphonique. Cette plus grande flexibilité de l'équipe permet de pallier les arrêts maladie, congés ou autres événements pouvant venir interférer dans la gestion de ces deux accueils.

L'accueil téléphonique

L'année 2015 confirme une tendance à la hausse du nombre d'appels reçus et la difficulté à améliorer le « taux de décroché ». Les difficultés rencontrées tiennent principalement :

- à l'augmentation des appels pour des informations concernant l'avancée du traitement des dossiers ;
- à la complexité des réponses à apporter aux demandes des usagers.

Il semble exister un lien direct entre délai de traitement et activité à l'accueil.

MDPH de Paris (75)

Les accueils ont immédiatement bénéficié de l'amélioration des délais de traitement. Les sollicitations, notamment téléphoniques, en lien avec le suivi du dossier, ont drastiquement chuté. Dès le troisième trimestre, le taux de réponse téléphonique est repassé au-dessus de 50 %, pour atteindre même une moyenne de près de 75 % au quatrième trimestre. À l'accueil physique, même si le nombre de sollicitations a moins diminué, l'amélioration globale a permis de réduire significativement les délais d'attente. Cette réorganisation a par ailleurs permis de redéployer du temps d'agent d'accueil et d'information sur l'accueil téléphonique. Le taux de « premier décroché » qui était de 40 à 50 % est maintenant en moyenne à hauteur de 80 %. Il atteint 82 % en décembre 2015. Le niveau de réponse à l'utilisateur a été amélioré. Des associations et autres partenaires peuvent également participer à la mission d'accueil via des permanences dans la MDPH. Les associations contribuent au soutien des usagers et la CAF à l'acquisition des droits dans les situations complexes et les risques de rupture de parcours, souvent pour des usagers présentant un handicap sensoriel, mais aussi des maladies invalidantes (parkinson, polyarthrite, fibromyalgie...).

L'organisation de permanences

Plusieurs MDPH organisent des permanences d'accueil de certains de leurs partenaires dans leurs locaux, à l'instar des MDPH de la Loire, de l'Orne ou encore de l'Hérault. Celles-ci se révèlent très positives tant pour les usagers que pour les professionnels des MDPH.

MDPH de la Loire (42)

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

MDPH de l'Orne (61)

Depuis mars 2015, sur proposition de la MDPH, quatre associations sont présentes à la MDPH et y assurent sans rendez-vous l'accueil des personnes qui souhaitent les rencontrer. Il ne s'agit pas pour les associations d'aider les personnes dans leurs démarches auprès de la MDPH, mais de leur apporter conseils, soutien dans leur quotidien de malades ou d'aidants.

MDPH de l'Hérault (34)

À partir du mois de mars 2015, une permanence de la CAF dans les locaux de la MDPH a été mise en place. Elle permet de trouver des solutions aux situations bloquant les possibilités de mise en œuvre des paiements de l'AAH et permet de maintenir les droits ouverts sans rupture de parcours ou de prévenir des situations complexes. Ce partenariat favorise l'échange de pratiques et soutient une articulation cohérente des deux institutions afin d'éviter que le public se déplace de l'une à l'autre sans trouver de solution coordonnées à ses difficultés.

L'accueil physique

L'accueil physique reste important en MDPH. Les motifs de venue sont multiples : retrait des dossiers, suivi de l'état d'avancement, demandes de renseignements et d'éclairages sur des dispositifs existants et des droits. Les demandes sont nombreuses et dépassent le seul champ de compétence des MDPH.

MDPH de la Somme (80)

[...] L'accueil physique est en constante augmentation. Les agents constatent que de plus en plus de personnes ayant des difficultés de compréhension font appel à la MDPH pour des services et des questions qui ne relèvent pas des missions de la MDPH (droits à la sécurité sociale, droits à la retraite avec une législation si complexe que seule la CARSAT peut apporter des réponses adaptées...).

MDPH du Jura (39)

Au-delà de l'analyse qualitative, la fréquentation de l'accueil met en évidence les attentes des usagers qui vont bien au-delà d'une demande de retrait ou de dépôt d'un dossier. Les attentes relèvent davantage d'un besoin de relations sociales, d'échanges, permettant à ceux qui ne peuvent plus les trouver ni dans le travail ni dans la vie citoyenne d'exister, de vivre ou de survivre.

L'accueil électronique

En complémentarité de l'accueil physique et téléphonique, la réception et le traitement des demandes formulées par courriel se développent.

Cette modalité de communication et d'échange est de plus en plus privilégiée par les usagers et par les partenaires des MDPH. Son développement permet de diminuer la pression existante sur les autres modes d'accueil et de repenser ainsi la gestion du temps d'accueil physique et téléphonique.

À noter : en 2015, toutes les MDPH ne disposent pas d'un *mail* générique de contact.

MDPH du Val-de-Marne (94)

Deux agents ont traité des courriels sollicitant des informations sur les prestations existantes, l'encours des demandes ou les délais de traitement. Elles sont montées en compétence et ont traité des demandes de niveau 2 requérant des investigations approfondies et des réponses fines. Toutes les réponses types demeurent partagées avec la mission qualité information de la Direction des relations à la population (DRP) afin d'harmoniser les éléments de langage à destination des personnes handicapées, leur famille et les professionnels qui les accompagnent au quotidien.

MDPH des Hauts-de-Seine (92)

En 2015, la communication par courriel a poursuivi son essor : ce sont plus de 20 000 mails échangés avec les usagers et les partenaires. Ce mode de communication reste une véritable alternative au téléphone. Cette solution est d'ailleurs largement privilégiée par nos partenaires.

Plusieurs MDPH disposent de sites internet et web services/portails usagers

Plusieurs MDPH ont développé des accueils en téléservice, en propre ou sur le site du conseil départemental, permettant à l'utilisateur de consulter l'avancée du traitement de son dossier en ligne. Cette offre est très appréciée, et son développement est demandé par les associations d'utilisateurs.

MDPH de Charente (16)

Depuis avril 2015, le portail « usager » est également mis à disposition des personnes en situation de handicap. Grâce à des codes d'accès et identifiants personnels et sécurisés, ces dernières peuvent prendre connaissance de l'état d'instruction de leurs demandes et des aides en cours. Ce dispositif est apprécié par les usagers, car il leur permet de consulter les informations qui les concernent de manière autonome. 9 580 personnes ont consulté ce portail en 2015 (en 17 878 sessions).

MDPH de l'Ain (01)

Le « portail usagers », qui permet le suivi en ligne des droits et demandes en cours de manière autonome par l'utilisateur, sur la base des codes communiqués sur l'accusé de réception de la demande, est très sollicité, avec plus de 195 000 connexions en 2015.

MDPH de la Réunion (974)

La mise en service du portail usagers en 2013 a été une étape décisive dans l'amélioration de notre politique d'accueil. Elle a fait évoluer la qualité et le contenu de nos échanges avec les usagers et par conséquent, nos compétences sur la mission. Elle a sans doute permis d'absorber le surplus d'activité d'accueil lié à l'augmentation de la demande depuis deux ans. Ce téléservice n'est cependant pas utilisé pour le suivi des dossiers avec les partenaires de la MDPH dans la plupart des cas. Le développement de la dématérialisation des dossiers et de la gestion électronique des documents permet également aux agents d'accueil d'accéder plus facilement aux informations utiles et nécessaires et ainsi de renseigner au mieux les usagers.

MDPH de Seine-Maritime (76)

Depuis décembre dernier, les formulaires de demandes sont envoyés principalement par mail, avec le lien qui permet d'accéder directement à la page internet de la MDPH, que ce soit pour les particuliers ou les professionnels

Des accueils spécifiques pour certains publics

Certaines MDPH ont mis en place un accueil adapté et spécifique pour mieux répondre aux besoins du public : accueil des enfants, des usagers présentant un handicap sensoriel ou un handicap psychique.

Cet accueil est réalisé par des agents spécialement formés, avec l'aide d'interprètes ou en collaboration avec les partenaires idoines (Mutualité française Anjou-Mayenne en Maine-et-Loire par exemple).

MDPH du Gard (30)

Le service accueil de la MDPH du Gard a proposé aux personnes sourdes et malentendantes un accueil « spécialisé » en présence d'un agent de la Direction départementale des finances publiques, formé à la langue des signes, afin de les accompagner dans leurs démarches de déclaration de revenus et répondre à leurs interrogations. [...] Une douzaine d'associations assurent des permanences d'accueil. Depuis fin 2011, le conseil départemental d'accès au droit intervient une fois par mois dans les locaux de la MDPH par le biais de consultations gratuites de professionnels du droit (avocats, notaires, huissiers).

MDPH de Tarn-et-Garonne (82)

Un accueil du service social du pôle enfants [a été organisé]. Le service social du pôle enfants est assuré par deux assistantes sociales représentant 1,8 ETP puis 2 ETP à compter de septembre 2015. Les assistantes sociales reçoivent les familles qui se présentent spontanément. [...] Les entretiens ont pour objet d'écouter les familles, de les informer sur les dispositifs existants pour répondre aux besoins de leur enfant et les orienter vers les services compétents, de les accompagner dans la constitution des dossiers de demandes auprès de la MDPH (AEEH, matériel adapté, AVS [auxiliaire de vie scolaire], PCH...), mais aussi d'expliquer les décisions de la CDAPH et de les aider si besoin dans la mise en œuvre de ces décisions. L'activité du service social enfants est en forte hausse en 2015. La nature des appels est majoritairement liée à l'état d'avancement du dossier ou à l'explication de notification de la CDPAH.

MDPH de la Haute-Savoie (74)

Une permanence est tenue par l'infirmière chaque vendredi matin depuis mai et une par le référent scolarité, psychologue de métier, chaque mardi matin depuis juillet. Mieux qu'une convocation à un rendez-vous « imposé », ces permanences apportent une souplesse dans l'organisation de l'accueil approfondi. Il s'agit de décrypter des situations « au tout-venant » et souvent d'accompagner, au plus tôt, les personnes et/ou les familles « touchées » par le handicap. Il s'agit aussi d'expliquer les décisions prises par la CDAPH et d'orienter les personnes pour leur mise en œuvre. Le retour de ces permanences est positif. Elles offrent une plus grande disponibilité aux usagers sur un temps régulier et permettent une évaluation globale des besoins et attentes. Concernant les permanences de l'infirmière, la légitimité du métier apporte un plus : les personnes parlent de prime abord de leur problème de santé (handicap, maladie...). La permanence du référent scolarité, quant à elle, permet d'informer les familles sur le parcours de scolarisation de leur enfant et de les guider dans les différentes démarches à entreprendre avant le dépôt d'une demande ou en cours de droits.

MDPH de Martinique (972)

Accueil professionnel : ce dispositif mis en place est plébiscité par les partenaires qui sont accueillis deux fois par semaine (après-midi). Sur cet exercice nous avons accueilli 281 professionnels soit une augmentation de 28,3 % par rapport à 2014.

L'organisation territorialisée au service de l'accessibilité géographique

Les MDPH ont le souci constant d'améliorer l'accessibilité géographique de leurs services.

Une logique de territorialisation est mise en œuvre dans la majorité des MDPH pour assurer un maillage satisfaisant du territoire et rapprocher les MDPH de leurs usagers. Toutefois, il n'existe pas de modèle unique, et les organisations territoriales retenues reposent sur les dynamiques partenariales présentes au niveau local ainsi que sur l'organisation des services départementaux. Les différents modèles décrits dans les rapports d'activité sont, par exemple :

- une MDPH installée sur un site principal et disposant en propre de plusieurs antennes sur le territoire (modèle classique et majoritaire) ;
- une MDPH installée sur un site principal avec ou sans antennes MDPH à laquelle s'ajoutent des relais installés auprès d'autres acteurs territoriaux. Ces acteurs peuvent être des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS), des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), centres médico-sociaux, unités territoriales d'action sociale, centres départementaux d'action sociale, maisons des solidarités/maison départementale de la solidarité/maisons locales de l'autonomie, selon les dénominations. Plus rarement, ces relais sont établis auprès des missions locales et de Pôle Emploi (dans le Jura par exemple) ou auprès de la communauté de communes (dans les Landes) ;
- un site principal, des antennes et de très nombreux relais organisés par des professionnels isolés (« relais autonomie » dans la Loire, « guichets de proximité » dans la Creuse) ;
- une MDPH qui s'appuie sur des MDA territorialisées (Cantal, Pas-de-Calais par exemple). Ces relais gèrent le plus souvent l'accueil de niveau 1, mais peuvent parfois gérer également l'accueil de niveau 2 (Calvados).

Si cette territorialisation répond à l'objectif de couverture territoriale des services de la MDPH, certaines MDPH indiquent qu'elle ne favorise pas toujours l'homogénéité des réponses.

MDA de Maine-et-Loire (49)

Pour 2015, quarante-trois CCAS sur les cinquante-trois conventionnés avec la MDA 49 pour un accueil de proximité.

MDPH du Finistère (29)

En parallèle de l'accueil du public dans les locaux de la MDPH, les permanences sur les sites de Brest et Morlaix se sont poursuivies en 2015. Toujours dans cette optique d'une meilleure information des personnes en situation de handicap, le conseil départemental, en partenariat avec la MDPH, a souhaité mener une expérimentation d'un accueil de premier niveau dans cinq centres départementaux d'action sociale du Finistère (Carhaix, Landerneau, Audierne, Douarnenez et Pont-l'Abbé), mais également du CLIC du Pays d'Iroise à compter du mois de septembre 2014. Le bilan positif de cette expérimentation a conduit le conseil départemental à proposer la généralisation de cet accueil de premier niveau sur l'ensemble des seize CDAS à compter du 1^{er} avril 2016 et à solliciter d'autres CLIC du département.

Les agents d'accueil sont régulièrement formés

Les agents d'accueil des MDPH ne disposent pas tous de la même formation initiale, mais les MDPH s'attachent à assurer leur formation continue. De nombreux professionnels ont ainsi pu bénéficier de formations sur la politique du handicap, la maladie mentale et le handicap psychique, les outils et l'éthique de l'accueil, la législation sociale, la gestion de l'agressivité ou encore la langue des signes.

En support et dans la continuité des formations, des outils tels que des procédures et des chartes sur l'accueil permettent d'étayer la montée en compétence et en qualité de service.

Plusieurs MDPH développent par ailleurs la polyvalence des agents. Celle-ci est jugée bénéfique pour la continuité du service, car elle permet à l'organisation de s'adapter aux besoins et aux demandes dans des périodes de tensions (en cas de congés ou d'absence); elle favorise également la cohésion des équipes et est jugée positive pour le bien-être des agents.

Ainsi, des agents d'accueil ont pu développer d'autres compétences ou qualités utiles dans leur mission d'accueil et de renseignement : compétences d'instruction pour accélérer l'enregistrement des demandes et leur notification (Loire), missions de gestion du site internet, des recours contentieux ou du fonds départemental de compensation, ou encore missions statistiques (Eure). Sur certains territoires, il n'existe pas d'équipe dédiée à l'accueil (Côte-d'Or).

MDPH des Côtes-d'Armor (22)

Un guide interne des procédures d'accueil a été élaboré afin de fiabiliser et d'harmoniser les réponses apportées à l'usager. Des fiches explicatives des différentes compensations relevant de la MDPH ont été élaborées à l'intention des usagers et des partenaires : flyer présentant le circuit de la demande reçue par la MDPH, jusqu'à la décision de CDAPH, flyers présentant en terme simple (facile à lire et à comprendre) les différentes compensations relevant de la compétence de la CDAPH. La plaquette présentant la MDPH et ses missions a été mise à jour.

MDPH des Pyrénées-Orientales (66)

La MDPH 66 s'est dotée d'un guide interne des procédures, qui définit l'ensemble des circuits de traitement d'un dossier, tant au niveau de l'évaluation qu'au niveau administratif. Ce guide constitue une référence commune pour l'ensemble des agents de la MDPH. Il nécessite une actualisation régulière en lien avec les évolutions des pratiques internes et les nouveautés législatives et réglementaires. Des groupes de veille ont été constitués à cet effet au sein des missions « accueil des personnes et instruction de leurs demandes » et « évaluation des besoins et accompagnement des personnes ». La définition des procédures a été structurée autour de plusieurs principes fondateurs : la notification de la réception de la demande dans les délais les plus brefs et le traitement des dossiers dans leur globalité. Cela signifie que l'ensemble des demandes sont traitées par la même équipe d'instruction administrative et par la même équipe d'évaluation. La détermination du mode de traitement du dossier dans sa globalité se fait selon une clé d'entrée correspondant à la demande considérée comme principale entraînant ainsi le même traitement pour l'ensemble des demandes du dossier ; l'articulation des équipes d'instruction administratives et des équipes pluridisciplinaires autour de clés d'entrées communes : chaque équipe d'instruction travaille en relation avec une, voire plusieurs équipes pluridisciplinaires identifiées. Cela permet l'instauration de méthodes de travail partagées entre équipes administratives et équipes d'évaluation ainsi qu'une plus grande fluidité dans les relations entre équipes.

3. L'instruction des demandes

La mission d'instruction des demandes est pilotée de manière à concilier les objectifs de réduction des délais et de qualité de service.

Les services d'instruction polyvalents : une organisation qui se développe

La majorité des MDPH privilégient une structuration de l'instruction en services ou pôles identifiés par catégorie d'âge (pôle adultes, pôle enfants) et/ou types de demandes.

Toutefois, le développement de services ou d'instructeurs polyvalents entre l'instruction, l'évaluation et l'élaboration des réponses pour tous types de demandes et tous types de secteurs est réel.

Lorsqu'elles sont mises en place, ces organisations sont jugées pertinentes, car elles favorisent :

- l'adaptabilité et la réactivité des services, en particulier lors des pics d'activité propres au secteur enfants et liés au calendrier scolaire ;
- une meilleure répartition de la charge de travail entre les secteurs adultes et enfants.

La polyvalence bénéficie également aux professionnels qui disposent ainsi d'une diversité de missions.

MDPH de l'Aisne (02)

Le pôle accès aux droits a engagé en 2015 tout un travail d'accompagnement et de tutorat, permettant d'introduire davantage de polyvalence dans le traitement des dossiers. Ainsi la majorité des gestionnaires sont désormais en capacité de traiter des dossiers enfants et adultes, ce qui permet d'ajuster les moyens nécessaires notamment lors de l'arrivée massive des dossiers enfants à la fin du premier trimestre de l'année civile. Par ailleurs, un relais a été pensé sur les dossiers 16-26 ans, nécessitant une technicité particulière d'articulation des dispositifs enfants et adultes.

MPDH des Hautes-Pyrénées (65)

Afin d'harmoniser les pratiques, de mutualiser les compétences et de favoriser la cohésion d'équipe, la direction de la MDPH, en accord avec les équipes, a fait le choix en novembre 2015 de réunir les agents (instructeurs et évaluateurs) des pôles enfant et adulte en un seul et même service « Droits et Prestations » sous l'encadrement d'une seule chef de service pour un management unique. L'approche par processus a été l'option stratégique managériale choisie pour répondre aux besoins du contexte [...]. Il s'agissait aussi d'optimiser l'organisation et de simplifier les procédures pour améliorer le traitement des dossiers adulte.

L'instructeur : un rôle central dans le suivi de la demande

Les agents instructeurs réceptionnent les formulaires reçus à l'accueil, enregistrent les demandes, assurent le suivi des dossiers. Ils gèrent les dossiers de la demande de pièces à la notification de décision.

Ce positionnement au centre du processus leur confère un rôle central qui fait souvent de l'instructeur l'interlocuteur privilégié de l'utilisateur. En Ile-et-Vilaine, la constitution de binômes d'instructeurs permet de pallier l'absence de l'un ou de l'autre.

À noter : un véritable enrichissement mutuel naît des échanges entre les instructeurs et les équipes d'évaluation.

MDPH d'Ile-et-Vilaine (35)

Depuis 2012, une organisation en binôme a été mise en place. Elle présente l'avantage de garantir à l'utilisateur le traitement de sa demande en l'absence de l'agent instructeur qui gère son dossier.

MDPH du Gard (30)

Suite à une période d'expérimentation, la participation des agents instructeurs aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation est devenue opérationnelle. Cela a permis de raccourcir les circuits de traitement notamment pour les évaluations médicales et les demandes de PCH, d'avoir un traitement plus fluide des dossiers en attente de passage en CDAPH, et enfin, une montée en compétence utile sur les temps d'accueil physique et téléphonique des usagers.

MDPH de l'Essonne (91)

Afin de les y sensibiliser, les instructeurs ont tous participé au moins une fois à une CDAPH leur permettant de mieux cerner la finalité de leur mission. Chaque instructeur jeune participe désormais à l'évaluation des dossiers concernant les prestations jeune (hors scolarité) en binôme avec un médecin. Il prépare en amont un support et lui présente lors de l'EPE [équipe pluridisciplinaire d'évaluation]. Pour l'évaluation, un travail de collaboration avec l'instruction a été mis en place pour les évaluations AEEH dont les dossiers comprennent de nombreuses pièces justificatives. Avec le service instruction, le déploiement des EPE prestations a permis un appui administratif précieux pour les médecins évaluateurs.

Le temps de l'instruction : concilier réactivité et qualité du traitement

Les délais de traitement des demandes sont variables entre MDPH. La moyenne se situe à quatre mois, conformément au délai prévu dans le cadre de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

Elle masque toutefois des disparités entre demandes, le plus souvent liées à la complexité de la situation de la personne. Le temps de l'instruction peut ainsi aller de quinze jours, pour les dossiers les plus simples, à dix mois pour certains dossiers complexes. Les autres facteurs ayant un impact sur ces délais sont :

- la pression exercée par l'augmentation du nombre de demandes ;
- la réduction du stock et du retard accumulé, qualifié de « retard chronique » par certaines MDPH ;
- l'incomplétude des dossiers et en particulier des certificats médicaux ;
- la complexité de l'évaluation de la demande (adaptation du logement, demandes d'orientations scolaires ou professionnelles, situations individuelles complexes) ;
- l'objectif d'amélioration qualitative du traitement des demandes.

Les MDPH sont inscrites dans la mise en œuvre opérationnelle d'évolutions organisationnelles, d'outillage (en particulier en matière de système d'information) et d'actions de simplification de manière à remplir leurs objectifs de réduction du délai d'instruction des demandes.

Les leviers utilisés concernent par exemple :

- la simplification des procédures et l'intégration de l'instruction numérique des dossiers ;
- l'organisation de circuits différenciés identifiant les demandes complexes.

MDPH de l'Aisne (02)

Le délai moyen de traitement d'un dossier est de quatre mois. L'augmentation puis la stabilisation du délai observé sur les cinq dernières années sont la conséquence de l'augmentation du nombre de demandes déposées, combinée à une stagnation des moyens humains de la MDPH. Afin de garantir le maintien de ces délais, la MDPH est en constante recherche de rationalisation de ses procédures tout en préservant la qualité du service rendu.

MDPH de Savoie (73)

Le délai moyen de traitement des demandes adultes reste relativement stable en enregistrant seulement une légère augmentation en 2015 : 3,6 mois contre 3,4 mois en 2014. En revanche, le délai moyen de traitement des demandes enfants baisse significativement en passant de 4 mois en 2014 à 2,5 mois en 2015. L'assimilation des procédures d'instruction numérique des dossiers par les instructeurs ainsi que la simplification des procédures ont permis de revenir à des délais satisfaisants.

MDPH de l'Essonne (91)

En 2015, les circuits informatiques de transmission des demandes aux évaluateurs ont été totalement repensés permettant de créer des flux différenciés en fonction des priorités données. Ces évolutions, formalisées et suivies par les instructeurs, ont notamment permis d'améliorer les délais de traitement.

MDPH de Tarn-et-Garonne (82)

Il faut souligner que les dossiers déposés sont de plus en plus complexes et justifient un temps d'instruction de plus en plus long. Il faut également tenir compte du contexte d'évolution des demandes avec des moyens humains constants auquel s'ajoutent les périodes de congés annuels, des dysfonctionnements ponctuels ou durables (périodes d'absences diverses, problématiques du système informatique...). Les demandes de PCH et d'ACTP [allocation compensatrice pour tierce personne] sont les plus longues à traiter. Elles requièrent une technicité particulière et l'intervention à domicile d'une infirmière pour les demandes d'aides humaines et/ou d'un ergothérapeute dans le cas de demandes d'aménagement du logement, afin d'évaluer les besoins de l'utilisateur dans son environnement.

MDPH du Cher (18)

Les demandes nécessitant l'intervention de l'ergothérapeute de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH connaissent un délai de traitement majoré, en lien avec la charge de travail de ce poste. Le traitement d'une demande d'adaptation de logement peut dépasser six mois en fonction de la complexité de la demande et des documents intermédiaires à produire : devis, étude de l'admissibilité à l'ANAH [Agence nationale de l'habitat]... Le délai moyen de traitement reste important pour les demandes d'orientations et de formation professionnelles, du fait des étapes indispensables à mettre en place pour construire le projet professionnel avec la personne, à travers la rencontre avec différents professionnels : médecins, conseillers handicap, psychologues du travail...

4. Le processus d'évaluation : une organisation pluridisciplinaire et partenariale qui se spécialise

Le processus d'évaluation des besoins est organisé au sein d'équipes pluridisciplinaires (EP) de manière globale et intègre les dimensions éducative, sociale, pédagogique, sanitaire, soignante ou encore rééducative.

Les équipes pluridisciplinaires sont élargies pour organiser la collaboration avec des professionnels extérieurs afin de prendre en compte certaines problématiques spécifiques (psychiatres, spécialistes de l'insertion professionnelle, centres de ressources autisme...).

L'organisation permet d'offrir une réponse experte aux usagers

La plupart des MDPH se sont mises en ordre de marche pour organiser leur service d'évaluation de façon à optimiser le traitement des demandes des usagers et à aboutir à une plus grande spécialisation des réponses.

Une grande majorité des MDPH a ainsi créé des équipes pluridisciplinaires spécifiques à certaines situations et demandes : psychiatrie, troubles du spectre de l'autisme (TSA), scolarité, orientations professionnelles, orientations enfants ou encore équipes AAH/PCH/AEEH.

Si les catégories adoptées diffèrent entre MDPH, elles témoignent d'un objectif partagé d'améliorer la pertinence de la réponse à l'issue d'une évaluation experte des besoins.

MDPH du Doubs (25)

EP [équipe pluridisciplinaire] insertion professionnelle, EP milieu protégé, EP orientée déficience psychique, EP orientation, EP RSDAE [restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi], EP ergothérapie, EP recours gracieux, EP AEEH, EP scolaires, EP scolaires restreintes.

MDPH de l'Yonne (89)

La MDPH compte six EPE : EPE enfant interne, EPE enfant élargie scolarité, EPE adulte interne (PCH, AAH, orientation adulte, cartes), EPE professionnelle interne (AAH, RQTH [reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé]), EPE professionnelle psy et EPE professionnelle élargie.

MDPH de la Haute-Garonne (31)

En fonction des besoins des personnes, trois modalités d'intervention sont organisées : [le] premier niveau étudie toutes les demandes. Si la situation requiert une expertise spécifique, le dossier est présenté vers une composante de deuxième niveau ; [le] deuxième niveau intervient pour les situations complexes et les besoins d'expertise spécialisée ; et [un] troisième niveau pour les situations critiques qui nécessitent un maillage étroit avec divers partenaires et la formalisation de plans d'accompagnement globaux. Les évaluations en lien direct avec les usagers sont des temps particulièrement riches qui permettent de mettre en perspective les attentes de l'usager, au regard de son projet de vie, de son handicap, de ses restrictions et de son contexte de vie.

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

Elles sont mises en place pour assurer le bon niveau d'expertise et de partenariat autour des projets scolaires et d'insertion professionnelle des jeunes.

Elles sont composées d'enseignants-référents de l'Éducation nationale, de psychologues scolaires, de représentants des centres de formation des apprentis spécialisés, de conseillers d'orientation professionnelle, de la mission locale ou encore de Pôle Emploi. Cette composition diffère selon les territoires.

MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)

Une réorganisation de l'évaluation pour les demandes concernant les 16-25 ans est engagée afin de consacrer les compétences et les ressources optimales de l'équipe pluridisciplinaire à l'évaluation des demandes dans ces périodes souvent déterminantes pour les projets de vie des personnes.

MDA de la Manche (50)

L'ensemble des dossiers 16-25 ans est traité dorénavant sur le site Saint-Lois exclusivement, pour faciliter cohérence et harmonie de pratiques avec le pôle évaluation.

La logique partenariale de l'évaluation se renforce

Les MDPH s'appuient sur un réseau de partenaires pour améliorer les évaluations : Pôle Emploi, conseillers en insertion, référents de scolarisation, établissements, médecins et psychiatres, professionnels du médico-social ou encore de l'Éducation nationale sont ainsi mobilisés :

- par convention ou collaboration informelle avec des organisations extérieures ;
- par contrats de vacance de professionnels spécifiques (psychiatres par exemple).

MDPSH de l'Ariège (09)

Les échanges de l'équipe pluridisciplinaire sont complétés et étayés par les avis des partenaires : travailleurs sociaux, conseillers en insertion, référents de scolarisation, établissements, médecins et psychiatres. POPS : la psychologue de Pôle Emploi complète l'évaluation pluridisciplinaire en participant à la réunion de l'équipe de la MDPSH.

MDPH des Pyrénées-Atlantiques (64)

En partenariat avec le CRA [centre de ressources autisme], Autisme France et différents praticiens, la MDPH a mis en place une équipe pluridisciplinaire spécialisée pour examiner les situations des personnes avec autisme.

MDPH de la Creuse (23)

La MDPH a conclu une convention pour l'évaluation de l'éligibilité à la PCH avec : le conseil départemental, le centre de rééducation et [de] réadaptation fonctionnelle de Noth (23) pour des personnes hospitalisées. Il existe une convention pour le recueil d'éléments avec : le conseil départemental (AAH, AEEH), Pôle Emploi, (accès au DUDE [dossier unique du demandeur d'emploi]), Cap Emploi, l'Éducation nationale, l'APSAH [Association pour la promotion sociale des aveugles et autres handicapés], CRA. Il existe un partenariat de fait, pour le recueil d'éléments, hors convention formalisée avec : l'ensemble des SAAD [service d'aide à domicile] et des SSIAD [service de soins infirmiers à domicile] du département, l'ensemble des ESMS du département, la CARSAT [caisse d'assurance retraite et de la santé au travail], la MSA [Mutualité sociale agricole], les services de tutelles, la psychiatrie adulte. La fiche de liaison avec les médecines du travail est de plus en plus utilisée ainsi que celle des conseillers Pôle Emploi. L'objectif d'établir un partenariat plus construit avec la pédopsychiatrie, le CMPP [centre médico-psychopédagogique] et le CAMSP [centre d'action médico-sociale précoce] n'a pas été finalisé et reste d'actualité.

Des organisations pensées pour optimiser le temps de l'évaluation et pour l'adapter à chaque situation

L'optimisation des processus passe par la mise en place d'outils permettant :

- de différencier de manière objective les demandes simples ou complexes, urgentes ou classiques ;
- d'adapter le circuit d'évaluation et de décision en fonction des situations rencontrées.

L'optimisation des circuits est réalisée de différentes façons :

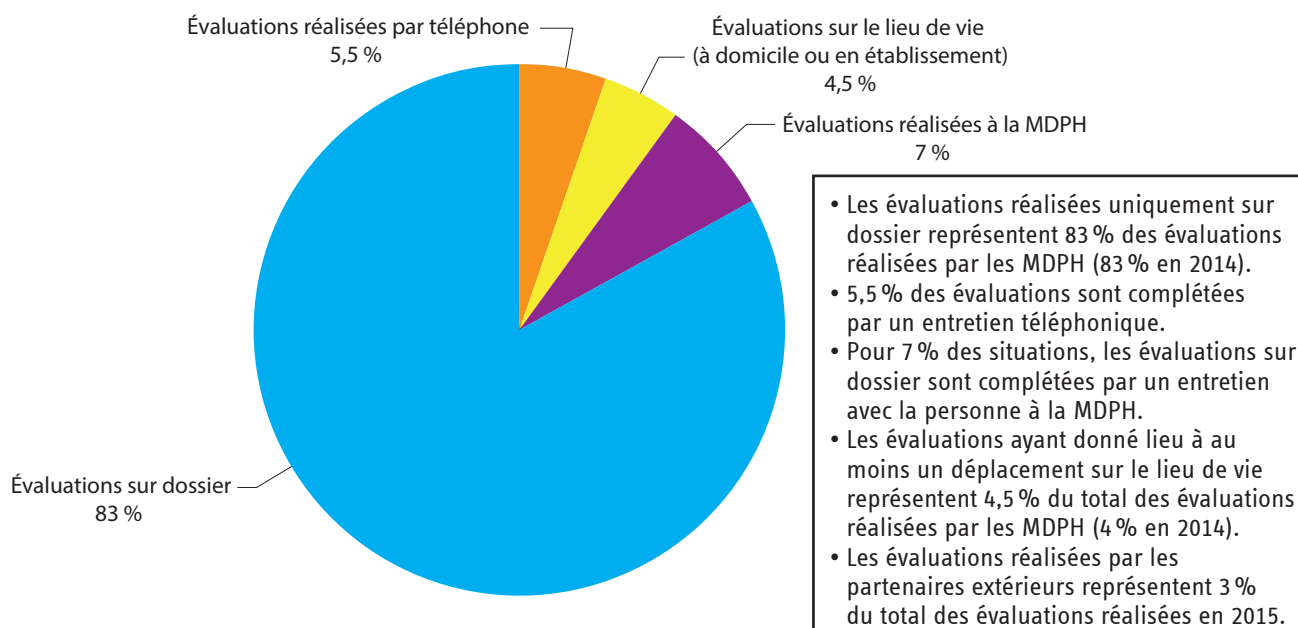
- pré-tri des dossiers ;
- mise en place de fiches simplifiées à renseigner par l'utilisateur ;
- préorientations ou pré-évaluations ;
- évaluations simples traitées sans équipe pluridisciplinaire (dans l'Aisne par exemple) ou par une équipe d'évaluateurs restreinte (binômes d'évaluateurs dans plusieurs MDPH).

À noter : la majorité des évaluations se font sur dossier, sans visite à domicile.

En 2015, sur un échantillon de cinquante-sept MDPH, 83 % des évaluations se font sur dossier, en même proportion qu'en 2014. Les évaluations ayant donné lieu à au moins un déplacement sur le lieu de vie représentent 4,5 % des évaluations réalisées par les MDPH. La part des évaluations sur dossier complétées d'un entretien avec la personne à la MDPH reste à 7 %.

Répartition des modes d'évaluation en 2015

Échantillon : 57 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

MDPH de la Charente-Maritime (17)

Compte tenu de l'importance de leur volume, un circuit spécifique a été mis en place pour les dossiers comprenant uniquement des demandes de cartes. Ils sont évalués par un médecin, et sur des plages déterminées dans le planning de l'EPD, pour assurer une régularité dans le traitement de ces dossiers qui génèrent beaucoup d'appels téléphoniques de relance de la part des usagers.

MDPH de l'Indre (36)

Compte tenu du volume des demandes déposées et de leur nature très différente (première demande ou renouvellement ; une ou plusieurs demandes), les modalités d'évaluation sont différenciées : certaines sont réalisées sur dossier, d'autres nécessitent des consultations médicales, des entretiens à la MDPH ou des visites à domicile avec plusieurs professionnels.

MDPSH de l'Ariège (09)

Les instances de « préorientation » ont été systématisées pour tous les dossiers adultes afin de permettre un traitement plus rapide des dossiers faisant consensus. Cela a permis de rencontrer les bénéficiaires plus rapidement après le dépôt du dossier. Ces préorientations ont été élargies depuis septembre 2015 aux dossiers enfants. Les demandes de recours gracieux font l'objet d'une instruction spécifique: une EP élargie dédiée aux recours gracieux a été instauré une fois par mois (et plus si besoin), qui permet à l'ensemble de l'EP de se questionner sur la suite à donner à ces recours (convocation bénéficiaire, éléments médicaux complémentaires...)

MDPH de la Guadeloupe (971)

Le traitement de dossiers à partir de listes (personnes sous tutelle, indus CAF, urgences, signalements divers...) permet de répondre à des demandes urgentes. L'activation des deux autres équipes a permis de résoudre les nombreux cas de rupture de droits, de réclamations ainsi que les situations les plus compliquées.

MDPH de l'Aude (11)

Le pré-tri et la pré-évaluation ont été développés afin d'identifier des circuits courts sécurisés juridiquement pour les accords et rejets évidents. Des circuits courts ont été mis en place pour les CES [carte européenne de stationnement], les RQTH seules, les cartes, les demandes d'AAH avec un taux inférieur à 50 % et supérieur à 80 %.

Un enjeu stratégique : la formation des évaluateurs

Les formations aux outils continuent de se déployer. En 2015, elles ont par exemple porté sur :

- le guide-barème de cotation du taux d'incapacité ;
- l'évaluation de l'AAH RSDAE ;
- l'évaluation de la PCH ;
- la tarification et ses outils.

Elles sont réalisées :

- en interne par un médecin coordonnateur ;
- en externe *via* la participation à des colloques, séminaires ou journées portes ouvertes des établissements et services médico-sociaux.

Au-delà de dispositifs de formation « classiques », les temps d'échange et de réflexion sur les pratiques se développent. Ces temps ont vocation à consolider les compétences des professionnels en s'appuyant sur leurs pratiques et sur celles de leurs pairs.

Un partenariat entre la CNSA et le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) permet de renforcer la qualité et l'accès à la formation des professionnels des MDPH.

MDPH de la Meuse (55)

Il est à noter qu'en Meuse, au regard du très faible temps de travail médical, tous les personnels d'évaluation non médecins ont été formés (par un médecin) à l'utilisation du guide-barème pour l'évaluation du taux d'incapacité et sont en mesure, au même titre que les médecins et avec leur éclairage au besoin, de déterminer l'incidence du handicap sur la vie quotidienne de la personne.

MDPH de Seine-et-Marne (77)

Des formations internes, d'une quinzaine d'heures au total, ont été assurées aux membres de l'équipe pluridisciplinaire, en mixant les professionnels à chaque session, par le médecin coordonnateur. Ces formations sont basées sur les supports de la CNSA. Les thèmes abordés ont porté sur le guide-barème de cotation du taux d'incapacité, l'évaluation de l'AAH RSDAE et la PCH. Enfin, des temps de formation ont eu lieu pour des thématiques spécifiques, notamment : la tarification et ses outils, animer et se positionner en CDA. La formation continue des professionnels est consolidée par leur participation à des colloques, séminaires et journées portes ouvertes d'établissements et services médico-sociaux. Les travailleurs sociaux ont été saisis majoritairement par les quatre pôles principaux de l'équipe pluridisciplinaire.

MDPH de l'Aveyron (12)

En dehors des temps d'évaluation hebdomadaires ou mensuels, l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire MDPH se retrouve, sous l'égide du coordonnateur, tous les mois, pour des réflexions sur les pratiques, l'organisation, et le développement d'une culture commune. Lors de ces réunions sont également conduites des réflexions sur les outils mis à disposition par la CNSA et sur les informations diffusées par le coordonnateur. Ces temps consacrés à l'information et à la formation des professionnels des équipes pluridisciplinaires, sous différentes formes, sont essentiels pour développer et consolider leurs compétences, pour maintenir la qualité des évaluations, la pertinence de leur proposition de compensation et pour la mission de référence sur le champ du handicap au niveau départemental que doit assurer la MDPH. On peut cependant souligner la faiblesse des propositions de stages de formation pertinents pour les équipes.

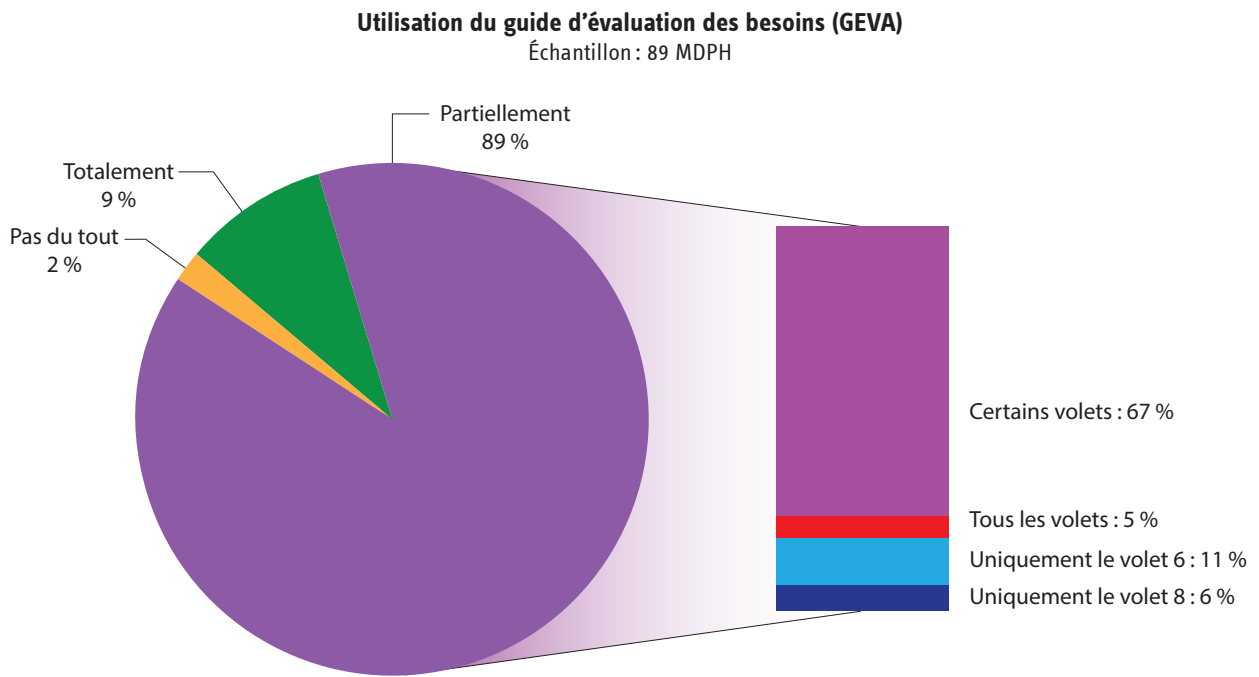
Utilisation et appropriation des outils proposés par la CNSA

Les rapports d'activité 2015 témoignent d'une utilisation large des outils développés par la CNSA :

- GEVA et GEVA-Sco ;
- arbres de décisions (restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi par exemple) ;
- guides : *Troubles Dys. Guide d'appui pour l'élaboration des réponses aux besoins des personnes* (décembre 2014) ; *Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées* (juin 2013).

Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) constitue la référence réglementaire d'évaluation depuis le décret du 6 février 2008 et l'arrêté publié le 6 mai 2008. Ni mesure quantifiée du handicap ni mesure d'éligibilité, le GEVA constitue le support à cette démarche et permet d'explorer avec la personne handicapée ou son représentant légal les dimensions nécessaires à l'évaluation des besoins dans différents domaines (professionnel, scolaire, médical, environnemental...).

Ainsi, sur un échantillon de quatre-vingt-neuf MDPH, la quasi-totalité utilise le GEVA, mais cette utilisation est partielle pour 89 % d'entre elles. 67 % des MDPH utilisent certains volets¹; 11 % utilisent uniquement le volet 6; 5 % utilisent tous les volets, mais pour certaines demandes seulement; et 6 % des MDPH utilisent seulement le volet 8.



- La quasi-totalité des MDPH ayant répondu à l'enquête utilisent le GEVA.
- 89 % d'entre elles l'utilisent partiellement et 9 % totalement.
- Lorsqu'elles utilisent le GEVA partiellement, 67 % des MDPH utilisent certains volets du GEVA, 5 % des MDPH l'utilisent pour tous les volets, 11 % uniquement pour le volet 6 et 6 % pour le volet 8.

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

En sus du GEVA, de nombreuses MDPH déclarent avoir développé des outils en interne (arbres de décision par exemple), adapté les outils existants (GEVA ou autre) ou bénéficier des outils de leurs partenaires (DUDE de Pôle Emploi par exemple).

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

MDPH des Pyrénées-Orientales (66)

Les outils internes à la MDPH 66 : des outils d'aide à la décision qui constituent des procédures d'évaluations thématiques (détermination du taux d'incapacité, scolarisation, orientation professionnelle, prestation de compensation, orientation) ; les fiches de synthèse : ces fiches permettent à l'évaluateur de rédiger la synthèse de la situation de la personne et d'émettre des propositions à la CDAPH dans un plan personnalisé de compensation. Ces fiches servent aussi de support à la présentation des situations en CDAPH.

La formalisation de plans personnalisés de compensation reste un défi pour les MDPH

Si la majorité des rapports d'activité ne font pas état de la part des situations examinées par la MDPH ayant fait l'objet d'un plan personnalisé de compensation (PPC), il ressort de l'analyse de ces derniers que les demandes formulées à la MDPH ne font pas systématiquement l'objet d'un PPC. Ainsi certaines MDPH n'envoient-elles pas de PPC lors d'un renouvellement des droits à l'identique ou lors de l'attribution d'une simple carte de stationnement, par exemple.

Toutefois, les situations les plus complexes et charnières, en particulier celles des enfants et des adolescents, font l'objet d'une attention accrue de la part des MDPH.

La majorité d'entre elles ont structuré le processus de réalisation des PPC et défini, au choix :

- le format du PPC ;
- les conditions de sélection des situations pour lesquelles la rédaction d'un PPC s'avère indispensable. On observe également la réalisation d'un PPC dès lors qu'il y a eu un refus de PCH lors de la réalisation des projets personnalisés de scolarisation (PPS) ou encore, plus rarement, lorsqu'une orientation en service médico-social est prévue (SAVS – service d'accompagnement à la vie sociale, SAMSAH – service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) ;
- les modalités de réalisation du PPC et l'implication de l'utilisateur dans cette démarche ;
- les règles d'envoi des PPC et PPS pour soumission aux usagers (quinze jours avant la CDAPH dans de nombreux cas, parfois après la CDAPH) ;
- les modalités de prise en compte des retours « usagers » (avis et commentaires, validation, participation à la CDAPH).

Si l'information du PPC est bien avancée dans de nombreuses MDPH qui témoignent de gains d'efficacité (liés notamment aux envois), elle n'est pas majoritaire.

Le caractère non automatisé de la saisie des documents est identifié comme un frein à leur diffusion aux usagers et à la généralisation des PPC (temps important de saisie) par de nombreuses MDPH. Les MDPH soulignent également les difficultés d'informatisation du projet personnalisé de scolarisation (PPS), qui est une composante du PPC et qui répond désormais à un modèle unique, depuis l'arrêté du 6 février 2015.

Le référentiel de mission et de qualité de service des MDPH accorde une place importante à l'élaboration des PPC. Il est notamment attendu des MDPH qu'elles identifient dans les procédures des publics cibles pour l'envoi des propositions de l'équipe pluridisciplinaire à l'utilisateur.

MDPH de la Meuse (55)

À ce jour, notre éditeur de logiciel n'est pas en mesure de nous fournir un document finalisé, utilisable en génération automatique. Un document « maison », conforme aux mentions réglementaires, a donc été intégré à notre système d'information, mais là encore, beaucoup de champs doivent être complétés manuellement, par le biais de menus déroulants intégrés au document Word (mais pas au logiciel métier). Ce document ne donne pas aujourd'hui pleine satisfaction. Aussi a-t-il été décidé, pour le moment, d'adresser ce PPS aux seules familles pour lesquelles les propositions de l'équipe pluridisciplinaire diffèrent des demandes expresses formulées lors du dépôt du dossier. La généralisation du PPS ne pourra être que progressive et fonction des outils dont la MDPH disposera (ou pas) dans l'avenir. Ces PPC permettent dans le même temps d'aviser la personne handicapée de la date de passage de son dossier devant la commission et d'ainsi lui permettre de faire connaître à la MDPH son éventuel souhait d'être entendu.

MDPH de l'Orne (61)

Ce PPS ne peut être rédigé par notre système informatique, il est donc fait « manuellement » sous Word et nécessite un temps important de saisie.

MDPH de la Dordogne (24)

Un PPC est élaboré pour les demandes de PCH et celles concernant les enfants. En revanche, compte tenu du volume des demandes et des délais de traitement déjà très longs, cette démarche n'est pas possible pour les autres demandes. Cependant, pour les demandes complexes, des entretiens sociaux et/ou professionnels peuvent être proposés permettant d'explicitier les propositions de la MDPH.

MDPH du Vaucluse (84)

D'une façon générale, le PPC n'est envoyé que dans la mesure où la proposition de l'équipe d'évaluation peut conduire à une décision moins favorable que la décision antérieure ou lorsque cette proposition n'est pas conforme à la demande de la famille. Cette règle est davantage appliquée pour les demandes du secteur enfants.

MDPH de Guyane (973)

Le plan de compensation se décline sous la forme d'un volet de base, balayant l'ensemble des besoins et des réponses proposés par l'EP. S'agissant de la PCH, il est détaillé pour le volet aide humaine, la répartition du temps nécessaire à la réalisation des actes de la vie quotidienne. Pour les volets de 2 à 5, il est mentionné le nom de tous les éléments, le montant des devis, le montant PCH et reste à charge.

MDPH du Val-d'Oise (95)

Impact de la numérisation : rédaction d'une fiche de propositions comprenant une synthèse du plan personnalisé de compensation et accompagnée d'un argumentaire et communication de cette fiche sous format électronique, par le biais de la GED [gestion électronique des documents], au sein de l'équipe pluridisciplinaire et avec l'ensemble des services concernés.

L'informatisation du processus d'évaluation progresse

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

En 2015, quatre-vingt-douze MDPH ont répondu à la question sur la pratique du codage des déficiences parmi les quatre-vingt-seize MDPH ayant répondu à l'enquête. Cinquante MDPH sur quatre-vingt-douze indiquent coder les déficiences. Parmi ces cinquante MDPH, quinze déclarent coder pour tous les dossiers et trente-cinq pour certains dossiers.

Pour certaines, le codage est partiel, pour d'autres, il est assuré sur la totalité du flux des personnes qui déposent une demande à la MDPH.

Dans le premier cas, les MDPH ont choisi de cibler un public selon un critère précis : par exemple, le public orienté en ESMS, les enfants, la tranche des 16-25 ans. Dans le second cas, le codage est intégré dans le flux de traitement.

5. La décision en CDAPH : un processus rénové en 2015 à la faveur du renouvellement des instances

Renouvellement et organisation des CDAPH

L'année 2015, en raison des élections départementales du mois de mars 2015, a été marquée par le renouvellement des instances des MDPH et notamment des CDAPH, ce qui a eu un impact sur leur activité.

De nouveaux règlements intérieurs ont été adoptés, rénovant ainsi les circuits décisionnels. Les objectifs poursuivis ont porté sur la simplification et, souvent, sur une structuration des CDAPH plus thématisée.

Le format, les conditions et les modalités de réunion varient d'une MDPH à l'autre, mais l'on retrouve généralement la distinction suivante :

- des formations plénières : elles examinent le plus souvent les premières demandes, les demandes des enfants, les orientations et les demandes d'AVS. Dans certaines MDPH, la formation plénière est spécialisée ou thématique. Par exemple, trois CDAPH plénières professionnelles, scolaires et vie quotidienne coexistent dans le Pas-de-Calais ; en Indre-et-Loire, des CDAPH plénières spécialisées par âge (enfance, 16-25, adultes) sont organisées ;
- des CDAPH « simplifiées », « restreintes » ou « locales », selon les dénominations : leur fonctionnement et leur périmètre sont différents selon les MDPH. On observe parfois la coexistence d'une CDA plénière généraliste, de CDA plénières spécialisées et de CDA locales. Dans l'Aveyron, les CDAPH locales sont mandatées par la CDAPH plénière. En Guadeloupe et en Meurthe-et-Moselle, ces CDAPH n'ont pas de pouvoir décisionnel et n'agissent que pour préparer les décisions de la CDAPH plénière.

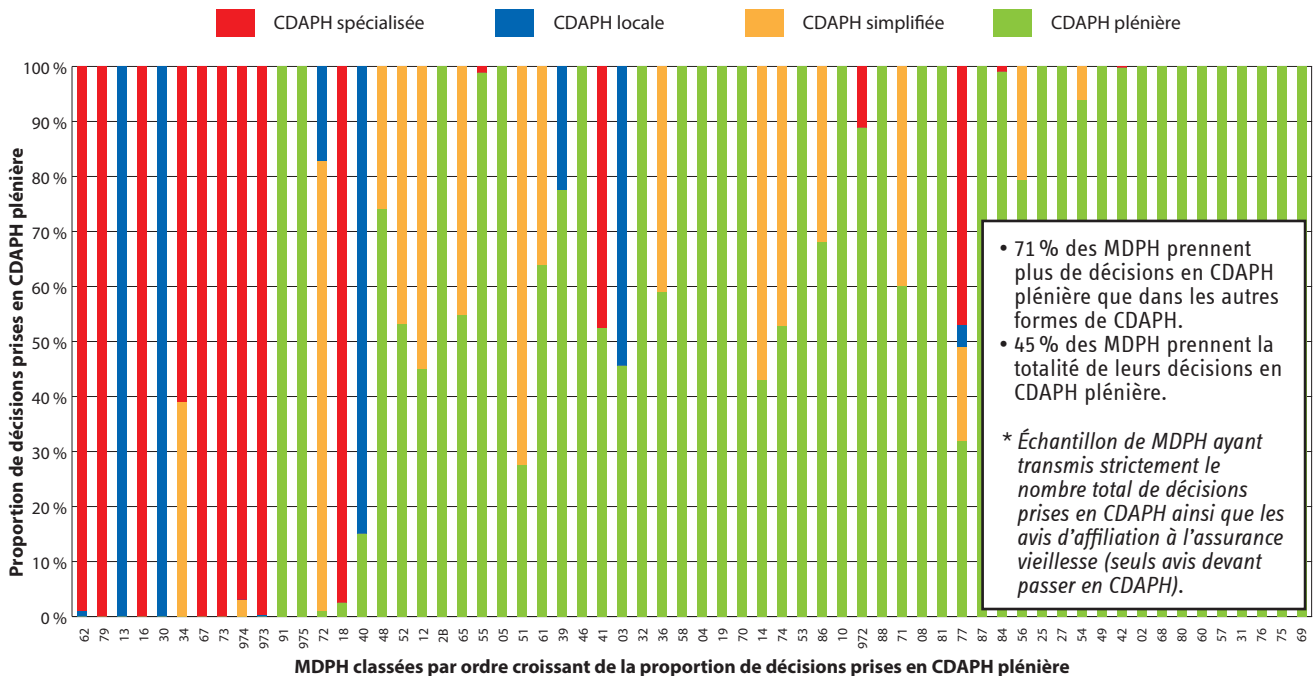
Dans cette situation, il faut noter que le *quorum* pour prendre une décision est plus difficile à atteindre.

Enfin, dans certains territoires, des commissions préparatoires à la CDAPH sont organisées.

Sur un échantillon de soixante-deux MDPH, 71 % d'entre elles prennent plus de décisions en CDAPH plénière que dans les autres formations de CDAPH, et 45 % des MDPH prennent la totalité de leurs décisions en CDAPH plénière.

Part des décisions prises selon la nature de la CDAPH en 2015

Échantillon : 62 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

L'examen des demandes se fait sur dossier (examen approfondi) ou par liste. L'examen par liste semble être privilégié dès lors qu'il s'agit de droits pour lesquels l'accès est simplifié. L'audition de la personne handicapée en CDAPH est rare.

Différents outils peuvent appuyer la présentation des dossiers: GEVA dossier dans la Manche, tableau récapitulatif, ordres du jour ou encore copie des propositions de PPC.

MDA de la Manche (50)

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

MDPH de la Haute-Vienne (87)

Chaque membre a à disposition quatre ordres du jour complets dans la salle. Chaque membre se voit remettre un tableau récapitulatif du nombre de propositions de l'EP par type de prestation, un ordre du jour comprenant les personnes qui seront entendues ainsi que les dossiers présentés, une copie de tous les PPC proposés dans le cadre de la PCH ainsi qu'un ordre du jour complet pour les CDAPH à dominante enfants. Une pochette de documentation a été créée pour chaque membre.

L'activité des CDAPH s'accroît

Les MDPH notent une augmentation du nombre de réunions des CDAPH, de décisions et d'avis rendus.

À titre d'illustration, les MDPH évoquent entre 10 000 à 76 000 décisions prises en 2015 sur une échelle de 20 à 136 réunions annuelles.

Ces chiffres sont à lire avec précaution. En effet, les données sont très variables selon les territoires et le niveau de territorialisation de la MDPH. De surcroît, une décision ou un avis formulés par la CDAPH peuvent donner lieu à plusieurs courriers de décisions ou d'avis formalisés pour des partenaires différents relativement à un même usager, ce qui rend cette comptabilisation peu fiable.

MDA de la Manche (50)

Entre 2014 et 2015, le nombre des décisions prises par la CDAPH augmente de presque 17%. Depuis la réunion de la COMEX [commission exécutive] du 7 novembre 2014, un nouveau règlement intérieur a été entériné. Il est de nature à alléger les CDAPH plénières (par l'élargissement du nombre de dossiers sur liste et la mise en place de CDA restreintes consacrées à l'orientation scolaire) tout en consacrant le temps nécessaire à l'étude des dossiers et [à] la réception des personnes le souhaitant. Mis en application depuis janvier 2015, le nombre moyen de décisions prises par jour de CDAPH est passé de 440 en 2014 à 717 en 2015.

MDPH du Gers (32)

La COMEX a donné mandat à la CDAPH pour s'organiser, en tant que de besoin, en sections spécialisées, locales ou restreintes non décisionnaires pour accueillir et entendre les demandeurs. Un groupe de travail composé de membres de la CDAPH a été mis en place en fin d'année pour définir les modalités d'organisation.

MDPH de la Sarthe (72)

Dans le même temps, la CDAPH continue de valoriser son activité en 2015 à hauteur de 5,25%. La CDAPH est composée de vingt-trois membres, nommés pour quatre ans. Pour prendre ses décisions, la CDAPH siège en formation plénière (bimensuelles) et en formation restreinte (hebdomadaires). Les dossiers adultes et enfants sont traités de façon différenciée par la CDAPH bien qu'un dossier adulte puisse être présenté à une CDAPH enfants (et inversement) si l'urgence de la décision le nécessite. Ce sont sept CDAPH restreintes « enfants » qui ont été ajoutées sur la période mars-juillet dans le cadre des demandes d'orientations scolaires et d'auxiliaires de vie scolaire. À chaque commission restreinte réunissant les membres de la CDAPH est associée une commission restreinte « sur liste ». Il est, par ailleurs, proposé que les membres de la CDAPH puissent mettre à l'ordre du jour de la CDA plénière une question particulière.

MDPH de la Nièvre (58)

Consécutivement à la hausse des demandes, et afin d'augmenter la capacité de décision, une nouvelle organisation a été mise en place pour accroître le nombre de CDAPH plénières enfance et adulte et restreintes adulte. En 2015, la CDAPH s'est réunie dix-sept demi-journées en plus, soit un total de cinquante et une demi-journées contre trente-quatre en 2014. Elle a rendu 16 193 décisions. Par ailleurs, la présentation de la demande avec audition de la personne handicapée ou de son représentant légal a été développée.

L'information et la participation des usagers aux CDAPH restent à améliorer

Bien que les demandes d'audition des familles et des usagers soient croissantes, l'audition des usagers concerne très peu d'entre eux, avec de fortes disparités entre territoires.

Certaines organisations spécifiques voient le jour pour favoriser l'expression et l'implication des usagers, au travers :

- d'une amélioration de l'information qui leur est adressée (note d'information jointe à la convocation) ;
- d'une prise de contact personnalisée (en Haute-Vienne, le référent insertion scolaire contacte la plupart des familles ayant souhaité être entendues pour apporter des éclaircissements sur des points particuliers) ;
- de réunions spécifiques préparatoires à la CDAPH (dans le Rhône, les usagers peuvent être reçus en CDA préparatoire).

Par ailleurs, il faut noter que l'organisation de commissions spécifiques facilite l'expression de l'utilisateur.

MDPH de l'Ain (01)

La MDPH de l'Ain continue à accueillir un grand nombre d'usagers en CDA, avec 629 personnes reçues en 2015.

MDMPH du Rhône (69)

CDA préparatoire: les usagers, pour la plupart, sont très satisfaits d'avoir été reçus et entendus même si aucune décision ne leur est donnée à la fin de la séance. Les familles apprécient d'avoir la possibilité de se faire accompagner par les professionnels entourant l'enfant. Elles déplorent parfois de ne pas avoir été reçues pour une visite médicale lors de l'instruction du dossier. Des associations portent néanmoins la demande de certains usagers d'être reçus en séance plénière. Cette instance reste une possibilité pour que la famille développe ses besoins, apporte parfois de nouveaux éléments. 70 % des dossiers sont revus par les équipes d'évaluation suite à la proposition de la CDA préparatoire.

La formation et l'appui aux membres de la CDAPH s'organisent

Les membres de la CDA peuvent être accompagnés dans leurs fonctions afin de favoriser l'amélioration continue des pratiques. Des outils sont structurés dans cet objectif :

- remise d'un dossier d'accueil dans l'Aisne ou d'un « kit d'arrivée » dans la Meuse ;
- bulletins d'information ;
- distribution de documentation métier relative au handicap, au PPS, aux enjeux de l'orientation dans plusieurs MDPH ;
- mise en relation avec des ESMS pour la compréhension des types d'accompagnement dans les Pyrénées-Atlantiques ;
- formation annuelle ou pluriannuelle des membres de la CDAPH dans de nombreuses MDPH ;
- temps d'information sur les réformes légales et réglementaires ;
- mise à disposition de classeurs/ressources documentaires.

MDPH de la Guadeloupe (971)

La formation-information de début de séance s'est poursuivie tout au long de l'année afin d'apporter le maximum d'information aux membres pour les prises de décisions (le spectre autistique, les missions de l'ARS, l'inclusion scolaire, le rôle des SAMETH...).

MDPH de la Haute-Marne (52)

Chaque fois que nécessaire, une information est faite oralement à la CDAPH sur les réformes réglementaires. Un classeur est par ailleurs mis à disposition de chaque membre de la CDAPH où il retrouve cette information lors des séances.

Un travail d'élaboration de doctrines et de capitalisation des décisions permet d'améliorer l'équité de traitement des situations

Des échanges entre équipes pluridisciplinaires élargies et CDAPH sont organisés et favorisent la connaissance mutuelle et la compréhension des attentes relatives à la documentation des dossiers. Ils permettent d'affiner l'expertise des uns et des autres sur les conditions d'attribution des allocations.

MDPH du Puy-de-Dôme (63)

Faisant suite à la démarche initiée en 2014 visant à développer une culture commune notamment entre les membres de la CDAPH et ceux des équipes pluridisciplinaires, un groupe de travail a été constitué afin de procéder, sur la base d'un « document martyr » préparé par les services de la MDPH, à une refonte du règlement intérieur de la commission [...]. Deux réunions supplémentaires de concertation [...] ont permis de lever les questionnements qui demeuraient encore en suspens et qui tenaient pour l'essentiel à la définition de modalités de fonctionnement de la CDAPH permettant de concilier au mieux le volume de demandes à statuer, les disponibilités et les attentes parfois divergentes des représentants siégeant en commission et d'évidents impératifs de qualité dans les délibérations de situations individuelles.

MDPH de la Haute-Savoie (74)

Le règlement intérieur de la CDAPH prévoit l'organisation de réunions extraordinaires pour permettre des échanges sur les pratiques et la transmission d'informations en présence des membres titulaires et suppléants de la CDAPH, des professionnels évaluateurs de la MDPH ainsi que des conciliateurs. En 2015, la CDAPH s'est réunie deux fois en séance dite extraordinaire. Une séance a été consacrée à la scolarisation des élèves en situation de handicap et à la présentation des évolutions réglementaires. Cette séance a été l'occasion de clarifier les bénéficiaires, les acteurs et les modalités de mises en œuvre des quatre plans/programmes d'aides qui peuvent être activés en faveur des élèves rencontrant des difficultés dans leur parcours scolaire.

6. Recours, médiation, conciliation : une organisation visant à favoriser les consensus

Lorsque l'utilisateur ou sa famille souhaitent contester la décision émise par la CDAPH, il est possible de déposer un recours ou de demander une conciliation. Les recours sont de deux natures :

- les recours gracieux, instruits par la MDPH ;
- les recours contentieux, instruits par une juridiction extérieure.

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

Dans ce cadre, plusieurs MDPH entretiennent des relations soutenues avec le Défenseur des droits, vers lequel elles peuvent rediriger certaines demandes.

Les recours gracieux et contentieux

La part estimée des décisions ayant fait l'objet d'un recours est de 2,1 % en 2015.

Les recours gracieux représentent une large majorité des recours formulés à l'encontre des décisions des CDAPH. En moyenne, la moitié des MDPH ont moins de 15 % de recours contentieux. La majorité des recours concernent l'AAH et les cartes (de priorité, de stationnement ou d'invalidité).

MDPH du Cher (18)

Les recours gracieux du secteur adulte sont examinés lors d'un point de travail mensuel par un médecin et la responsable du service prestations. Les recours portant sur la PCH adulte sont étudiés lors d'un point d'orientation sociale entre un médecin et la responsable du service compensation adulte. Quant aux recours du secteur enfance, ils sont réétudiés en équipe pluridisciplinaire. En tant que de besoin, une évaluation complémentaire peut être prescrite (visite à domicile, visite médicale...) ou des éléments supplémentaires demandés (comptes rendus opératoires, certificat médical d'un spécialiste...). Ces demandes de recours gracieux sont ensuite présentées lors de la commission des droits et de l'autonomie plénière, les personnes désirant être entendues dans le cadre de leur recours gracieux sont invitées. Pour les situations concernant les projets d'inclusion scolaire ou d'orientations médico-sociales des enfants, une étape supplémentaire d'échange avec la famille peut être proposée [...] en CDA enfance en amont de la CDA plénière.

MDPH de la Drôme (26)

Pour les recours gracieux, il est adressé un AR [accusé de réception]. La personne est alors informée de la possibilité que la demande soit traitée soit en recours gracieux simple (nouvelle étude par l'EP), soit avec intervention d'une personne qualifiée. Elle dispose de quinze jours pour faire connaître son choix. À défaut, le recours sera traité comme recours simple. Les six personnes qualifiées se réunissent mensuellement. Les nouvelles demandes leur sont transmises avec les éléments nécessaires à leur mission. Les rapports établis par les personnes qualifiées sont transmis aux EP pour réévaluation avant l'inscription à l'ordre du jour de la CDAPH. 357 usagers ont déposé 542 demandes de recours simples. 124 usagers ont déposé 227 demandes de recours avec intervention des personnes qualifiées.

La médiation

Conformément à l'obligation légale, les MDPH proposent également une offre de médiation.

La gestion de celle-ci a été structurée de façon différente dans les MDPH et peut être portée par des cellules et des professionnels différents :

- en majorité, elle est portée par une cellule/un pôle de médiation ou des personnes spécifiquement identifiées sur cette fonction (personnes qualifiées, médiateurs...). C'est notamment le cas dans la Manche, la Vienne, la Somme, les Hauts-de-Seine, la Dordogne ou encore Lot-et-Garonne. En Seine-et-Marne, les cellules d'évaluation et de médiation peuvent former des « équipes pluridisciplinaires de la médiation » ;
- les pôles, conseillers ou autres professionnels juridiques (responsable du contentieux, référent litiges, juriste) peuvent également porter ces structures, comme en Essonne, en Maine-et-Loire, dans le Pas-de-Calais, le Haut-Rhin ou l'Aude ;
- quelques MDPH font assurer cette mission à l'encadrement (chefs de service, directeurs ou directeurs adjoint en Vendée, dans le Lot, l'Ain, en Meurthe-et-Moselle, dans la Haute-Saône ou en Eure-et-Loir).

En pratique, la médiation est privilégiée dans le cadre de recours gracieux gérés en direct par la MDPH. La médiation et le recours sont donc régulièrement pris en charge par les mêmes professionnels.

À noter : certaines MDPH mettent en avant le fait que la construction du plan personnalisé d'accompagnement avec les usagers et leurs représentants légaux permet de réduire le nombre de contentieux.

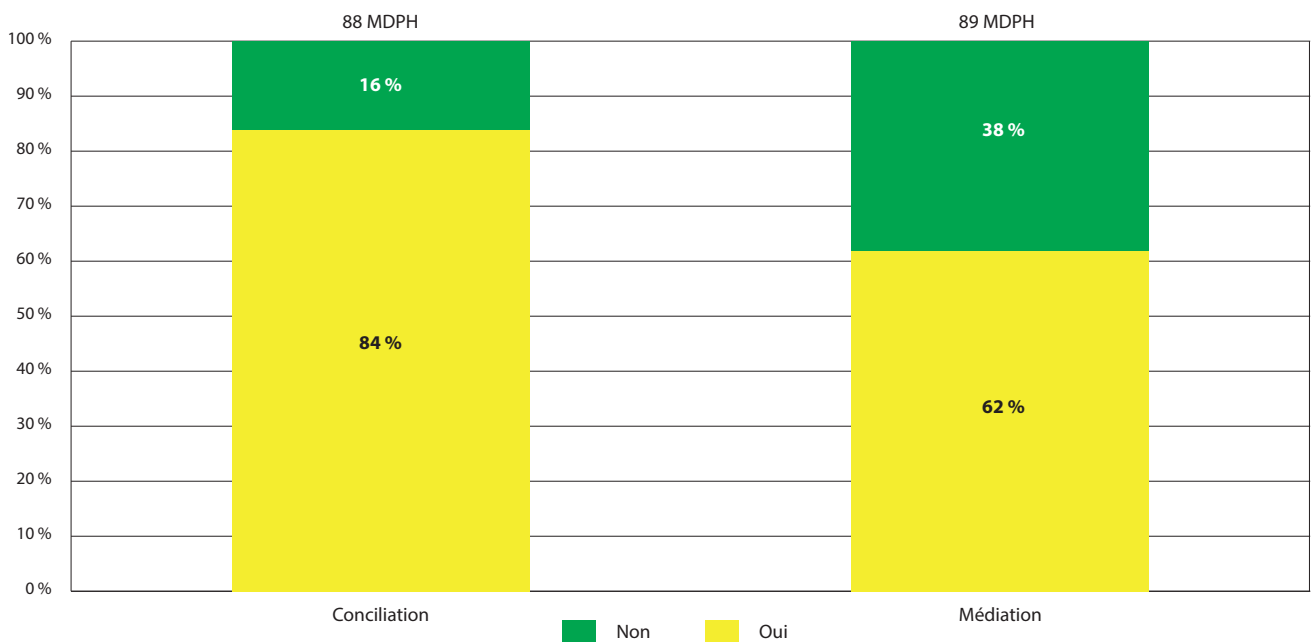
MDPH du Pas-de-Calais (62)

La MDPH 62 a fait le choix de traiter l'ensemble des recours gracieux selon la procédure de conciliation.

MDA du Morbihan (56)

L'action de médiation fait l'objet d'une attention constante de l'assistante sociale attachée au service de l'accueil ainsi que des autres assistantes sociales des services d'évaluation qui mènent des entretiens personnalisés pour expliquer le cadre légal. Tout comme les chefs de services, elles s'attachent également à orienter, en tant que de besoin, les réclamations vers le défenseur des droits, l'autorité concernée ou le corps d'inspection et de contrôle compétent selon l'organisme mis en cause dans la réclamation ou l'objet de la réclamation. Pour les dossiers du ressort de la CAF (organisme financeur), des contacts peuvent s'établir également avec le service de médiation de la CAF (agent dédié). Des incompréhensions peuvent surgir parfois entre l'ouverture d'un droit à la MDA et le refus de prise en charge financière par l'organisme payeur lorsque les conditions administratives ne sont pas réunies.

Modalités de règlement amiable des litiges pour les usagers des MDPH : la médiation et la conciliation (en 2015)



- 84 % des MDPH ont désigné une ou plusieurs personnes qualifiées chargées de mettre en œuvre une conciliation, alternative à un dépôt de recours ou, dans certains cas, qui se cumule au dépôt d'un recours (échantillon : 88 MDPH).
- 62 % des MDPH ont identifié une personne en charge de la médiation. Dans les faits, cette mission est exercée dans toutes les MDPH sans que la mission soit affectée précisément à un professionnel de la MDPH (échantillon : 89 MDPH).

Source : CNSA, échanges annuels 2015.

La conciliation

La conciliation est majoritairement gérée par des professionnels identifiés pour cette mission, bien que leur appellation et leur statut varient :

- les MDPH évoquent majoritairement la présence d'un ou de plusieurs conciliateurs, souvent bénévoles (Loire, Maine-et-Loire, Meuse, Orne, Tarn, Vendée, Somme, Aude, Landes, Ardèche, Dordogne, Vosges, Nièvre, Moselle...);
- la mission de conciliation est parfois gérée par des personnes qualifiées (Gard, Aisne, Pyrénées-Atlantiques, Guadeloupe, Indre-et-Loire...);
- elle l'est parfois par des « personnes agréées » (Vienne);
- plus rarement, ces missions sont exercées par des bénévoles ou des « personnes neutres » sans que leur qualification soit précisée.

MDPH de Tarn-et-Garonne (88)

Un référent pour le traitement amiable des litiges intervient deux mercredis par mois dans les locaux de la MDPH. C'est une assistante de service social, agent du conseil départemental, qui exerce cette mission depuis 2007. Elle rencontre les usagers soit spontanément soit sur rendez-vous. Ce référent se saisit du dossier relatif à la personne handicapée détenu par la maison départementale des personnes handicapées. Il est tenu au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal. Le référent rencontre l'usager afin de l'aider dans la mise en œuvre des moyens et la valorisation d'éléments, s'il en est, qui justifient la contestation de la décision. L'objectif est d'éviter un recours contentieux qui n'est pas justifié ou infondé médicalement.

7. L'accompagnement de l'utilisateur après la décision : une dimension qui se développe

La dimension d'accompagnement se développe dans les MDPH, en lien avec les démarches « Réponse accompagnée pour tous », dont les fruits pourront être observés dans les rapports d'activité de 2016.

L'accompagnement après la décision est d'ores et déjà organisé dans certaines MDPH

Celles-ci ont structuré des dispositifs spécifiques d'accompagnement « post-décision », en particulier dans des situations complexes de refus d'une proposition d'orientation en ESMS, pour le suivi des personnes sous amendement Creton ou dans des situations personnelles particulièrement critiques. Cet accompagnement se matérialise :

- par la mobilisation de professionnels dédiés à cette mission d'accompagnement après la décision ;
- dans le cadre des commissions « situations critiques » ;
- ou encore par l'implication particulière d'un membre de la CDAPH qui peut être le président, un vice-président ou un médiateur auprès des usagers.

MDA de la Mayenne (53)

Huit chargées d'accompagnement interviennent aussi bien sur les situations de personnes âgées que sur les situations d'adultes en situation de handicap. La partie relative au handicap représente un peu moins de 20 % de leur activité. 300 « adultes » en situation de handicap ont été suivis sur l'exercice 2015 par les chargées d'accompagnement. Cette intervention est faite majoritairement sur sollicitation de l'équipe pluridisciplinaire ou de la CDAPH :

- *intervention auprès de parents âgés acceptant difficilement une proposition d'orientation vers une structure médico-sociale de leur fils ou fille adulte qui a toujours vécu au domicile, pour anticiper la conséquence de toute difficulté de santé des parents qui conduirait à une rupture brutale de l'organisation de vie de la personne en situation de handicap ;*
- *accompagnement d'une décision d'orientation vers un service d'accompagnement à la vie sociale pour des jeunes au domicile après un parcours en milieu ordinaire avec pour objectif de redéfinir un projet professionnel ;*
- *suivi des démarches réalisées pour des jeunes qui sont maintenus en établissements – amendement Creton.*

MDA du Morbihan (56)

La fluidité des parcours en 2015 a permis d'organiser des suivis de décisions, principalement en lien avec des établissements. Cela a concerné vingt-quatre situations individuelles. Cinq ont fait l'objet d'une réunion préfigurant un groupe opérationnel de synthèse (GOS).

La MDPH contribue à la qualité des parcours de vie et à la prévention des ruptures dans le parcours

Plusieurs MDPH ont mis en place des dispositifs spécifiques pour éviter les ruptures de parcours et anticiper les évolutions de notifications :

- enquête et information par courrier et/ou téléphone des usagers pour lesquels les droits arrivent à échéance, le plus souvent six mois avant l'échéance prévue, conformément à la réglementation. Dans la majorité des cas, cette mission est partagée entre la MDPH et les organismes payeurs partenaires (CAF, MSA, conseil départemental) ;
- accords spécifiques avec les organismes payeurs partenaires des MDPH (CAF, MSA, conseil départemental) pour assurer un maintien des droits lorsque les demandes de renouvellement ont été réalisées tardivement ;
- mise en place de groupes de concertation autour de situations spécifiques dans certaines MDPH (commissions situations critiques, préfigurations de GOS, groupes *ad hoc*).

MDPH de la Haute-Loire (43)

Conformément à ce que la loi préconise, un courrier est envoyé six mois avant l'échéance des droits afin que le bénéficiaire puisse en demander le renouvellement sans qu'il y ait une interruption de droits. La caisse d'allocation familiale (CAF) fait cet envoi pour l'AAH et l'AEEH. La MDPH a quant à elle en charge celui destiné aux renouvellements de l'allocation compensatrice [pour] tierce personne (ACTP) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

MDPH du Jura (39)

Les services de la MDPH sont en lien direct avec les organismes payeurs des prestations : conseil départemental, CAF, MSA. Concernant l'AAH et le complément de ressources, la MDPH et la CAF assurent conjointement le suivi des situations complexes afin d'éviter des situations de rupture de droits. En effet, la CAF ne verse plus d'avance en cas de dépôt de la demande de renouvellement postérieure à la date d'échéance de l'allocation. Le suivi des droits à l'ACTP est également suivi par la MDPH, en lien avec le service payeur du conseil départemental. Il en est de même pour les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap, qui sont invités à formuler leur demande de renouvellement six mois avant la date [d']échéance des droits.

MDPH de Seine-Maritime (76)

Les groupes opérationnels locaux de concertation (GOLC) : ces instances, implantées dans chacun des trois territoires de santé, recherchent des solutions particulières coconstruites pour des jeunes handicapés sous protection de l'enfance et souffrant de troubles de comportement. Mises en place depuis 2012, ces instances sont composées des représentants de l'aide sociale à l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), du secteur psychiatrique, ainsi que des établissements de l'aide sociale à l'enfance et pour enfants handicapés. En 2015, la MDPH n'a pas pu participer aux réunions aussi souvent que nécessaire pour des raisons de disponibilité. Pour éviter les déplacements, le GOLC de Rouen se réunit à la MDPH. Pour les autres, des projets de conférence téléphonique sont en cours d'étude technique.

Focus sur le dispositif « situations critiques »

Face à certaines situations jugées critiques au sens de la circulaire DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013, les MDPH réunissent des commissions spécifiques, la plupart du temps appelées « commissions de situations critiques ».

Composées généralement de l'ARS, de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), de l'Éducation nationale, de l'aide sociale à l'enfance (ASE), des directions des ESMS et plus rarement de représentants du secteur hospitalier, ces commissions ont vocation à évoquer de façon pluridisciplinaire les situations complexes, qui trouvent difficilement des solutions adaptées.

Certaines MDPH ont ajouté à ces commissions d'autres modalités de soutien aux réponses complexes, comme un référent « situations critiques » ou encore un « bureau situations critiques » dans le département de l'Eure.

Dès 2015, les MDPH participant à la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » travaillent à l'évolution des commissions de situations critiques et à la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent prévu par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé.

MDPH de l'Eure (27)

Dans le cadre de la réorganisation des services de la MDPH, un référent situations critiques a été désigné. [...] Cet agent s'attache plus particulièrement à la gestion de ces situations en prenant appui sur les partenaires et tissus associatif existants. Il coordonne les actions à mener en faveur des usagers qui font l'objet d'un suivi par la commission situations critiques, notamment. Sous la responsabilité de la MDPH, [un bureau des situations critiques] est constitué de représentants de l'ARS, du département (ASE, PMI [protection maternelle et infantile], DSA [direction solidarité autonomie]), de l'Éducation nationale, de la DDCS [direction départementale de la cohésion sociale] et du Nouvel Hôpital de Navarre (centre hospitalier spécialisé). Il se réunit tous les deux mois et se veut très opérationnel. Les membres confirment le caractère critique des situations étudiées. La commission situations critiques se réunit sur demande du bureau qui, après examen et intervention, considère nécessaire d'entendre des partenaires concernés par la situation. Cette commission est donc composée des membres du bureau et des parties prenantes aux situations étudiées. La commission établit un relevé des actions à engager. En 2015, soixante-treize situations ont été étudiées, soit parce qu'elles étaient critiques au sens de la circulaire DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013, soit parce qu'elles étaient préoccupantes au sens où le risque de criticité ou de rupture de parcours était pressenti à court terme.

8. Information et communication : missions clés pour des guichets intégrés

Conscientes de l'importance de fournir une information de qualité afin d'accompagner les usagers dans l'expression de leurs besoins et dans l'accès à leurs droits, les MDPH continuent de s'engager dans ce sens grâce à la diffusion de supports de communication et à l'utilisation d'internet.

Les MDPH se mobilisent également à l'extérieur pour faire connaître leur action et contribuer à sensibiliser le grand public au handicap.

Cela se traduit par l'organisation de colloques, d'actions de sensibilisation dans les collèges et lycées, par la participation ou l'organisation de journées à thèmes (« journées des aidants » par exemple).

Ces actions visent le grand public, les usagers, mais aussi les professionnels (ou futurs professionnels) impliqués dans la compensation du handicap.

MDPH des Bouches-du-Rhône (13)

À terme, un module permettrait une dématérialisation partielle de certains dossiers, le remplissage des formulaires en ligne, la modification des données de dossiers existants, voire la transmission de documents et de pièces justificatives. Ce projet pluriannuel est mené avec l'appui technique du service informatique du département et du prestataire Ernst et Young pour l'écriture du CCTP [cahier des clauses techniques particulières] permettant de lancer le marché de mise en œuvre de ce site. Des réunions de travail ont eu lieu tout le long de l'année 2015 avec notamment les associations représentant les usagers en situation de handicap pour bâtir ce site.

MDPH de la Côte-d'Or (21)

Un espace MDPH Pro est dédié aux membres de la COMEX, de la CDA, des équipes pluridisciplinaires. Cet espace permet l'accès à des documents divers (arrêtés, règlements intérieurs, rapports...), aux comptes rendus des réunions, à chaque membre disposant d'un identifiant. En 2015, le site a reçu 24 513 visites. Le site internet de la MDPH poursuivra son évolution au cours des prochains mois vers un site MDA.

MDPH du Nord (59)

En 2015, la fréquentation du portail usagers s'est encore renforcée. Les 272 786 visiteurs différents sur l'année (746 visiteurs/jour) contre 2086 en 2014 correspondent à une augmentation de 30 % de la fréquentation.

MDPH de Lot-et-Garonne (47)

La MDPH a maintenu tout au long de l'année des réunions d'information au cours desquelles un partenaire associatif vient présenter ses actions.

MDA de l'Isère (38)

Une bonne information des partenaires est la clé d'un meilleur accès au droit des usagers. Ainsi en 2015, la MDA a mis en œuvre, en dehors de ses cycles de formation pour les personnels de l'autonomie, vingt-deux actions de communication et de sensibilisation au handicap ou au vieillissement et a reçu 289 visiteurs dans son centre de documentation spécialisé. Ces actions ont été menées en direction :

- *des futurs professionnels : animateurs, assistants sociaux, éducateurs, conseillers en économie sociale et familiale et futurs bacheliers ;*
- *des professionnels en contact avec les personnes en situation de handicap : organismes publics, gestionnaires de dossiers protection sociale, assistantes sociales, service santé au travail...*

À noter également qu'en dehors de ces actions formalisées, nous recevons chaque semaine plusieurs étudiants ou futurs professionnels qui souhaitent avoir des informations sur le fonctionnement de la MDA. Enfin, trois délégations étrangères sont venues visiter la MDA et prendre connaissance de son organisation.

4

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

1. Analyse des dépenses

Rappels

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

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

Le niveau global des dépenses

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

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

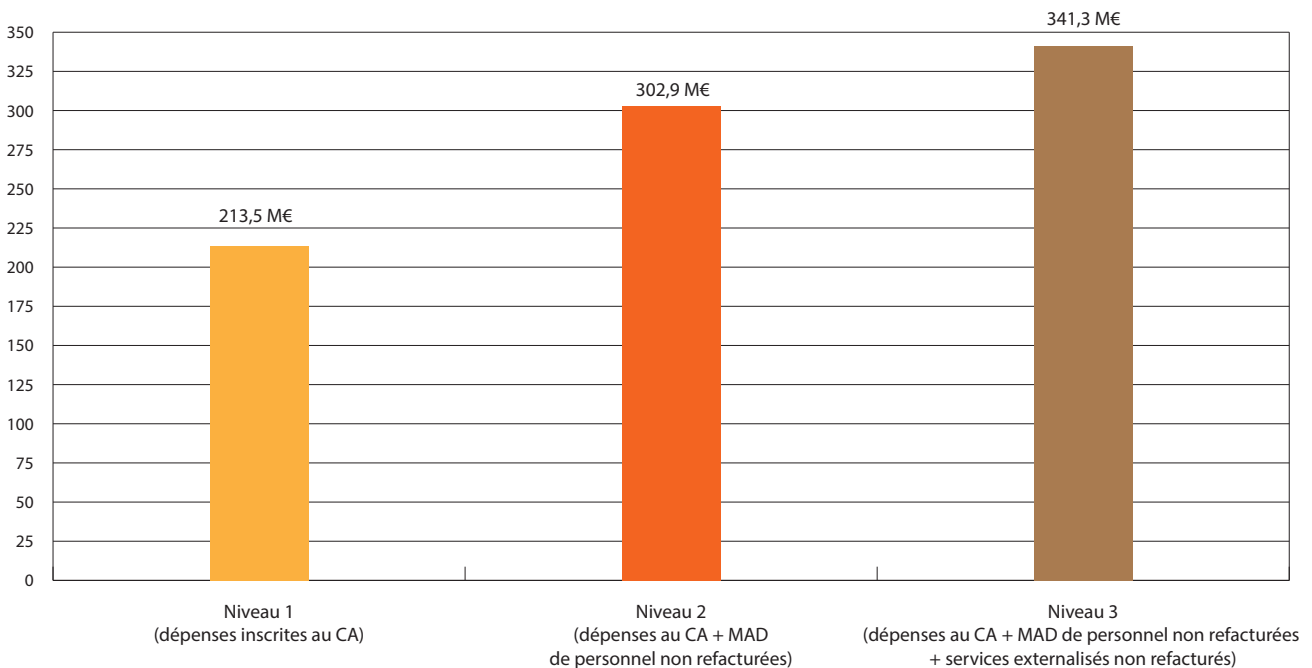
Chaque niveau d'analyse présente un intérêt, mais le niveau 3 est le plus pertinent, notamment dans le cadre des comparaisons interdépartementales. C'est donc le niveau qui a été privilégié aussi souvent que possible dans ce chapitre et qui justifie les nombreux échanges entre les MDPH et la CNSA chaque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

Ainsi, pour les 102 MDPH, le niveau global des dépenses de fonctionnement atteint 341,3 millions d'euros (données déclaratives en niveau 3 : y compris les mises à disposition et services externalisés « gratuits »), montant peu différent de celui de 2014 (339,7 millions d'euros).

Coût de fonctionnement des MDPH en 2015 (niveau 1 à 3)

Échantillon : 102 MDPH

Millions d'euros

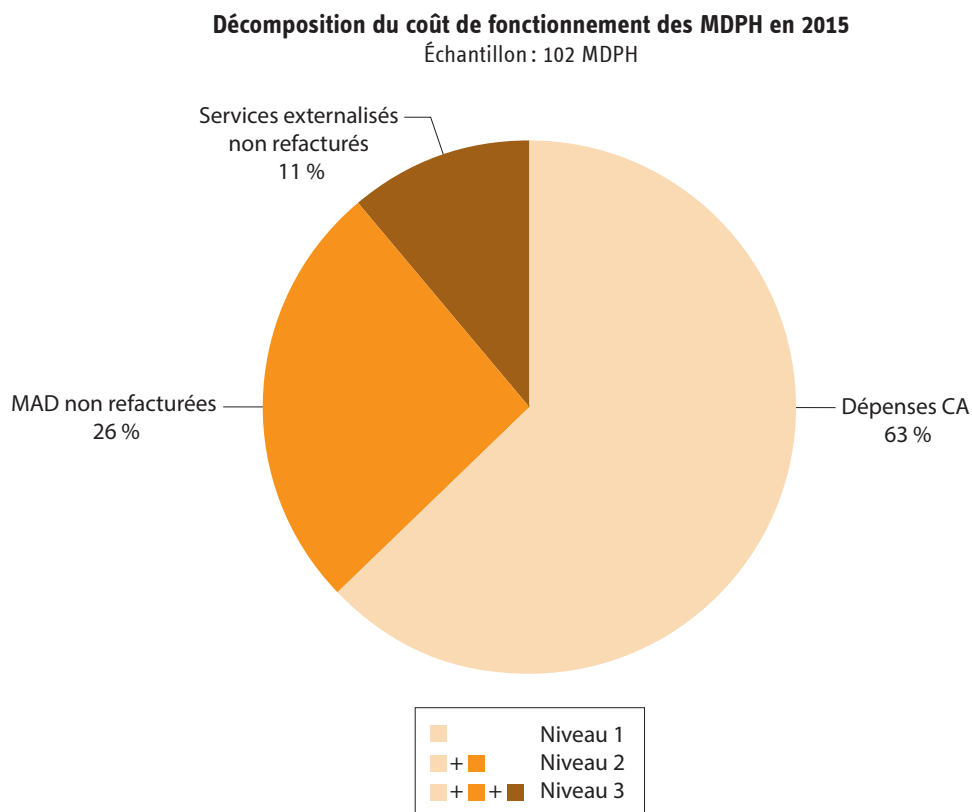


Source : CNSA, maquettes 2015.

À noter : Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon, qui font partie des 102 MDPH, connaissent des situations particulières. En effet :

- le processus de création de la MDPH de Mayotte était en cours en 2015, les dépenses inscrites au budget du département ont vocation à intégrer le périmètre de la MDPH après sa création ;
- pour ce qui concerne Saint-Pierre-et-Miquelon, et conformément à l'article D. 532-1 du Code de l'action sociale et des familles, il s'agit d'une maison territoriale de l'autonomie, qui est une entité autonome au sein du département, consistant en un service commun à l'État et au conseil territorial. Par assimilation, Saint-Pierre-et-Miquelon est considérée comme une MDPH dans les analyses qui suivent.

Cette appréciation des dépenses « réelles » des MDPH peut être illustrée par le graphique suivant, qui permet de visualiser la plus-value de l'outil « maquette » : les sections orange et marron du diagramme circulaire mettent en évidence la part du coût de fonctionnement des GIP non compris dans les flux enregistrés au compte administratif (un peu plus d'un tiers de ce coût total contre un peu moins de deux tiers pour les flux financiers). Ces sections correspondent en quelque sorte au coût supporté par les partenaires du GIP (apports en nature) en plus des éventuels apports en dotation.

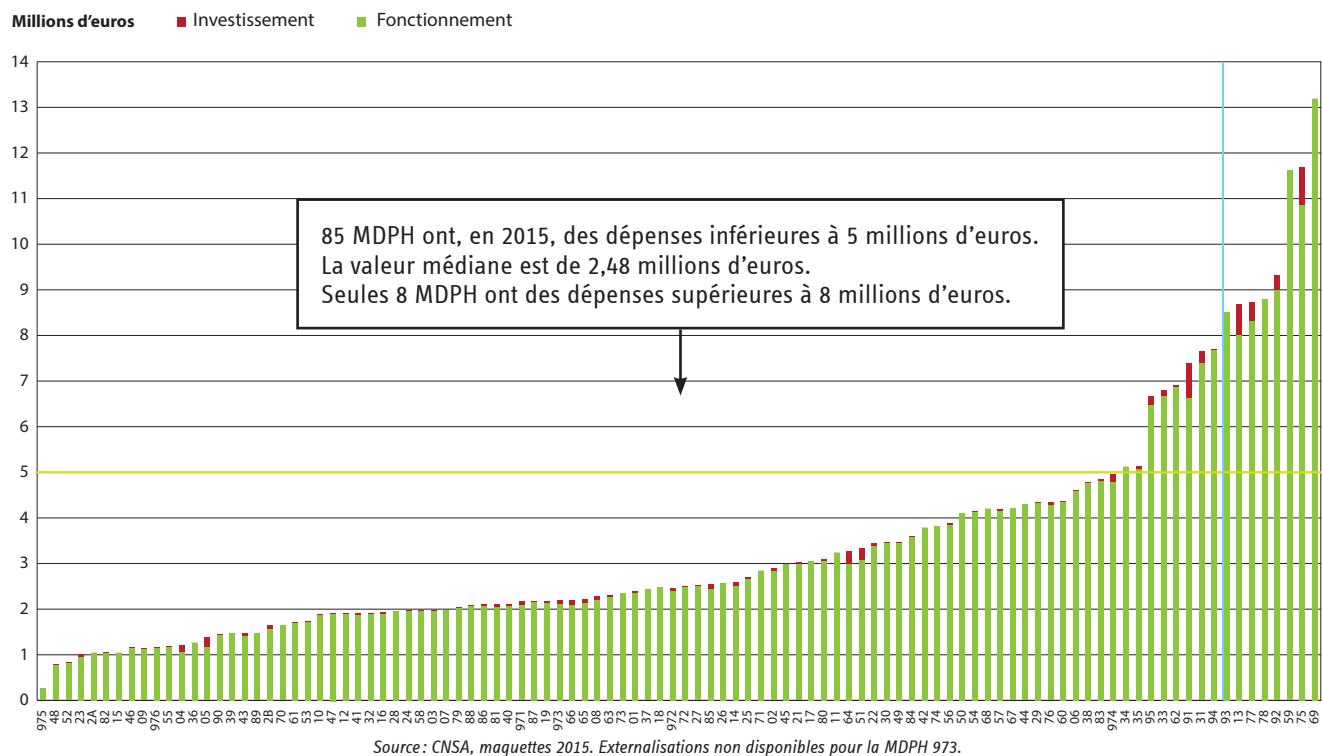


Source : CNSA, maquettes 2015.

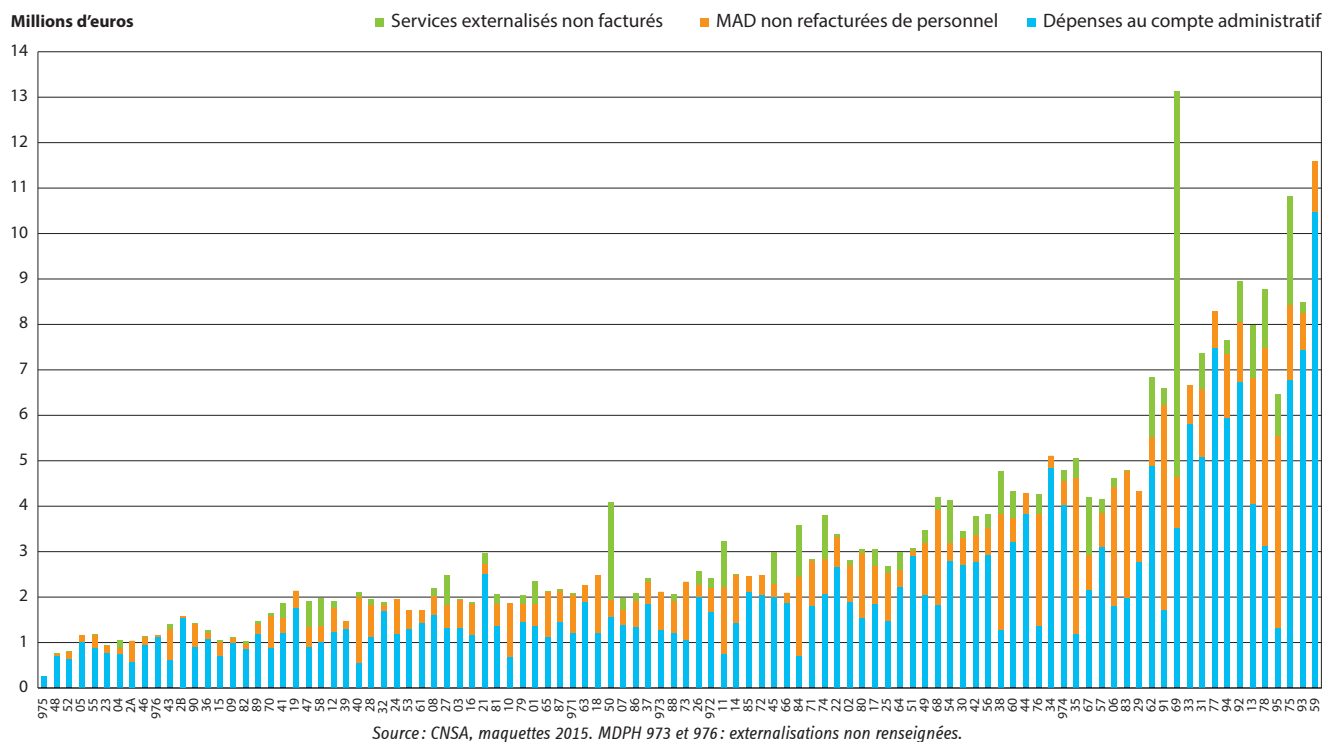
La part des dépenses correspondant aux mises à disposition de personnel par les partenaires du GIP sans refacturation est en légère diminution par rapport à 2014 : 26 % en 2015 contre 28 % en 2014.

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

Coût total de fonctionnement et d'investissement en 2015
 (Dépenses inscrites au compte administratif + valorisation des mises à disposition non refacturées + services externalisés non refacturés). Échantillon : 102 MDPH



Décomposition du coût de fonctionnement des MDPH en 2015²
 MDPH classées par nombre croissant d'ETP internes. Échantillon : 102 MDPH



2 Un certain nombre de MDPH ne sont pas en capacité de valoriser financièrement tous les services externalisés non facturés. Les externalisations de la MDPH 69, particulièrement élevées, recouvrent le fonctionnement des cinquante et une maisons du Rhône qui sont les antennes du département ou de la métropole, regroupées en dix-huit territoires.

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

Rapprochement avec les données d'activité

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

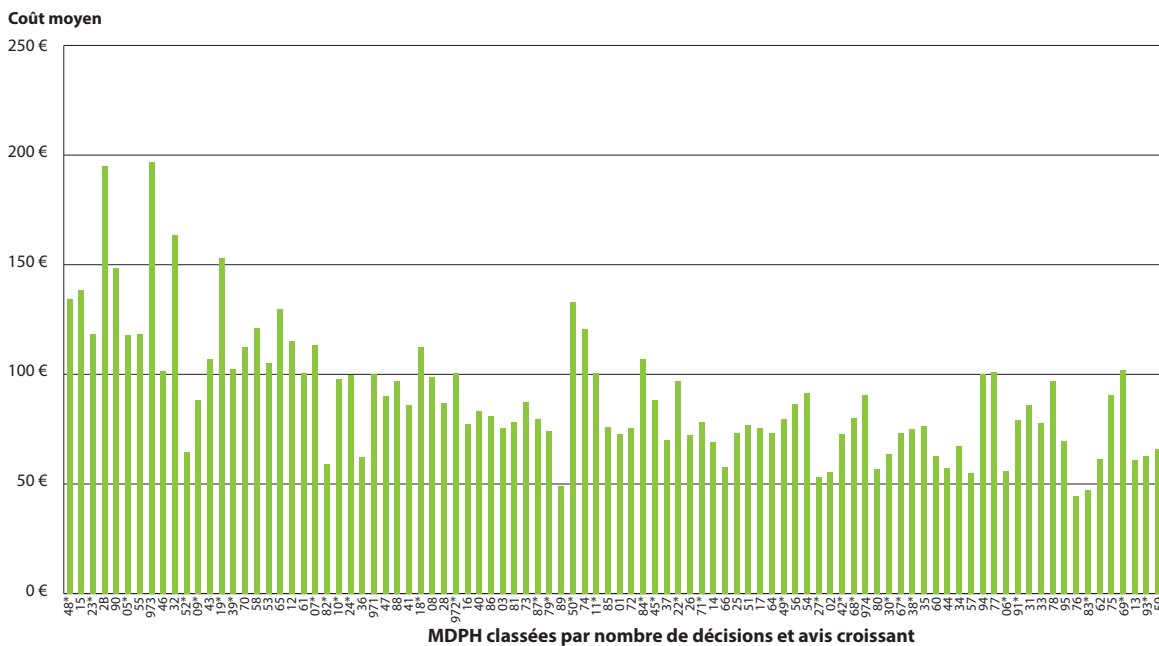
Ainsi, pour approcher la notion d'efficacité, nous avons calculé **le coût d'une décision prise (décisions et avis rendus, voir le graphique ci-après)**. Ce croisement est en effet plus pertinent que celui qui peut être fait par le biais du coût d'une demande ou d'un dossier, comme en conviennent les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

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

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

Le graphique ci-après présente ainsi la dispersion des MDPH, classées par ordre croissant du nombre de décisions prises/avis rendus.

Coût moyen d'une décision prise/d'un avis rendu par les MDPH en 2015 : coût total de fonctionnement
 (dont MAD gratuites et services externalisés gratuits)/nombre de décisions et avis
 Échantillon : 94 MDPH



* MDPH pour lesquelles le processus de validation n'a pas abouti, ou pour lesquelles les caractéristiques du département n'autorisent pas une comparaison stricte.
 Sources : maquettes et enquête dite « des échanges annuels » 2015.

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

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

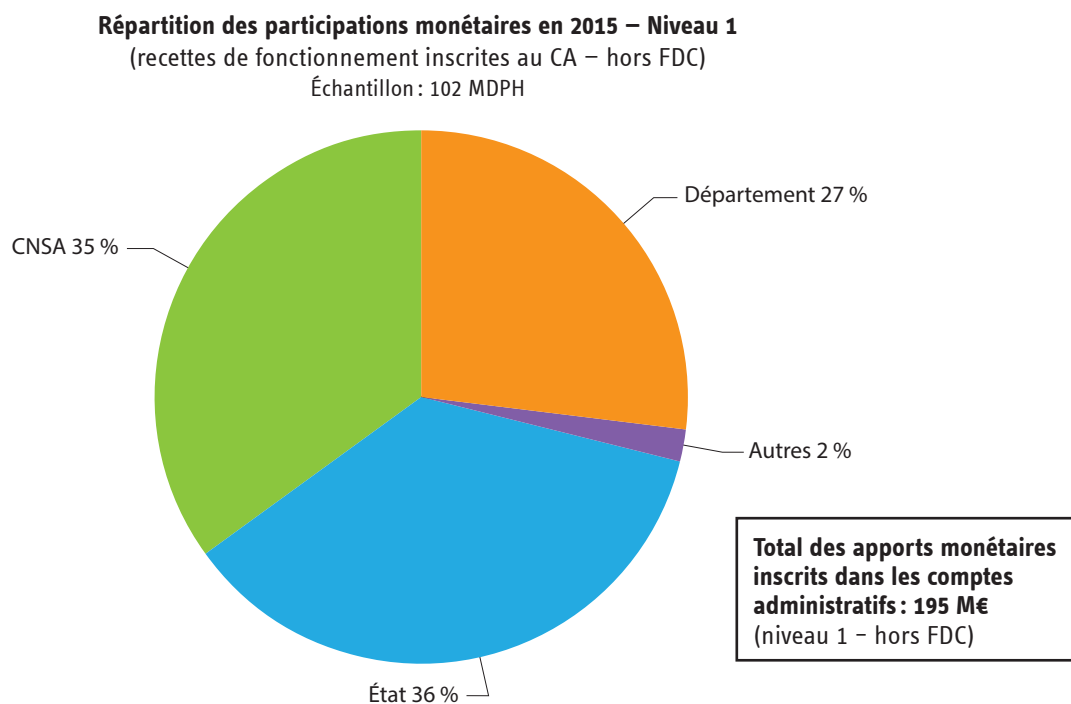
2. Analyse de la structure des apports des différents financeurs

Les recettes (y compris les apports en nature) avoisinent **322 millions d'euros** répartis entre trois principaux financeurs : **les départements pour 43 %, l'État³ pour 34 % et la CNSA pour 21 %.**

Les apports des partenaires comprennent :

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

L'évolution de la répartition des apports des partenaires entre le niveau 1 et le niveau 3, montrée dans les deux diagrammes circulaires suivants, met en évidence l'importance des apports non refacturés des conseils départementaux, qui consistent en des mises à disposition de personnel, de locaux ou de services : les apports du conseil départemental représentent 27 % du total des apports monétaires et 43 % du total des apports (une fois pris en compte ces apports non refacturés).

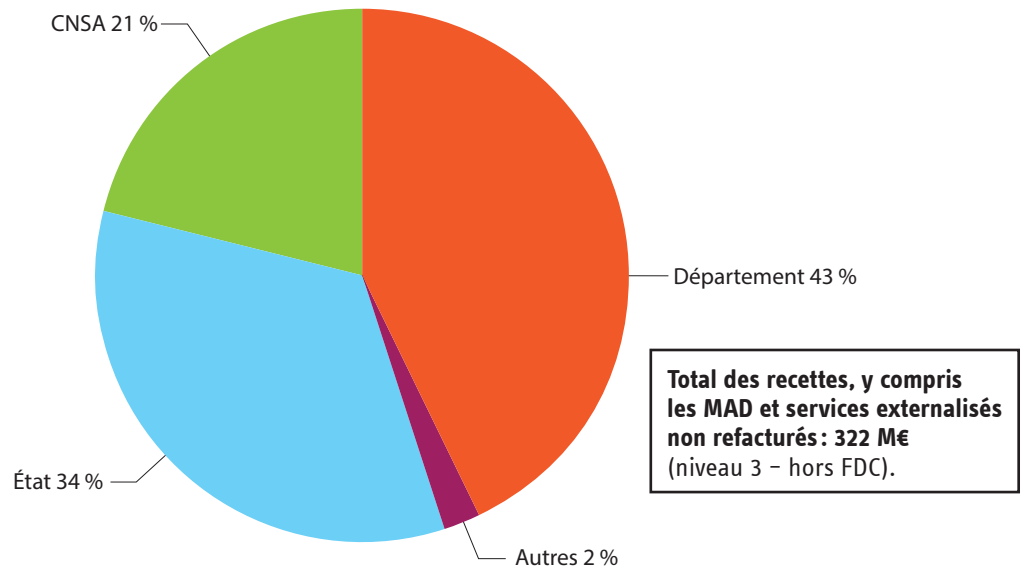


Pour les 15 MDPH pour lesquelles la dotation CNSA a été conservée par le département, le montant correspondant a été déduit des participations des départements pour le réaffecter dans les recettes provenant de la CNSA.

Source : CNSA, maquettes 2015.

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

Répartition des apports en 2015
 (y compris MAD et services externes non refacturés) = Niveau 3 (hors investissement ; hors FDC)
 Échantillon : 102 MDPH

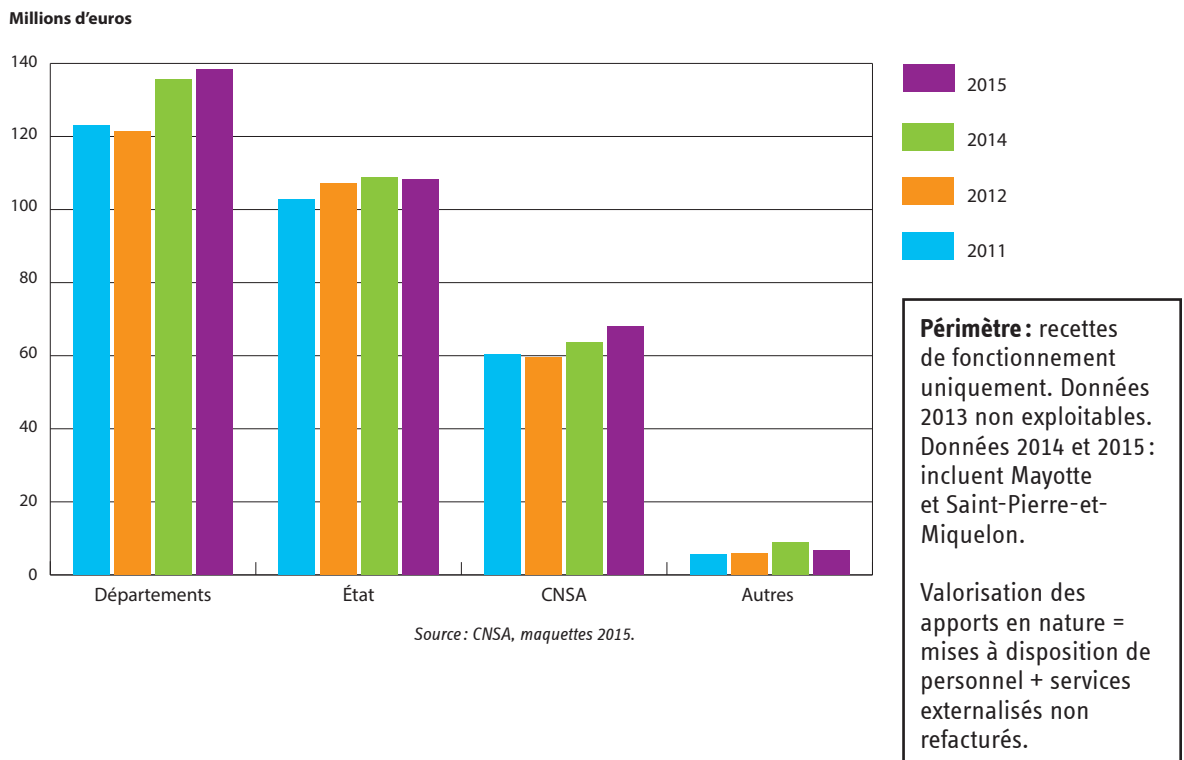


Pour les 15 MDPH pour lesquelles la dotation CNSA a été conservée par le département, le montant correspondant a été déduit des participations des départements pour le réaffecter dans les recettes provenant de la CNSA.

Source : CNSA, maquettes 2015.

Si l'on observe l'évolution dans le temps de ces apports, on peut constater que ceux des départements et de la CNSA ont, globalement, à nouveau tendance à croître en 2015. Ceux de l'État sont stables.

Évolution des apports aux MDPH (global : monétaires + en nature) par contributeur entre 2011 et 2015
 (hors investissement ; hors FDC)
 Échantillon : 102 MDPH



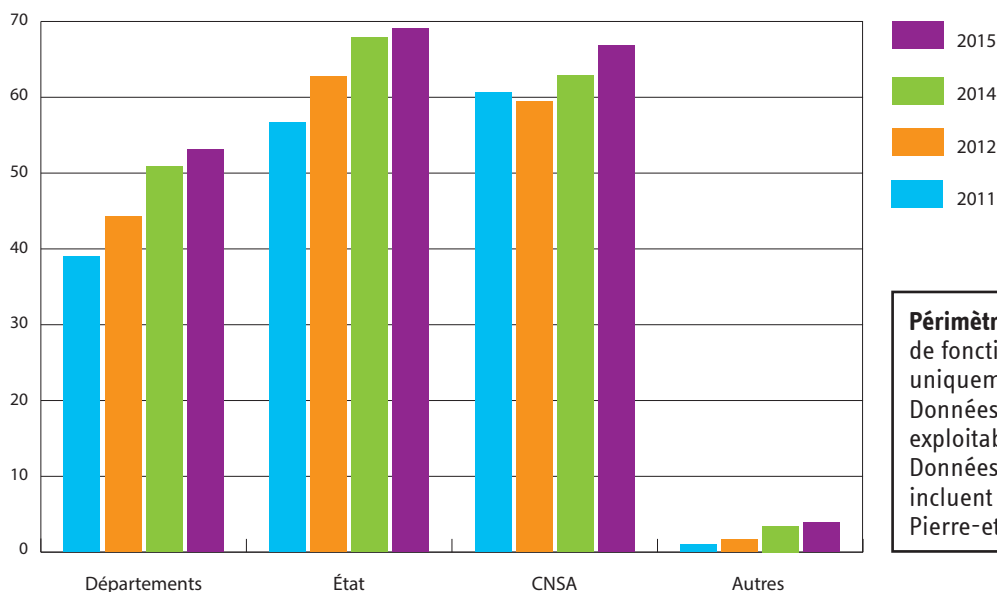
La répartition de ces apports entre les apports monétaires et les apports en nature montre ensuite que, pour 2015, les apports en nature ont tendance à augmenter moins nettement (pour les départements) voire à diminuer (pour l'État) au profit des apports en dotation monétaire. Cette tendance à la modification de la nature des aides (au profit d'apports financiers) se confirme maintenant depuis plusieurs années.

Évolution des apports monétaires aux MDPH par contributeur entre 2011 et 2015

(hors investissement ; hors FDC)

Échantillon : 102 MDPH

Millions d'euros



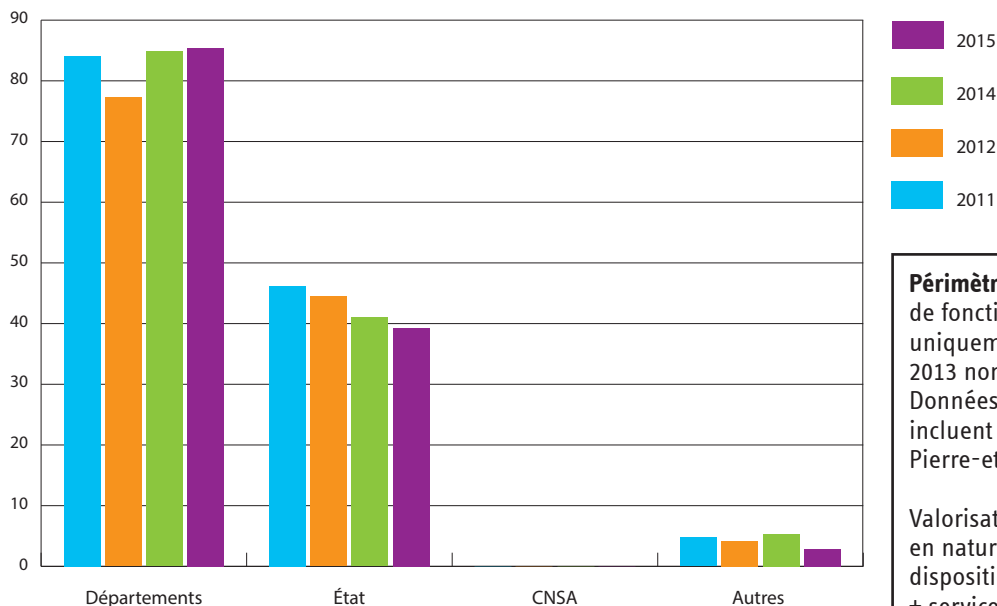
Source : CNSA, maquettes 2015.

Évolution des apports en nature aux MDPH par contributeur entre 2011 et 2015

(hors investissement ; hors FDC)

Échantillon : 102 MDPH

Millions d'euros



Source : CNSA, maquettes 2015.

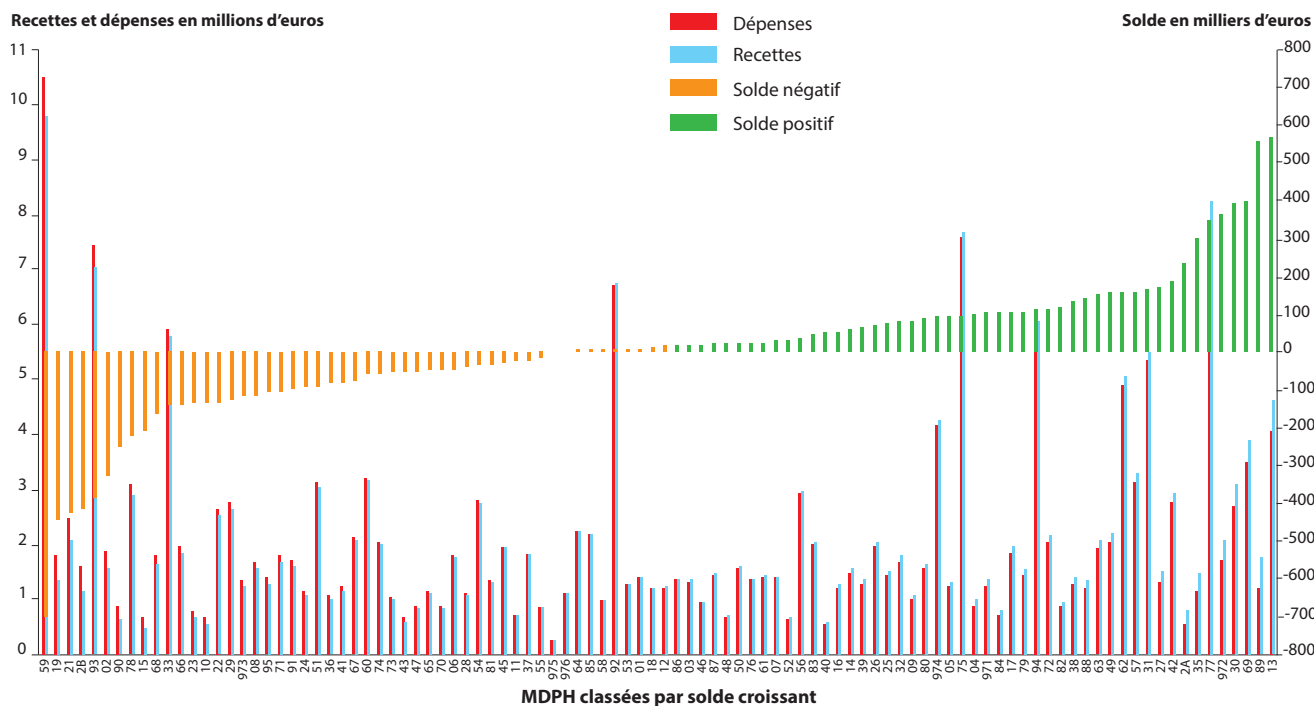
Le graphique suivant présente de manière récapitulative les dépenses, les recettes et le solde pour chacune des 102 MDPH. Cette présentation a l'avantage de mettre en évidence les difficultés que peuvent rencontrer certaines MDPH, dont les dépenses excèdent leurs recettes sur un exercice donné.

Le résultat de fonctionnement de l'année N (ici 2015) est représenté par le solde (en orange ou vert).

Pour l'exercice comptable 2015 *stricto sensu*, quarante et une MDPH ont des dépenses qui excèdent les recettes :

- pour vingt MDPH, ce déficit est inférieur à 100 000 euros ;
- pour quinze MDPH, il est compris entre 100 000 et 300 000 euros ;
- pour six MDPH, il est supérieur à 300 000 euros.

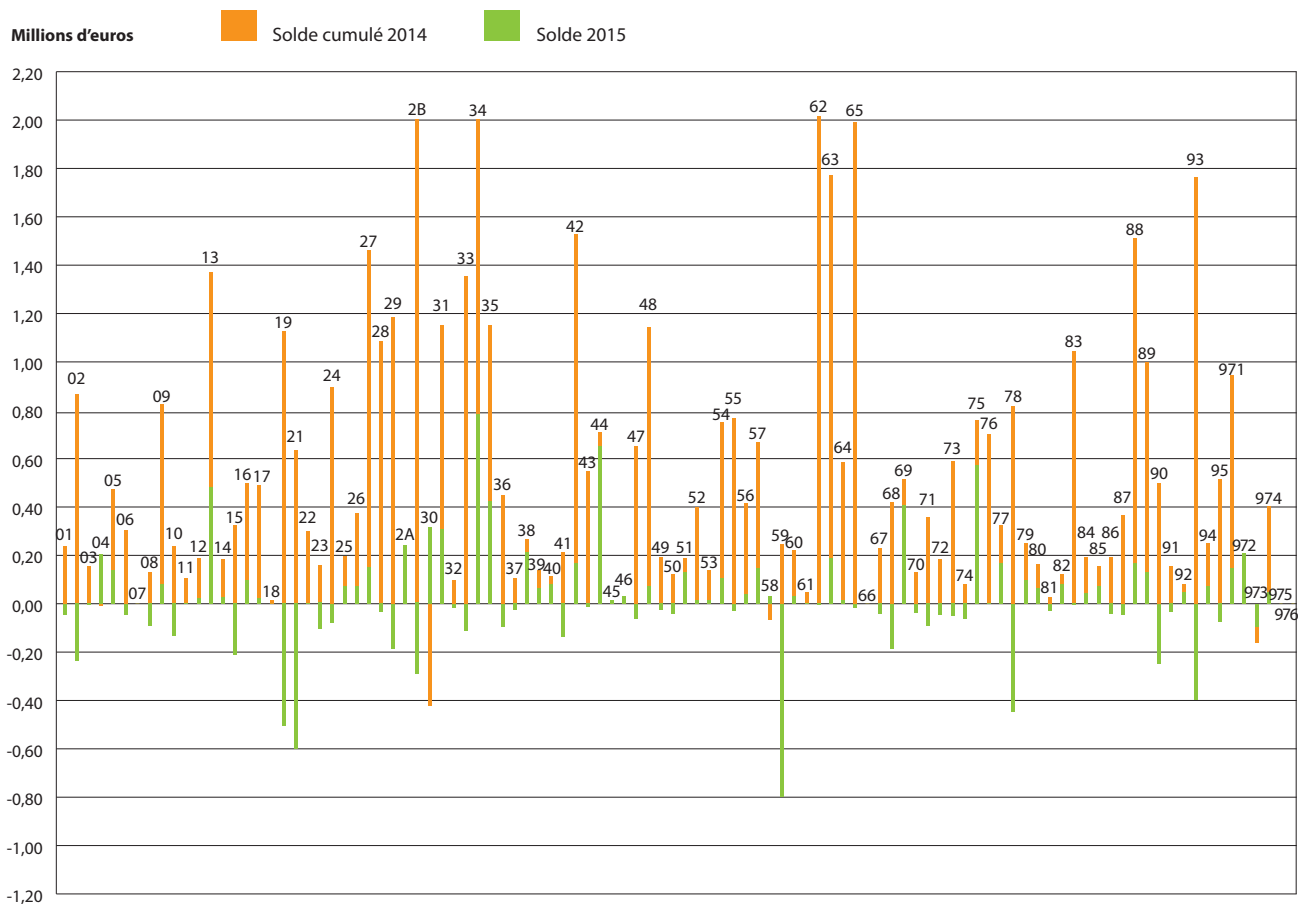
Dépenses, recettes et solde de 2015
(fonctionnement + investissement, issus du seul compte administratif – hors FDC) pour les 102 MDPH
 Non compris le résultat de fonctionnement reporté de 2014
 Échantillon : 102 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2015.

Le graphique suivant permet de mettre en regard le solde 2015 avec le résultat de fonctionnement cumulé (y compris les années antérieures, et notamment l'année 2014, hors fonds de compensation). Si une bonne partie des MDPH bénéficie encore en 2015 d'une avance de trésorerie, on peut voir que d'autres ont un équilibre financier plus précaire et s'attendent à de réelles difficultés d'ici deux à trois ans.

Solde cumulé 2015 par MDPH = solde cumulé 2014 + solde 2015
(Fonctionnement hors FDC)
Échantillon : 102 MDPH



Solde cumulé 2014 à 0 = information manquante ou subvention d'équilibre du département.

Source : CNSA, maquettes 2015.

3. Focus sur les effectifs des MDPH

Rappels

Les effectifs des MDPH regroupent :

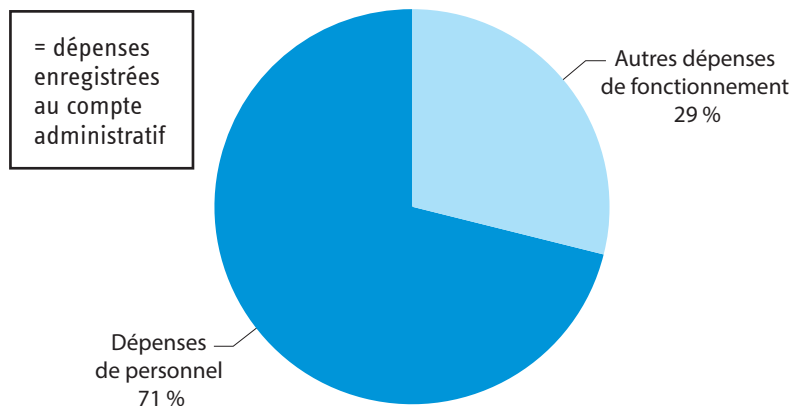
- du personnel mis à disposition gratuitement : la quasi-totalité du personnel mis à disposition par l'État et une partie du personnel mis à disposition par les conseils départementaux ;
- du personnel employé directement par la MDPH et rémunéré sur ses crédits ;
- du personnel mis à disposition contre remboursement (« refacturé »)⁴ : une autre partie des agents mis à disposition par les conseils départementaux et la plupart du personnel mis à disposition par d'autres structures que l'État (CPAM, CAF, MSA, associations, mutuelles...).

Les dépenses de personnel

Après prise en compte du poids des mises à disposition et des services externalisés non refacturés, les dépenses de personnel⁵ représentent 79 % des dépenses totales (contre 71 % « seulement » si l'on considère le seul compte administratif du GIP MDPH).

Niveau 1 : part des dépenses de personnel dans les dépenses totales de fonctionnement en 2015

Échantillon : 102 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2015.

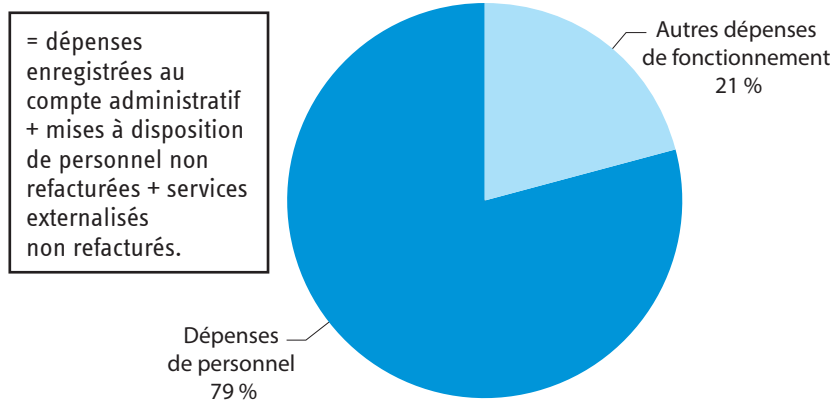
Montant des dépenses de personnel inscrites au compte administratif : 152,2 millions d'euros.

⁴ Indirectement liée à cette dernière catégorie figure la sous-traitance de services par la MDPH (médecins, psychiatres, travailleurs sociaux...), qui ne sont pas pris en compte en tant que personnel dans l'analyse, mais qui contribuent à limiter ces charges de personnel, car le GIP paie alors une prestation de service.

⁵ Les charges de personnel sont intégrées dans l'analyse des dépenses de personnel (salaires bruts chargés).

Niveau 3 : part des dépenses de personnel dans les dépenses totales de fonctionnement en 2015

Échantillon : 102 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2015.

Montant des dépenses de personnel après valorisation des mises à disposition non refacturées et des externalisations gratuites : 268,7 millions d'euros (soit 76 % de plus que les seules dépenses inscrites au compte administratif en 2015).

Un peu moins des deux tiers des postes internes à la MDPH sont des postes payants pour la MDPH (63 % en 2015, 60 % en 2014). Plus de la moitié des postes mis à disposition par les partenaires des GIP MDPH pour faire partie des effectifs internes le sont « à titre gratuit », c'est-à-dire sans refacturation (52 %).

Le département refacture plus de la moitié (63 %) de son personnel à la MDPH. Le personnel de l'État est en revanche presque exclusivement mis à disposition gratuitement.

Les refacturations contribuent à clarifier les flux financiers entre les MDPH et leur principal contributeur, le département, puisque plus de la moitié des charges de personnel de ce dernier sont refacturées aux MDPH. Par ailleurs, des crédits sont généralement versés à la MDPH en recettes pour permettre ce remboursement.

Les graphiques ci-dessous montrent que les MDPH financent directement (28 %) ou indirectement (35 %) en cas de refacturation (au département notamment) 63 % des charges de personnel interne à la MDPH.

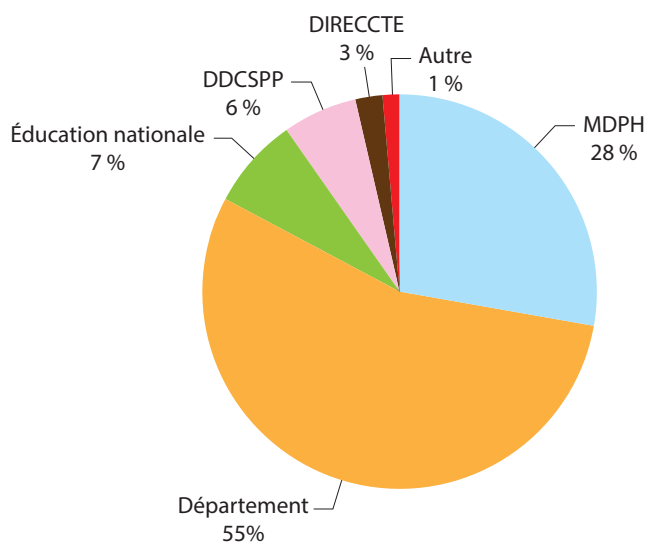
Lorsqu'elles financent directement les postes, on peut considérer que les MDPH sont l'employeur de ces agents : elles ont procédé elles-mêmes au recrutement de ce personnel avec pour contrepartie le versement de sa rémunération⁶.

La répartition des postes par employeur, de même que le coût revenant aux membres du GIP (graphiques ci-après), est relativement stable dans le temps.

Répartition des valorisations des charges de personnel avant refacturation en 2015

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

Échantillon : 102 MDPH

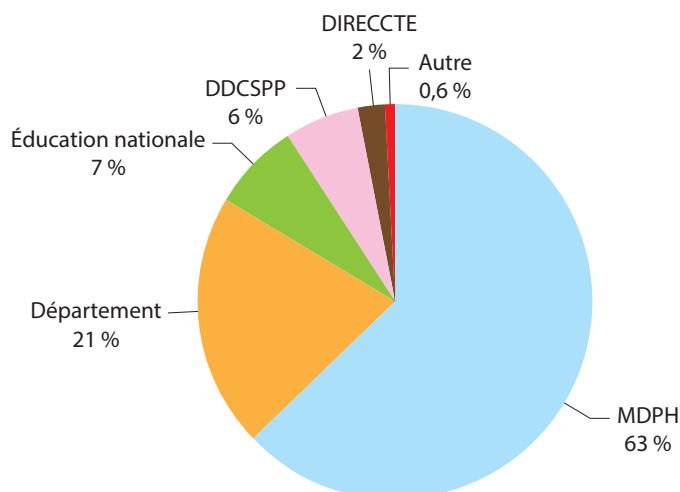


Source : CNSA, maquettes 2015.

Répartition des valorisations des charges de personnel après refacturation en 2015

Qui assure la charge réelle ?

Échantillon : 102 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2015.

⁶ Ce personnel peut être composé de contractuels de droit public ou de contractuels de droit privé.

Ainsi, si la part des charges de personnel relevant de la MDPH avant refacturation est relativement stable depuis 2009, la part de ces charges refacturée à la MDPH a tendance à augmenter ces dernières années, mettant en évidence le souci d'une meilleure lisibilité des flux financiers entre les partenaires. Ces refacturations peuvent être accompagnées de dotations financières en contrepartie (en recettes), et l'on a constaté (voir *infra*) que les dotations financières ont effectivement tendance, simultanément, à augmenter d'une année sur l'autre.

Analyse non financière du personnel interne aux MDPH

En 2015, on comptait 5 279 ETP au sein des 102 MDPH (+ 4 % par rapport à 2014).

L'année 2015 a permis de confirmer le poids significatif des absences au sein des MDPH, qui peut être approché en calculant la différence entre les « effectifs théoriques » (5 637 ETP) et les « effectifs réellement travaillés » (5 279 ETP).

Cette différence, qui prend en compte les vacances de poste liées aux départs en retraite, aux longues maladies, aux maternités, aux retards de recrutement dans l'année considérée, aux absences non remplacées, s'élève à 358 ETP soit 6,3 % du total des effectifs théoriques des MDPH.

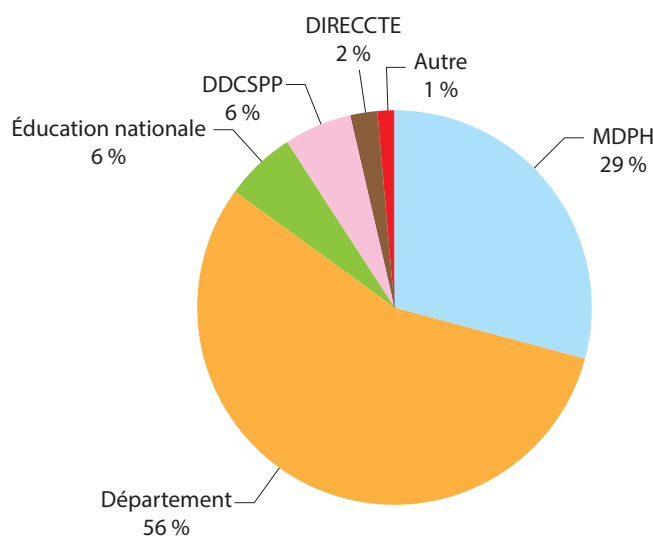
Les effectifs selon la taille des MDPH :

- 25 % des MDPH ont moins de 31 ETP ;
- 25 % des MDPH ont plus de 67 ETP ;
- médiane : 41,3 ETP ;
- 11 MDPH ont plus de 100 ETP (maximum : 182, MDPH 59) ;
- 18 MDPH ont moins de 25 ETP (minimum : 4 ETP, MDPH 975).

Le département, comme l'analyse des montants financiers le montre plus haut, est le premier employeur de personnel au sein des MDPH, avec 56 % des ETP (52 % en 2014).

Répartition des ETP réels internes aux MDPH par employeur en 2015

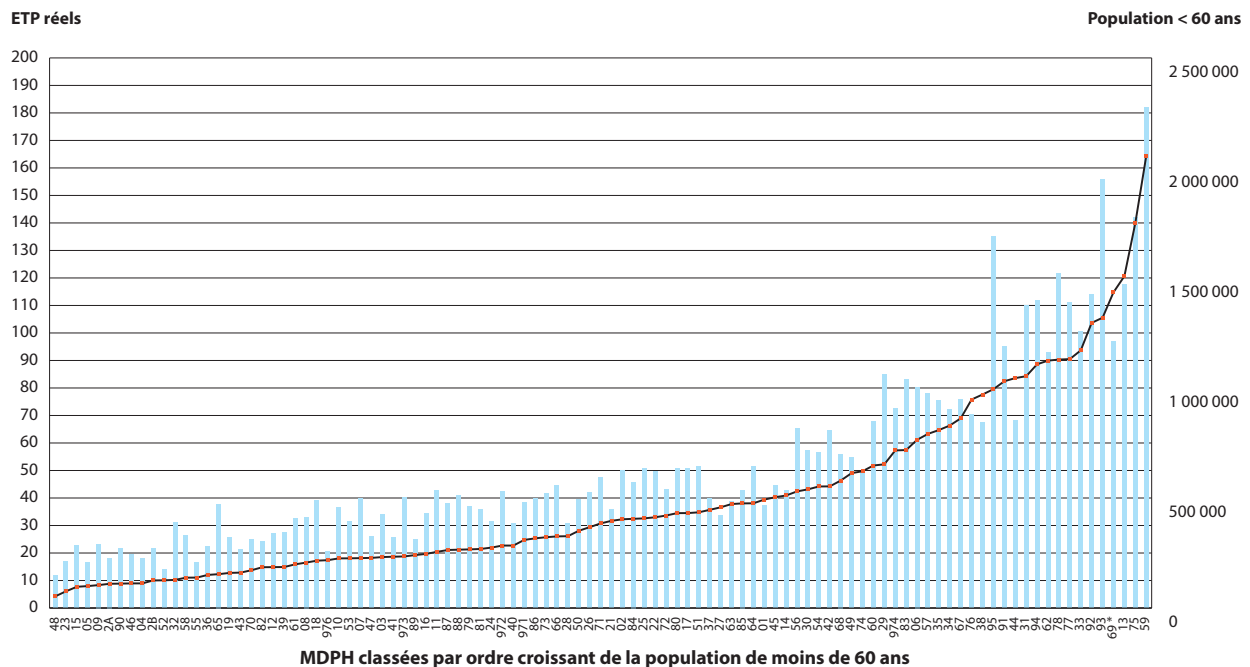
Échantillon : 102 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2015.

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

Nombre d'ETP effectivement travaillés par MDPH en 2015
(hors effectifs externalisés)
Échantillon : 101 MDPH



* MDMPH 69 : le nombre d'ETP externalisés dans les maisons du Rhône (non pris en compte dans le graphique) est supérieur à 205.
Source : CNSA, maquettes 2015.

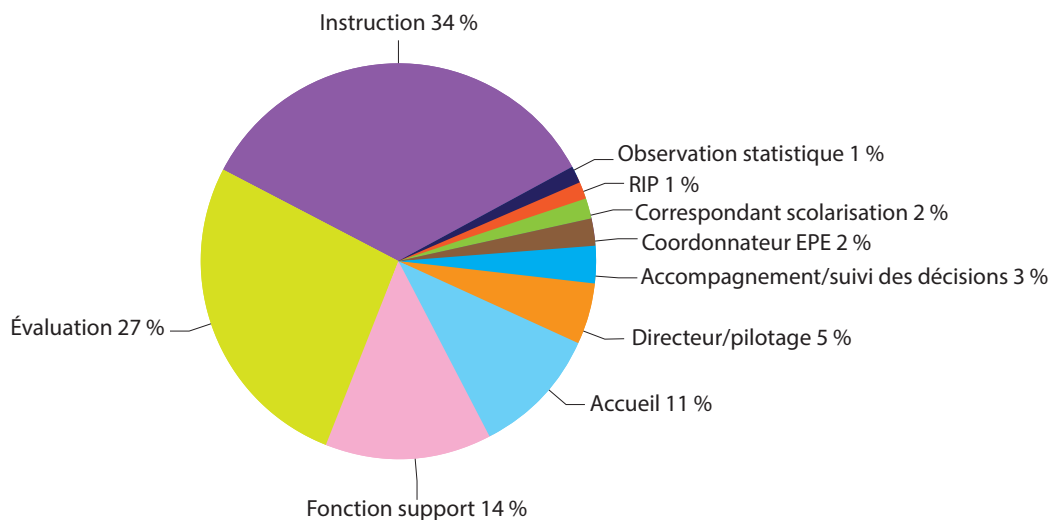
Des différences existent néanmoins, parfois importantes, notamment au sein des « grosses » MDPH. Ces différences peuvent résulter de l'effectif présent lors de la création en 2006, hérité des anciennes commissions (CDES et COTOREP), et/ou de l'importance du renfort de postes au cours des années d'installation.

Ces données gagneraient à être complétées par des données exhaustives relatives aux externalisations. Il n'est pas possible pour 2015 de faire cette analyse, les prestations de personnel externe étant encore trop souvent sous-estimées pour certaines MDPH (équivalent en ETP non toujours connu). Les différentes organisations internes et territoriales, que les seuls ETP internes ne permettent pas de mettre en évidence, représentent une limite aux comparaisons interdépartementales à ce stade.

Lorsque l'on regarde à présent la répartition des ETP internes par mission ou processus, toutes MDPH confondues, on retrouve les missions « cœur de métier » que sont l'instruction (34 % des ETP), l'évaluation/élaboration des réponses (27 %), l'accueil (11 %).

Répartition des ETP (effectivement travaillés) internes à la MDPH par processus/mission en 2015

Échantillon : 102 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2015.

La répartition des agents entre les catégories d'emploi A, B, C ou équivalent est stable dans le temps : ils étaient 24 % en catégorie A ou équivalent, 25 % en catégorie B ou équivalent, 51 % en catégorie C ou équivalent, comme en 2014.

De même, la répartition par statut est presque inchangée par rapport à 2014 : 58 % de fonctionnaires, 16 % de CDI de droit public, 11 % de CDD de droit public, 9 % de CDI de droit privé.

4. Les externalisations

Rappel : le périmètre des externalisations

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

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

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

Plus de 64 % des externalisations (fonctionnement + investissement) **sont réalisées à titre gratuit** (chiffre vraisemblablement sous-estimé du fait des valorisations financières parfois impossibles à renseigner).

Le total de ces externalisations gratuites, pour les données dont nous disposons, s'élève à **41,2 millions d'euros**.

Le département est le partenaire principal des MDPH pour les services externalisés – gratuits ou payants (pour 78 % des dépenses correspondantes) – soit 50 millions d'euros sur les 64 millions d'euros en 2015 pour 101 MDPH (dont seule une partie est refacturée).

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

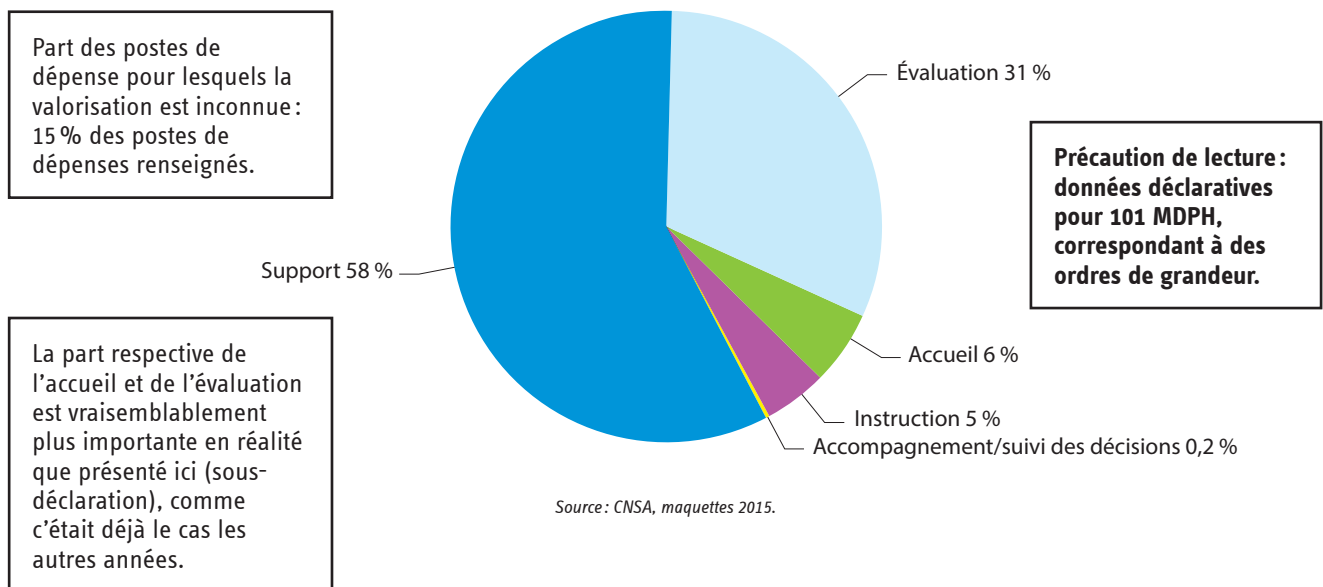
Si l'on considère les quatre processus que sont l'accueil, l'évaluation, l'instruction et l'administration générale au sein des prestations externalisées, les deux processus qui ont le plus de poids sont les fonctions support et l'évaluation (respectivement 58 % et 31 % des montants des prestations externalisées de fonctionnement – voir le graphique ci-après). Le poids de l'évaluation serait même renforcé si les MDPH étaient en capacité de valoriser systématiquement les externalisations gratuites, ce qui n'est pas le cas.

La mission d'instruction demeure en revanche majoritairement assurée par les MDPH en interne : seulement 5 % des montants attribués à l'externalisation concernent l'instruction alors que celle-ci représente 34 % des charges de personnel pour le personnel interne aux MDPH.

Répartition du montant des externalisations renseignées par les MDPH en 2015

(services non refacturés compris – hors investissement) : par mission/processus

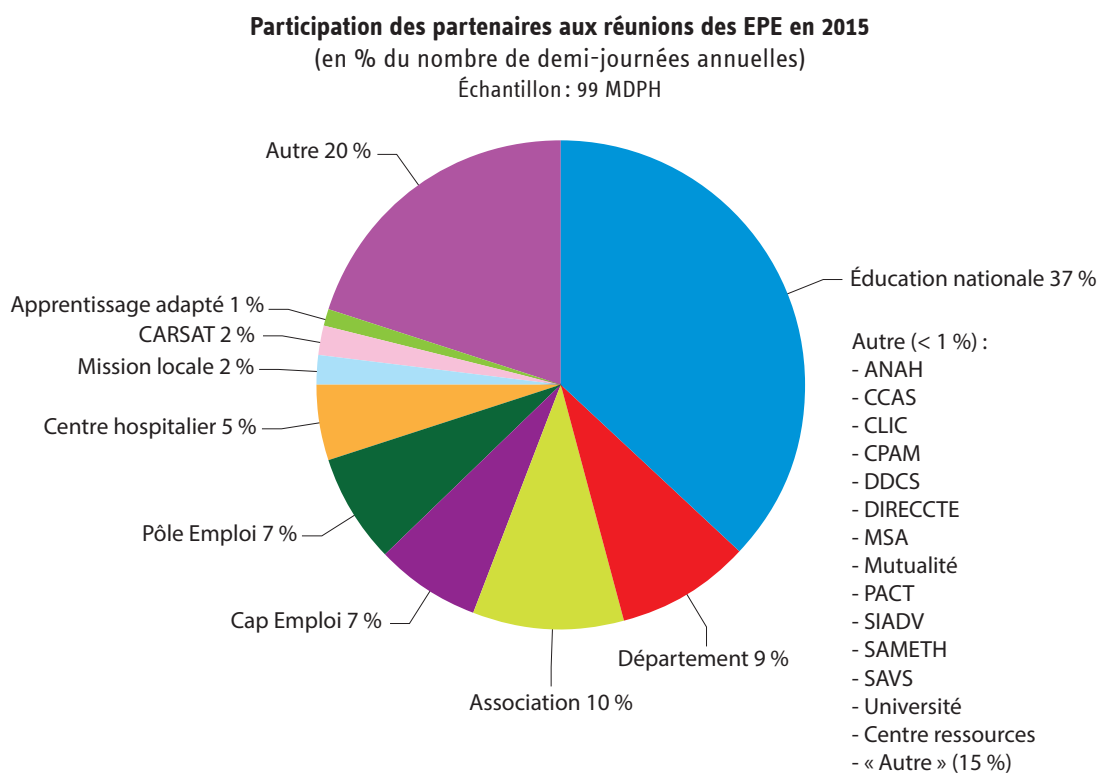
Échantillon : 101 MDPH



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

Pour la deuxième année consécutive, les analyses intègrent la participation des partenaires externes aux réunions des équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE) tenues par les MDPH. Cette participation des partenaires est en effet fondamentale pour assurer la qualité des évaluations et représente un nombre conséquent de demi-journées : **54 375 demi-journées**, chiffrées à partir des données déclaratives de 100 MDPH.

L'implication des partenaires en termes de volumes de demi-journées déclarés par chacun d'eux se répartit de la manière suivante (voir le graphique ci-dessous), avec une présence très significative (comme en 2014) de l'Éducation nationale qui compte pour 37 % du total des demi-journées. La présence des associations (10 %) est également à remarquer. La rubrique « Autre », qui totalise 20 % des demi-journées, montre la richesse et la variété des partenariats que peuvent nouer les MDPH (liste non exhaustive ci-dessous).

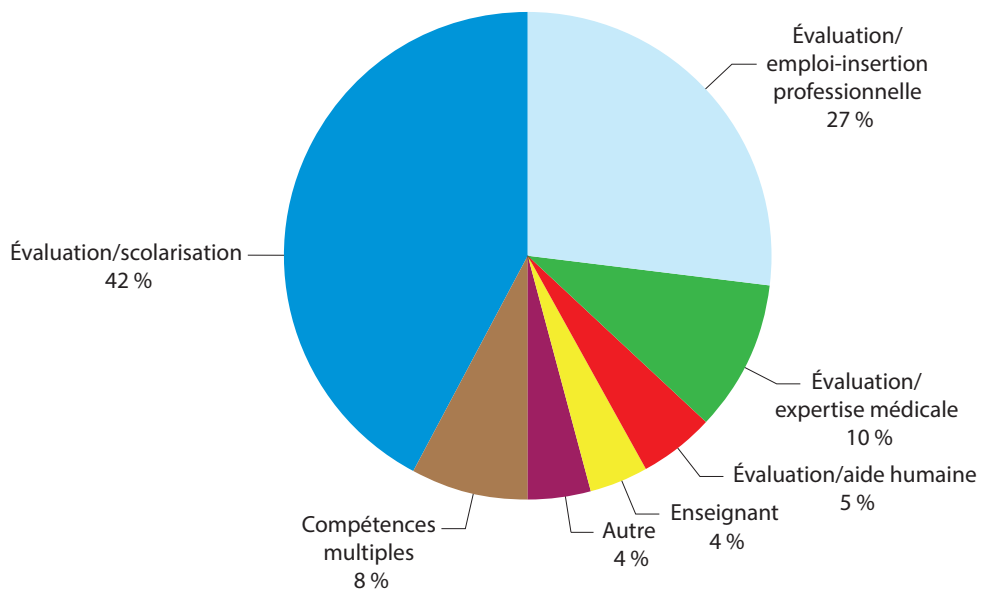


Source : CNSA, maquettes 2015.

Une autre manière d'illustrer la présence importante des partenaires de l'Éducation nationale est d'observer la répartition de leurs participations respectives par « compétences recherchées ».

On constate alors que la compétence relative à la thématique de la scolarisation représente la part la plus importante des demi-journées (42 %), même si les compétences relatives à l'emploi/insertion professionnelle sont également fréquemment sollicitées, à hauteur de 27 % du temps consacré par les partenaires à ces réunions.

Expertises/compétences recherchées chez les partenaires participant aux réunions des EPE en 2015
(en % du nombre de demi-journées annuelles)
Échantillon : 99 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2015.

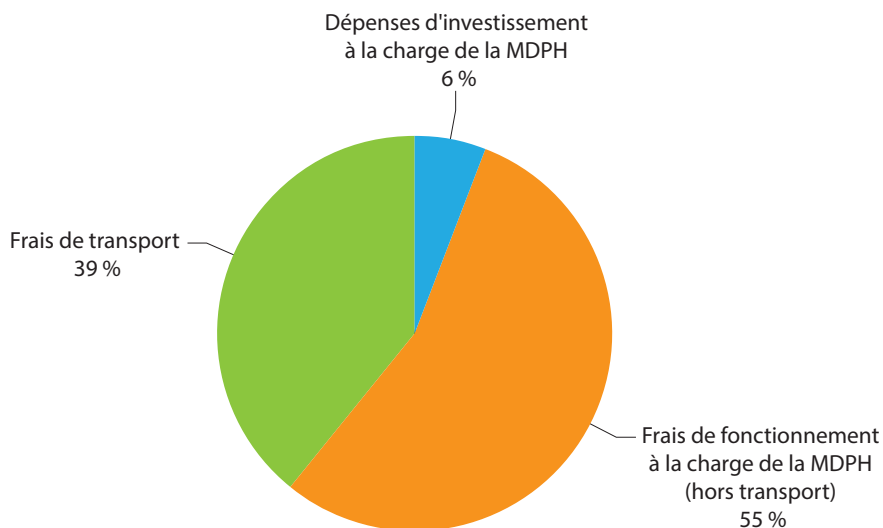
6. Les liens entre les MDPH et les enseignants-référents de l'Éducation nationale

Nous avons recensé, pour la deuxième année consécutive, l'ensemble des enseignants-référents en lien avec la MDPH (et non pas seulement ceux qui participent exclusivement aux réunions des équipes pluridisciplinaires d'évaluation). Cette donnée contribue en effet à éclairer le lien privilégié des MDPH avec l'Éducation nationale.

1 725 enseignants-référents sont en lien avec les 101 MDPH de l'échantillon. Le coût total pour les quatre-vingt-dix-sept MDPH ayant renseigné au moins une partie des données s'élève en 2015 à 2,35 millions d'euros. Pour les quatre-vingts MDPH ayant renseigné l'ensemble des données (y compris l'investissement), ce coût se répartit de la manière suivante :

Répartition des frais liés aux enseignants-référents à la charge de la MDPH en 2015

Échantillon : 80 MDPH

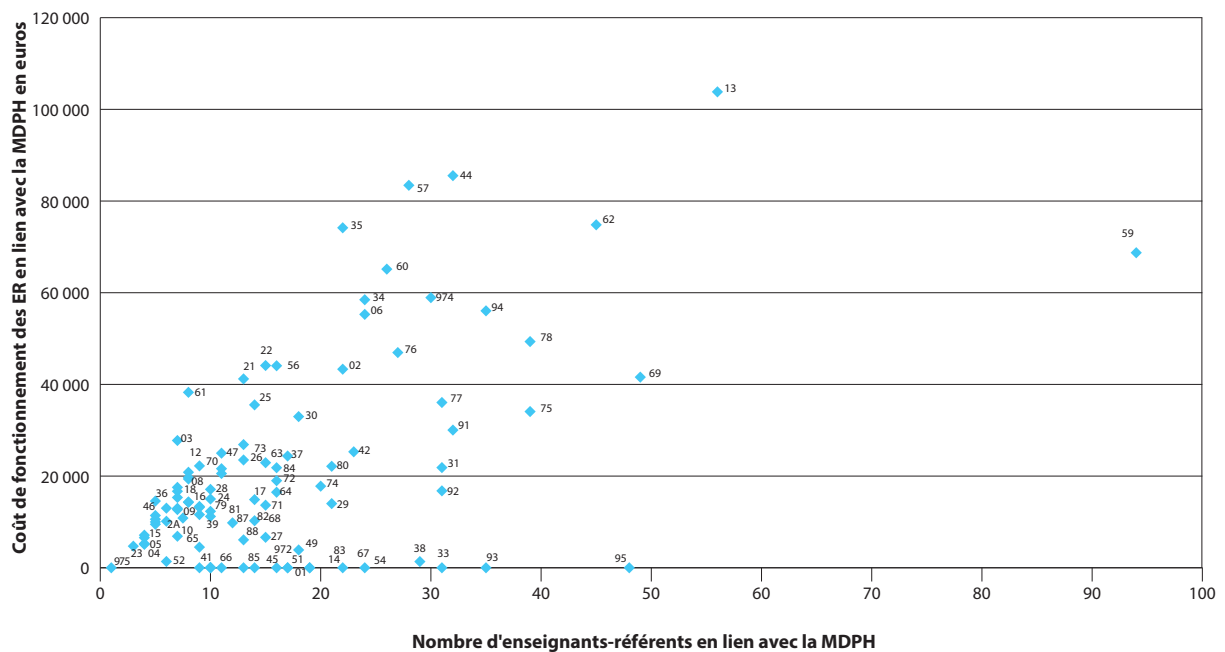


Source : CNSA, maquettes 2015.

Le graphique suivant montre la distribution de ces valeurs pour chacune des 101 MDPH ayant renseigné cette donnée. La très grande majorité des MDPH sont en lien avec moins de vingt enseignants-référents. Le graphique met en lien ce nombre d'enseignants-référents avec le coût supporté par la MDPH.

Pour les MDPH ayant renseigné ces deux données, la médiane du coût moyen par enseignant-référent à la charge des MDPH est de 1 600 euros.

Nombre d'enseignants-référents en lien avec la MDPH et coût de fonctionnement associé à ces ER en 2015
(y compris transport)
Échantillon : 101 MDPH



Source : CNSA, maquettes 2015.

Certaines MDPH sont en capacité de renseigner le nombre d'enseignants-référents avec lesquels elles sont en lien, mais pas le coût de fonctionnement à leur charge. Ces MDPH figurent sur l'axe des abscisses.

En synthèse

Pour apprécier le fonctionnement des MDPH, il faut rappeler que la plus grande part (79 %) des dépenses des maisons départementales – qui avoisinent 341,3 millions d'euros – est constituée de charges de personnel (mises à disposition de personnel en interne non refacturées et personnel externe « gratuit » inclus).

Plus de la moitié de ces dépenses est réalisée sur le budget du GIP. La maquette permet d'identifier par là même que 37 % du coût de fonctionnement des MDPH est supporté par les partenaires du GIP (mises à disposition gratuites de personnel, services externalisés non refacturés).

Chez les contributeurs principaux, la place des départements continue de se renforcer, tendanciellement, en particulier pour ce qui concerne les apports financiers. Les apports en nature ont en effet tendance à augmenter moins nettement (pour les départements), voire à diminuer (pour l'État) au profit des apports en dotation monétaire. Cette tendance à la modification de la nature des aides (au profit d'apports financiers) se confirme maintenant depuis plusieurs années.

La diversité des modalités d'organisation des MDPH s'observe d'une part au travers des relations financières qu'elles entretiennent avec leurs partenaires et, d'autre part, dans le nombre, la nature et l'origine du personnel qui y travaille ou qui est en lien avec elles (partenaires nombreux et variés participant aux réunions d'équipes pluridisciplinaires d'évaluation ; enseignants-référents).

5

Focus sur les grandes thématiques des MDPH

1. Scolarité

La loi du 11 février 2005 fixe pour objectif de proposer « à chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire. » Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et l'Éducation nationale, en lien avec les familles, les associations et la CNSA, mettent tout en œuvre pour répondre à cet objectif.

Sur l'année scolaire 2015-2016, 278 978 enfants en situation de handicap ont été scolarisés dans les écoles et établissements relevant du ministère de l'Éducation nationale : 160 043 dans le premier degré et 118 935 dans le second degré. Depuis 2012, ce sont 24 % d'élèves en situation de handicap supplémentaires qui sont scolarisés en milieu ordinaire.

Les demandes relatives à la scolarisation représentent une part importante des demandes concernant les enfants : en 2015, 17,5 % de ces demandes étaient relatives à l'aide humaine à la scolarisation ; 4,9 % au transport scolaire ; 26,9 % à une orientation en ESMS, y compris scolaire.

MDPH d'Eure-et-Loir (28)

1 855 demandes de scolarité des enfants handicapés ont été reçues à la MDPH d'Eure-et-Loir en 2015, contre 2 392 demandes en 2014, soit une diminution de 22,45 %. Ces demandes concernent la scolarisation des enfants en milieu ordinaire, que ce soit en intégration collective (CLIS/ULIS) ou individuelle. 399 décisions ont été prises en 2015 : 339 pour les demandes d'orientation en classes ou unités d'intégration (ULIS école, ULIS collège, ULIS lycée), 60 pour des demandes en sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA). Le taux d'accord est de 87,61 % pour les orientations en ULIS et de 88,33 % pour les orientations en SEGPA.

MDPH des Yvelines (78)

La demande des parents d'enfants en situation de handicap reste majoritairement la scolarisation en milieu scolaire ordinaire. Conformément à l'esprit de la loi de 2005, les décisions de scolarisation avec aide humaine individuelle ou mutualisée dans le cadre d'une classe ordinaire, d'une classe adaptée (SEGPA) ou d'un dispositif spécialisé (ULIS) restent majoritaires. L'évolution de la réglementation (décret n° 2014-1485 du 11 décembre 2014) a élargi le périmètre de la CDAPH en lui confiant la décision de maintenir les élèves en situation de handicap en maternelle.

MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)

Après une stagnation en 2014, une forte hausse est observée en 2015 pour les décisions d'orientation scolaire. Elle est particulièrement marquée pour les ULIS et s'explique partiellement par des créations de classes spécialisées. Les maintiens en grande section maternelle augmentent également de manière importante. Les taux d'accord sont proches des 100 % (99 %), en forte progression par rapport à 2014 (90 %). Un travail important a été initié au niveau régional avec l'ensemble des professionnels intervenant dans le diagnostic et la prise en charge des troubles spécifiques du langage. Sur la base d'une culture commune et de protocoles partenariaux construits au niveau de la Lorraine, ces travaux doivent se traduire en 2015 par une meilleure connaissance de ces questions des professionnels de terrain, un diagnostic plus précis et des évaluations facilitées pour la MDPH. Des travaux ont également été initiés avec le centre [de] ressources autisme de Lorraine avec les mêmes objectifs. Les vingt-cinq enseignants-référents du département jouent un rôle central dans l'accès à la scolarisation des enfants handicapés : par une présence aux côtés des familles et des professionnels de terrain pour apporter de l'information sur le dispositif, par une aide aux familles pour déposer les demandes à la MDPH, par un partenariat étroit avec la MDPH afin de rendre disponible l'information existante et faciliter les liens avec les familles, pour expliquer les décisions prises aux familles et professionnels intervenants auprès de l'enfant.

Auxiliaire de vie scolaire/aide humaine

La scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire continue sa progression cette année, notamment grâce à un accompagnement par des auxiliaires de vie scolaire : environ 120 000 élèves étaient accompagnés par une aide individuelle ou par une aide mutualisée en 2015 contre 26 341 en 2006 (source Éducation nationale).

Pour mémoire, ces progrès ont mis en évidence la nécessité de faire évoluer le statut, jusqu'alors très précaire, des auxiliaires de vie scolaire. La CNSA et les MDPH ont contribué aux réflexions sur le décret qui redéfinit l'aide humaine aux élèves handicapés, publié au Journal officiel du 25 juillet 2012.

Le nombre des demandes augmente fortement, tout comme le nombre de décisions relatives à une aide humaine en milieu scolaire.

MDPH du Gard (30)

1 877 élèves sont accompagnés par une auxiliaire de vie scolaire (1 471 en 2014-2015) : 1 184 élèves bénéficient d'une auxiliaire de vie scolaire individuelle (1 111 en 2014-2015 – 63 % des AVS) soit à temps complet soit à temps partiel avec une proportion plus importante dans le primaire (78 % des AVSI dans le primaire). La prescription croissante des AVSI peut être la conséquence du manque de la disparition des RASED. Un grand nombre de demandes relèvent, en effet, plus de difficultés scolaires que d'un handicap.

MDPH du Pas-de-Calais (62)

Le nombre d'enfants qui font l'objet d'un accompagnement par une auxiliaire de vie scolaire a augmenté de manière progressive.

AVSi et AVSm

L'aide humaine aux élèves handicapés peut être assurée par des auxiliaires de vie scolaire individualisée (AVSi) et des auxiliaires de vie scolaire mutualisée (AVSm) qui accompagnent les élèves dans les actes de la vie quotidienne, dans l'accès aux activités d'apprentissage et dans les activités de la vie sociale et relationnelle. Certaines MDPH observent que l'aide individualisée concerne plutôt les jeunes élèves. Le choix entre l'aide individualisée et l'aide mutualisée relève parfois d'un exercice difficile compte tenu de la latitude d'interprétation permise par les textes.

MDPH de Paris (75)

Une aide humaine, individuelle ou collective, a été attribuée en 2015 à un peu plus de 2 900 élèves. Il s'agit d'une augmentation de 31 % par rapport à 2014, et de 63 % par rapport à 2013 (respectivement + 28 % et + 56 % en termes de dossiers). On constate un effet de cycle dans les renouvellements, avec un taux d'évolution des renouvellements qui s'établit à + 44 % sur un an, contre 11 % pour les premières demandes. Les décisions sur renouvellement ou révision représentent en 2015 plus de 60 % du total. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 6-10 ans (âge au dépôt), avec 1 335 décisions d'accord. Les cinq ans et moins et les 11-15 ans représentent des proportions similaires dans les décisions d'accord. Les accords portent pour environ 50 % sur des aides individuelles, proportion qui varie fortement selon la tranche d'âge : pour les plus jeunes, la proportion des aides individuelles approche 70 % ; elle passe à 41 % pour les élèves âgés de onze à quinze ans au moment du dépôt, et même à un tiers pour les élèves les plus âgés. La progression des accords d'aide individuelle est très forte par rapport à 2014. Il semble que ce soit sur ce type d'aide que l'effet de cycle soit le plus marqué ; les accords sur première demande croissent également de façon très significative (+ 42 % contre + 55 % pour les décisions sur renouvellement), mais après une année 2014 marquée par un recul des premiers accords. Pour les aides mutualisées, si le nombre total d'accords croît par rapport à 2014, cette hausse s'explique uniquement par les décisions de renouvellement.

MDPH des Yvelines (78)

Concernant l'aide humaine aux élèves handicapés, la « latitude d'interprétation » du décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012 rend toujours difficile l'appréciation des besoins d'aide mutualisée ou individualisée pour les équipes et pour la CDAPH. Des travaux conduits par la CNSA devraient aboutir à un outil susceptible d'aider à la proposition et à la décision.

Déploiement et utilisation du GEVA-Sco

L'élaboration du projet personnalisé de scolarisation des élèves doit être menée sur la base de l'évaluation des besoins, selon une approche globale (besoins en matériel adapté, aménagements pédagogiques, transport...). Pour ce faire, un outil spécifique a été structuré : le GEVA-Sco.

Conçu par la CNSA, le ministère de l'Éducation nationale, des associations de parents et des MDPH, puis expérimenté dans quelques départements en 2011, le GEVA-Sco est mis à la disposition des équipes éducatives des établissements scolaires et des équipes pluridisciplinaires des MDPH depuis l'automne 2012.

Le décret du 11 décembre 2014 rend son utilisation obligatoire, en particulier dans le cas d'une demande de réexamen.

Entre temps, les formulaires du GEVA-Sco ont été revus pour prendre en compte les remarques des professionnels de façon à améliorer leur structure et à clarifier les modalités de remplissage. Outil réglementaire depuis février 2015, il est renseigné par l'équipe éducative (EE) pour une première demande et par l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS) pour un réexamen associant la famille. Véritable outil de dialogue entre les différents acteurs concernés par la situation d'un élève handicapé, il s'inscrit dans une démarche d'harmonisation des procédures d'évaluation des situations dans le champ de la scolarité.

Les modalités d'utilisation du GEVA-Sco ont été précisées dans une nouvelle circulaire de l'Éducation nationale en date du 25 août 2016 : à partir de l'observation de l'élève en milieu scolaire, le GEVA-Sco décrit les compétences et les connaissances de celui-ci, permettant ainsi à l'équipe pluridisciplinaire d'analyser les besoins de l'élève et de proposer, le cas échéant, un PPS. Afin de faciliter son utilisation, la CNSA a coordonné la rédaction de son manuel d'utilisation et accompagne sa diffusion ; destiné aux professionnels, ce manuel a pour objectif de faciliter l'utilisation du GEVA-Sco, qu'il s'agisse d'une première demande à la MDPH ou d'un réexamen de la situation de l'élève.

Le GEVA-Sco fait l'objet d'une utilisation à la fois opérationnelle et généralisée. Il permet aussi bien de traiter les demandes qui relèvent de l'orientation des enfants que des aides humaines ou techniques.

MDPH de la Haute-Loire (43)

L'outil GEVA-Sco (guide d'évaluation multidimensionnelle) a été mis en place en Haute-Loire en 2014 après un travail commun d'appropriation entre les enseignants-référents et le pôle enfants de la MDPH. Aujourd'hui, il est l'outil de référence dans la remontée des informations émanant des équipes de suivi de la scolarisation (ESS), et son appropriation par les professionnels de l'Éducation nationale est une réussite.

MDPH de la Vienne (86)

Le GEVA-Sco est généralisé sur l'ensemble des premières demandes ou réorientations.

MDPH de la Charente (16)

Pour les décisions relatives aux enfants, les éléments en rapport avec la scolarisation sont recueillis grâce au « GEVA-Scolarisation ». L'utilisation du GEVA-Sco est maintenant généralisée pour toutes les demandes relatives à l'orientation, à l'accompagnement et [à] l'attribution de matériel pédagogique.

MDPH de la Haute-Vienne (87)

Impliquée depuis 2009 dans l'expérimentation du GEVA-Sco, la MDPH a depuis longtemps adapté ses pratiques aux orientations nationales. Dès novembre 2012, l'usage en a été généralisé dans tout le département pour toute demande de compensation scolaire (orientation, aide humaine et technique) et/ou orientation médico-sociale. De fait le décret généralisant l'usage du GEVA-Sco a simplement confirmé les procédures existantes à la MDPH. Seule la formalisation du GEVA-Sco a nécessité quelques ajustements de la part des enseignants-référents afin d'être en totale adéquation avec l'arrêté ministériel du 6 février 2015.

Retours sur la mise en place du projet personnalisé de scolarisation

Le projet personnalisé de scolarisation (PPS) est le document de référence du parcours de l'élève handicapé. Il définit et coordonne les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap.

À partir de la demande de la famille, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH procède à l'évaluation de la situation de l'élève et élabore un PPS, sur la base des informations recueillies et transmises dans le GEVA-Sco, qui sera soumis à la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Le PPS est ensuite proposé à la famille qui peut formuler ses observations à la CDAPH. Après avoir été adopté par la CDAPH, il est transmis à toutes les personnes concernées, c'est-à-dire à l'élève majeur ou, s'il est mineur, à ses parents ou à son responsable légal, à l'enseignant-référent, au directeur de l'établissement scolaire ou de l'établissement ou service médico-social.

Il peut être révisé à tout moment et notamment à chaque changement de cycle ou d'orientation scolaire.

Les articles D. 351-1 et suivants du Code de l'éducation précisent le contenu du PPS, le rôle de l'équipe pluridisciplinaire, celui de l'équipe chargée du suivi de la scolarisation et celui de la CDAPH.

De nombreuses MDPH étaient en attente du décret relatif à la mise en œuvre d'un « PPS normalisé ». C'est la raison pour laquelle la CNSA, dont l'une des missions est de veiller à l'équité de traitement d'un département à l'autre, a participé avec plusieurs directeurs et correspondants scolarisation des MDPH à la rédaction du décret du 11 décembre 2014, pilotée par le ministère de l'Éducation nationale. Ce décret précise le contenu du projet personnalisé de scolarisation, le rôle de l'équipe pluridisciplinaire, celui de l'équipe chargée du suivi de la scolarisation et celui de la CDAPH.

La CNSA accompagne les MDPH et leurs éditeurs pour faire évoluer leurs systèmes d'information en y intégrant le PPS.

Plusieurs nouveaux outils sont annexés à la circulaire du 25 août 2016.

Certaines MDPH ont bénéficié de l'appui de l'Éducation nationale, notamment à travers la mise à disposition de contrats aidés, pour initier la mise en place de ce nouveau PPS. Il est en cours d'informatisation dans un grand nombre de départements.

MDHP de la Vienne (86)

La nouvelle version informatisée du PPS a été livrée à la MDPH en novembre 2015 permettant d'établir un calendrier de travail pour des tests avant sa mise en œuvre opérationnelle après concertation entre la MDPH et les services départementaux de l'Éducation nationale. Dans l'attente, des adaptations de forme ont été réalisées sur le plan personnalisé de compensation (PPC) en regroupant l'ensemble des aides attribuables au titre de la scolarisation sous une partie PPS, intégrée au plan de compensation global.

MDPH de l'Hérault (34)

La participation du correspondant scolarisation de la MDPH aux réunions nationales à la CNSA a permis une meilleure information et une déclinaison plus facile sur le terrain des avancées nationales. La procédure de validation des PPS est en augmentation cette année. Les éditeurs de logiciels sont informés de ce PPS par la CNSA, en attendant l'informatisation et les moyens humains nécessaires à sa rédaction et à la saisie, nous poursuivons notre organisation mise en place en lien avec l'Éducation nationale c'est-à-dire : l'enseignant-référent fait une proposition de PPS à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui suit ou non la proposition au regard de l'ensemble des éléments d'évaluation ; cette proposition est validée par la CDAPH.

MDPH de la Dordogne (24)

Les PPS étaient rédigés par les enseignants-référents. À compter de la rentrée 2015, la MDPH a repris cette tâche, confiée au référent scolarisation (mi-temps). Le module informatique IODAS n'étant pas disponible, les PPS sont pour l'instant saisis au format Word selon la trame annexée au décret.

MDPH du Var (83)

Le décret du 11 décembre 2014 sur le projet personnalisé de scolarisation (PPS) et le guide d'évaluation scolaire (GEVA-Sco) auront des conséquences non négligeables sur les poids de charge et l'organisation de la MDPH. En effet, l'envoi d'un PPS sera systématique pour toute demande concernant un enfant. Une nouvelle organisation a été mise en place en 2015 pour permettre l'élaboration et l'envoi des PPS. En 2016, la direction des services départementaux de l'Éducation nationale mettra également à disposition de la MDPH deux agents en contrats aidés pour accompagner cette mission.

Troubles Dys

La CNSA a élaboré en 2014, en lien avec les professionnels et les associations concernés, un guide d'appui pour l'élaboration des réponses aux besoins des personnes présentant des troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages. Le guide propose une définition de ces troubles, communément appelés « troubles Dys ». Les troubles Dys⁷ concernent les fonctions cognitives. Ces fonctions représentent tous les processus cérébraux par lesquels l'être humain reçoit l'information, la traite, la manipule, la communique et s'en sert pour agir. Les troubles cognitifs englobent tous les dysfonctionnements des fonctions cognitives. Ils peuvent être globaux (déficience intellectuelle) ou spécifiques à une fonction cognitive particulière.

Ils affectent une ou plusieurs fonctions cognitives, mais pas le fonctionnement cognitif global (contrairement à la déficience intellectuelle). Ce sont des troubles neurocomportementaux, c'est-à-dire des troubles qui traduisent une déviation, une perturbation ou un dysfonctionnement du développement du cerveau et qui ne sont pas imputables à un manque d'apport socioculturel.

Ils sont nommés troubles cognitifs spécifiques, car ils ne peuvent être totalement expliqués ni par une déficience intellectuelle globale ni par une déficience sensorielle ou neurologique lésionnelle ni par un trouble du spectre autistique ou un trouble psychique.

Ils apparaissent au cours du développement de l'enfant, avant ou au cours des premiers apprentissages, et peuvent persister à l'âge adulte. Ils se répercutent de façon significative sur l'insertion scolaire, professionnelle et sociale. Ces troubles peuvent aussi avoir des conséquences affectives et comportementales. Par ailleurs, la difficulté, voire l'incapacité à automatiser une procédure, la lenteur, l'épuisement rapide, la fatigabilité sont des caractéristiques fréquemment observées et communes à l'ensemble de ces troubles. Si ces retentissements peuvent être identifiés pour chacun des troubles et cumulés dans la plupart des situations, ils ne sont néanmoins pas observés systématiquement.

⁷ Voir le dossier technique CNSA, *Troubles du spectre de l'autisme. Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme.*

Les altérations de fonction, les principales limitations d'activité et les restrictions usuelles de participation se déclinent différemment selon les troubles Dys :

- les troubles spécifiques et durables de développement du langage oral (dysphasies) ;
- les troubles spécifiques et durables de développement du geste et/ou des fonctions visuospatiales (dyspraxies ou troubles de l'acquisition de la coordination) ;
- les troubles spécifiques et durables de l'acquisition du langage écrit (dyslexies, dysorthographies) ;
- les troubles spécifiques et durables des activités numériques (dyscalculies) ;
- les troubles spécifiques et durables de développement des processus attentionnels et des fonctions exécutives (TDAH).

Les troubles Dys occupent une bonne part des demandes de PPS, que ce soit en première intention ou associés à d'autres troubles qui induisent la nécessité d'une aide.

MDPH du Vaucluse (84)

Concernant la problématique des enfants porteurs de troubles Dys, une réflexion commune entre l'Éducation nationale et les EP des MDPH permet une meilleure analyse des besoins particuliers de ces enfants. Les établissements scolaires du Vaucluse mettent progressivement en place le PAP [plan d'accompagnement personnalisé] pour compenser les difficultés liées aux troubles Dys. Ce plan n'étant pas toujours effectif, il arrive que les familles fassent une demande de PPS à la MDPH.

En Vaucluse, la MDPH peut orienter les élèves dyslexiques vers une ULIS spécifique (ULIS Dys) localisée à Avignon. Cependant, la liste d'attente est importante, et certains enfants du département relevant de ce dispositif ne peuvent en bénéficier du fait de leur éloignement géographique.

Une unité d'enseignement externalisée « troubles spécifiques du langage oral » est en cours de création dans le cadre de l'ouverture de sept places de SESSAD [service d'éducation spéciale et de soins à domicile] trouble spécifique du langage oral (TSLO).

MDPH du Val-de-Marne (94)

En outre, la démarche d'évaluation commune pour les troubles Dys travaillée entre les différentes académies d'Île-de-France, afin de repérer les candidats en situation de handicap a permis une harmonisation du traitement des demandes. Cette démarche, en cours pour la deuxième année consécutive, a abouti à une augmentation du nombre de refus d'aménagement et à une légère diminution du nombre de demandes :

- *cette articulation avec les médecins de l'Éducation nationale a été menée également en lien avec l'IEN ASH (inspecteur en charge de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés) qui coordonne l'activité des enseignants-référents ;*
- *il renforce donc le travail de partenariat avec l'EN [Éducation nationale] mené par le pôle Scolarisation et le lien entre les deux pôles au service de l'accompagnement global de l'enfant.*

Des partenariats utiles qui ont permis de créer une synergie des réseaux

Au cœur du réseau local de services dédiés aux personnes handicapées, les MDPH ont souvent formalisé des partenariats qui la relient aux autres acteurs intervenant dans le champ du handicap et qui lui permettent d'accroître l'efficacité et le suivi des décisions prononcées par la commission des droits et de l'autonomie. C'est le cas notamment dans le champ de la scolarisation et de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

Partenariats dans le champ de la scolarisation

Les MDPH développent de nombreux partenariats dans le champ de la scolarité. Ces partenariats avec l'Éducation nationale vont au-delà de l'organisation de l'enseignement des élèves en situation de handicap et peuvent concerner l'ensemble des échanges entre les acteurs, que ce soit pour solliciter l'aide de la MDPH, mais aussi pour favoriser un contact dynamique entre les enseignants et les MDPH.

MDPH des Yvelines (78)

Éducation : la direction académique, l'université de Versailles-Saint-Quentin ainsi que les neuf collèges dans lesquels sont implantés les enseignants-référents de scolarisation (ERS). Outre la participation institutionnelle de l'Éducation nationale à la COMEX et aux réunions de CDAPH, les relations de travail sont fréquentes avec notamment les services de l'ASH [adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés]. Elles sont destinées à :

- *se tenir informés mutuellement des avancées en matière de réglementation et envisager la déclinaison des textes réglementaires au niveau local ;*
- *créer des procédures et des outils communs permettant le recueil des données, l'évaluation, la prise de décision ;*
- *faciliter la mise en œuvre des décisions de projet personnalisé de scolarisation, notamment en permettant la transmission informatisée des informations concernant l'attribution des aides humaines, des orientations vers les dispositifs spécialisés...*

La MDPH 78 dispose à ce jour de personnels mis à disposition. Elle bénéficie de la participation des trente-neuf enseignants-référents. Par ailleurs, certains directeurs d'EGPA [enseignements généraux et professionnels adaptés] et coordonnateurs d'ULIS sont présents au sein des EPSE [équipe pluridisciplinaire spécialisée enfant].

MDPH du Finistère (29)

Échanges informatiques avec l'Éducation nationale : Des partenariats importants et réguliers ont été engagés avec l'Éducation nationale pour renforcer l'utilisation d'outils communs facilitant la compréhension respective de ceux-ci et l'exploitation qui doit en être faite. La co-construction ou l'exploitation de ces supports sous forme numérique, GEVA-Scolarisation ou fiche de liaison directement complétés sous format numérique par l'enseignant-référent de l'Éducation nationale imposait la recherche d'un moyen de transmission adapté. Pour éviter les impressions papier pour transmission à la MDPH qui les renumérise, la convention approuvée par la COMEX du 13 novembre 2015 organise l'envoi via la plateforme Oodrive à travers un espace dédié. Celui-ci offre à l'enseignant-référent la possibilité du dépôt direct de l'ensemble des éléments concernant le jeune, sans délai de transmission et évitant ainsi les risques de perte tout en lui procurant un gain de temps. Parallèlement, la MDPH a doté les instructeurs enfants de doubles écrans pour faciliter l'exploitation simultanée des documents transmis et la saisie des éléments dans l'application. Saisissant immédiatement cette opportunité fin 2015, les enseignants-référents ont déposé 358 documents pour une moyenne de 1 000 par mois par la suite. Inversement, via ce même outil, la MDPH met à disposition de ces mêmes enseignants-référents les tableaux de décisions de la CDAPH pour leur permettre d'avoir connaissance des décisions individuelles actives en lieu et place des copies de notifications qui faisaient l'objet d'envois courrier.

Relations avec les enseignants-référents

Le partenariat entre l'inspection académique et les MDPH semble se renforcer. L'utilisation d'outils communs comme le PPS et le GEVA-Sco paraît contribuer à l'harmonisation des relations entre les MDPH et les enseignants-référents. Ceux-ci sont accompagnés à travers des formations destinées à faciliter l'appropriation des procédures permettant l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des PPS, au profit des élèves en situation de handicap.

MDA de la Mayenne (53)

Les enseignants-référents s'appuient pour les premières demandes sur les directeurs ou chefs d'établissements scolaires. Ils contribuent à diffuser en amont de la constitution des dossiers l'information sur les pièces indispensables pour évaluer les besoins des élèves en fonction de leurs difficultés. Ces pièces pourront ainsi être jointes avec les documents administratifs liés à la recevabilité des dossiers, par la MDA. À réception, la MDA aura peu, voire pas de document complémentaire à demander et pourra d'emblée engager le processus d'évaluation et de réponse aux besoins des élèves. Elle sera plus réactive. Les délais de réponse seront minorés.

MDPH de Saône-et-Loire (71)

Les représentants du secteur enfants de la MDPH participent aux réunions organisées par l'IEN ASH avec les enseignants-référents du département. Des temps d'échanges réguliers ont été par ailleurs mis en place entre la correspondante de scolarisation et les enseignants-référents. Ils permettent de clarifier des procédures, de créer de nouveaux outils de communication, d'apporter aux ER nouvellement nommés une information sur le fonctionnement de la MDPH et les différents modes de compensation du handicap (orientations, prestations...).

MDPH du Val-d'Oise (95)

Renforcement du partenariat avec l'inspection académique. Les rencontres régulières entre les équipes de la MDPH et de l'Éducation nationale se poursuivent, permettant d'approfondir le partenariat sur les documents à utiliser pour le PPS, la gestion des liens entre les référents et les enseignants MDPH, les procédures spécifiques (exemple: CLIS TED [classe pour l'inclusion scolaire troubles envahissants du développement]), le travail avec les ITEP [institut thérapeutique, éducatif et pédagogique], le lien CDO [commission départementale d'orientation]/CDA. Les relations se renforcent également entre les enseignants de la MDPH et les enseignants-référents, avec notamment la participation des enseignants mis à disposition de la MDPH aux formations prévues pour les enseignants-référents et aux réunions des enseignants-référents, mais également la participation aux formations des AVS par les enseignants de la MDPH...

MDPH de Mayotte (976)

Le travail en réseau avec les neuf enseignants-référents ainsi que l'aide précieuse du référent scolarisation de la MPH représentent un appui important pour éclairer les prises de décision de l'EPE. Ils sont le lien entre la famille, l'établissement scolaire et la MPH. Leur expertise permet également une bonne connaissance des situations de terrain.

MDPH de Paris (75)

L'accroissement particulièrement rapide des demandes liées à la scolarisation enregistré en 2015 a mis en difficulté l'équipe d'évaluation, qui a de plus reçu un nombre important de demandes à la fin du printemps. Dans la mesure où les demandes relatives aux orientations scolaires sont traitées en priorité, une partie de celles relatives aux AVS n'a pu être évaluée qu'entre juin et août. Même si les délais de traitement furent bien inférieurs à quatre mois, ce calendrier a évidemment perturbé la préparation de la rentrée scolaire, avec des délais très courts laissés au rectorat pour le recrutement des AVS. Afin de ne pas rencontrer les mêmes difficultés dans la préparation de la rentrée 2016, la MDPH et le rectorat ont convenu d'une nouvelle organisation, qui vient compléter le renfort des effectifs d'évaluation accordé par l'Éducation nationale (un ETP d'enseignant spécialisé). Le circuit des dossiers entre l'enseignant-référent et l'équipe d'évaluation a été revu, et corrélativement les modalités de participation des enseignants-référents aux équipes pluridisciplinaires ; les calendriers de remontée des GEVA-Sco et compte-rendu d'ESS ont été anticipés ; et enfin le suivi conjoint de la préparation de la rentrée a été renforcé, avec des échanges mensuels directs, à compter de février, entre la direction de la MDPH et la conseillère ASH du recteur. Cette organisation devrait permettre atteindre son objectif pour 2016. Elle présente cependant des fragilités, qui nécessiteront de nouvelles adaptations pour le prochain cycle scolaire.

Partenariats avec l'aide sociale à l'enfance

La plupart des MDPH déclarent avoir tissé des liens particuliers avec l'ASE, la plupart du temps en raison de l'intrication forte des problématiques sociales et médico-sociales (parcours familiaux difficiles notamment).

MDPH de la Meuse (55)

Au 31 décembre 2015, 106 enfants confiés à l'ASE bénéficient d'au moins un droit ouvert au titre du handicap à la MDPH. La proportion d'enfants handicapés parmi les enfants confiés à l'ASE est beaucoup plus importante que pour la population générale des jeunes de moins de vingt ans (17 % contre 3 % pour la population générale des moins de vingt ans).

MDPH du Haut-Rhin (68)

Depuis septembre 2011 : la MDPH participe à la commission « Adolescents en grande difficulté » de l'aide sociale à l'enfance. La commission se réunit tous les mois. Elle analyse des situations préoccupantes concernant des jeunes relevant de l'ASE. L'objectif de cette commission pluridisciplinaire est de trouver en partenariat des solutions en termes d'hébergements, de scolarité, de protection de l'enfance. Les éducateurs en charge des contrats jeunes majeurs sont présents lors des précommissions 16-25 ans. Intervention suite à une demande émanant du foyer Marie-Pascale Péan de Mulhouse afin de présenter les missions de la MDPH et d'échanger sur les relais possibles auprès de certains jeunes.

MDPH de la Corrèze (19)

La place de l'aide sociale à l'enfance a été aussi consolidée avec une participation proposée pour chaque EPE permettant ainsi de prendre en compte une analyse essentielle pour un nombre important d'enfants concernés à la fois par une mesure ASE et une décision MDPH.

MDPH des Landes (40)

L'ASE a en charge un certain nombre d'enfants pour lesquels la MDPH a accordé le bénéfice de l'AAEH. Dès lors, la prise en charge de ces enfants par les services de l'ASE entraîne pour le conseil départemental des surcoûts liés à leur handicap. Pourtant, en l'état actuel du droit, l'AAEH étant considérée comme une prestation familiale, elle ne peut être versée qu'à l'allocataire, personne physique, qui assume la charge effective et permanente de l'enfant. Si le service ASE assume la charge effective et permanente de l'enfant, il ne peut obtenir le versement de cette allocation en raison de sa qualité de personne morale. En conséquence, ces frais sont reportés sur le budget départemental alors qu'ils relèveraient d'une prise en charge par la CAF.

2. Prestation de compensation du handicap 2015 : évolution et contenu de la prestation

La prestation de compensation du handicap (PCH) en 2015 représente 271 700 demandes à instruire pour les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), dont 12,2 % concernent des demandes de PCH enfants. Les demandes de PCH continuent d'augmenter (+ 8 % par rapport à 2014) ; elles avaient fortement augmenté jusqu'en 2010, puis leur augmentation s'était ralentie tout en restant soutenue. En 2015, les MDPH ont accordé environ 123 000 PCH. Après une période de diminution, le taux d'accord se stabilise.

En 2015, la prestation de compensation du handicap représente près de 7 % des demandes déposées auprès des MDPH (une part stable depuis 2010) et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) seulement 0,3 %.

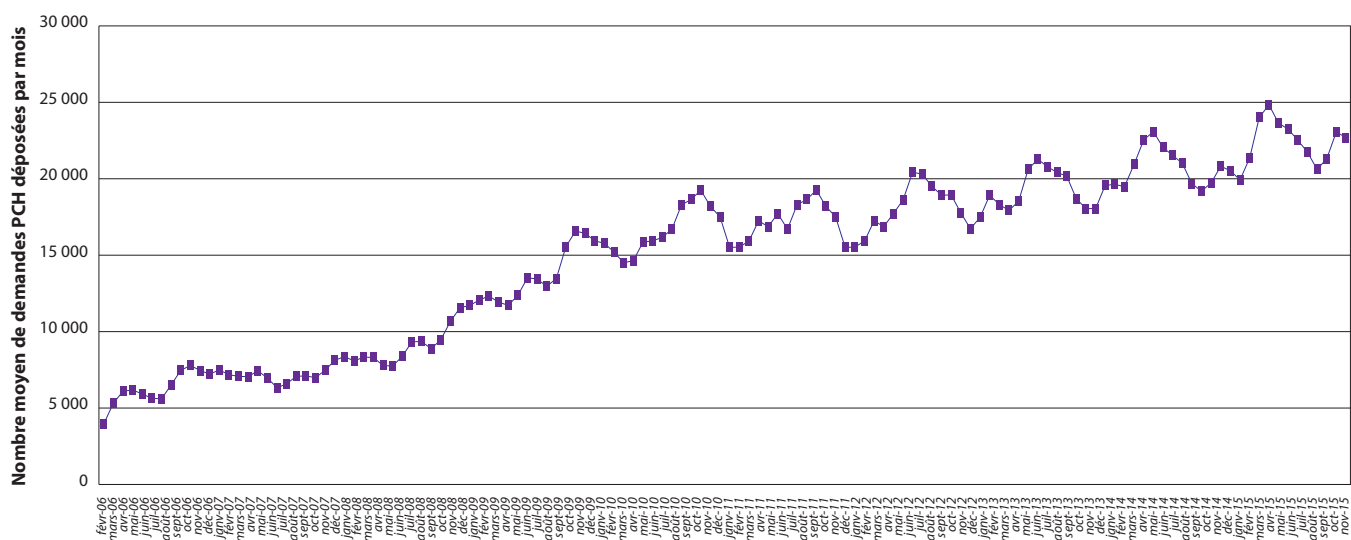
D'après les statistiques trimestrielles de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en décembre 2015, les conseils départementaux ont versé la prestation de compensation du handicap à 184 000 personnes (soit une augmentation de 6 % depuis décembre 2014).

Les demandes de prestation de compensation : une croissance qui se maintient

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

À partir de 2011, l'augmentation est nettement plus faible (+ 11 % en 2011, + 8 % en 2012, + 6 % en 2013 et en 2014). En 2015, la croissance des demandes se poursuit après une période ralentie : le taux d'évolution annuel est de 8 %, et on estime à 271 700 le nombre de demandes de PCH (adultes-enfants) sur la France entière (hors Mayotte).

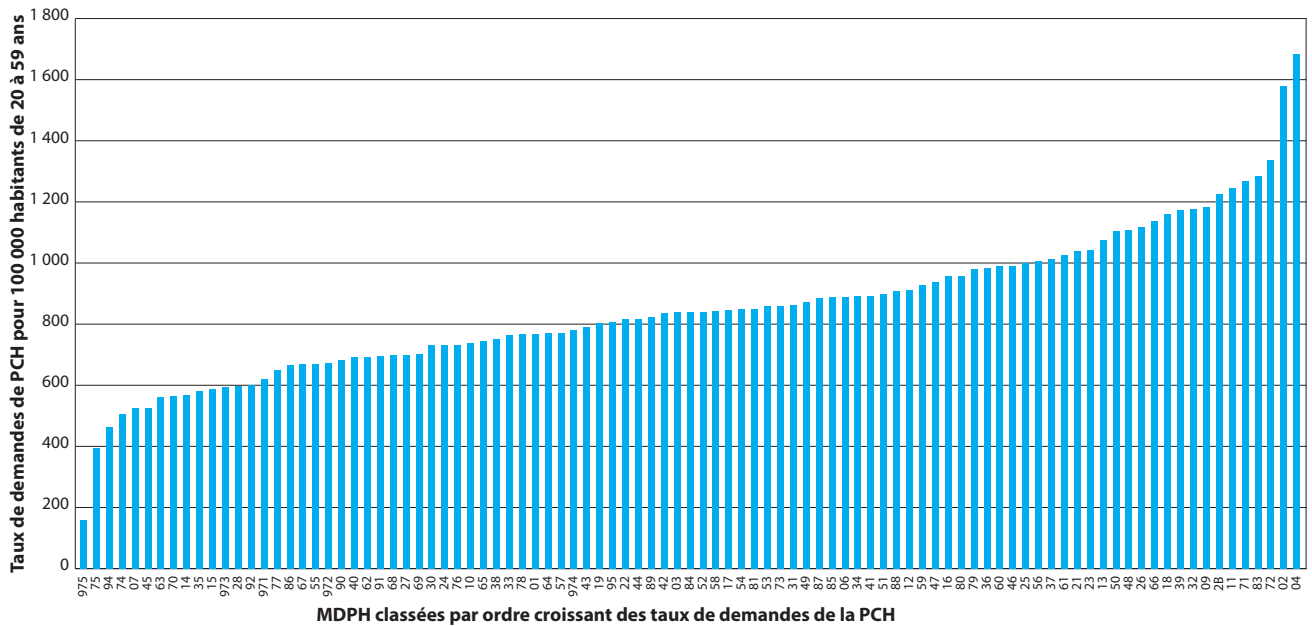
Évolution mensuelle des demandes de PCH déposées entre 2006 et 2015



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

Nombre de demandes de PCH déposées rapporté à 100 000 habitants de 20 à 59 ans en 2015

Échantillon : 95 MDPH



Source : enquête mensuelle PCH 2015, CNSA.

En moyenne, 766 demandes de PCH pour 100 000 habitants de vingt à cinquante-neuf ans⁸ ont été déposées en 2015 (avec un minimum de 159 demandes et un maximum de 1685 demandes pour 100 000 habitants de cette tranche d'âge). Dans 50 % des MDPH de l'échantillon, les demandes de PCH pour 100 000 habitants de vingt à cinquante-neuf ans sont inférieures à 839 demandes. 75 % des MDPH en reçoivent moins de 986 pour 100 000 habitants de cette même tranche d'âge.

Le profil des demandeurs de PCH évolue depuis 2008 avec la mise en place de la 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 de l'ensemble des volets de la PCH (en sus des aménagements de logement, de véhicule et des surcoûts liés aux frais de transport). La part des demandes de PCH enfants était de 3,4 % en 2007. Elle atteint 12,2 % en 2015.

Sur un échantillon de quarante-deux MDPH, les PCH attribuées pour des personnes hébergées en établissement médico-social ou sanitaire représentent 17 % des prestations attribuées. Ce taux est proche de celui des PCH versées à ce public (15 %)⁹.

⁸ Le nombre de demandes de PCH est calculé sur la population des 20-59 ans en 2015, la très grande majorité des demandeurs de la PCH étant âgée d'au moins vingt ans.

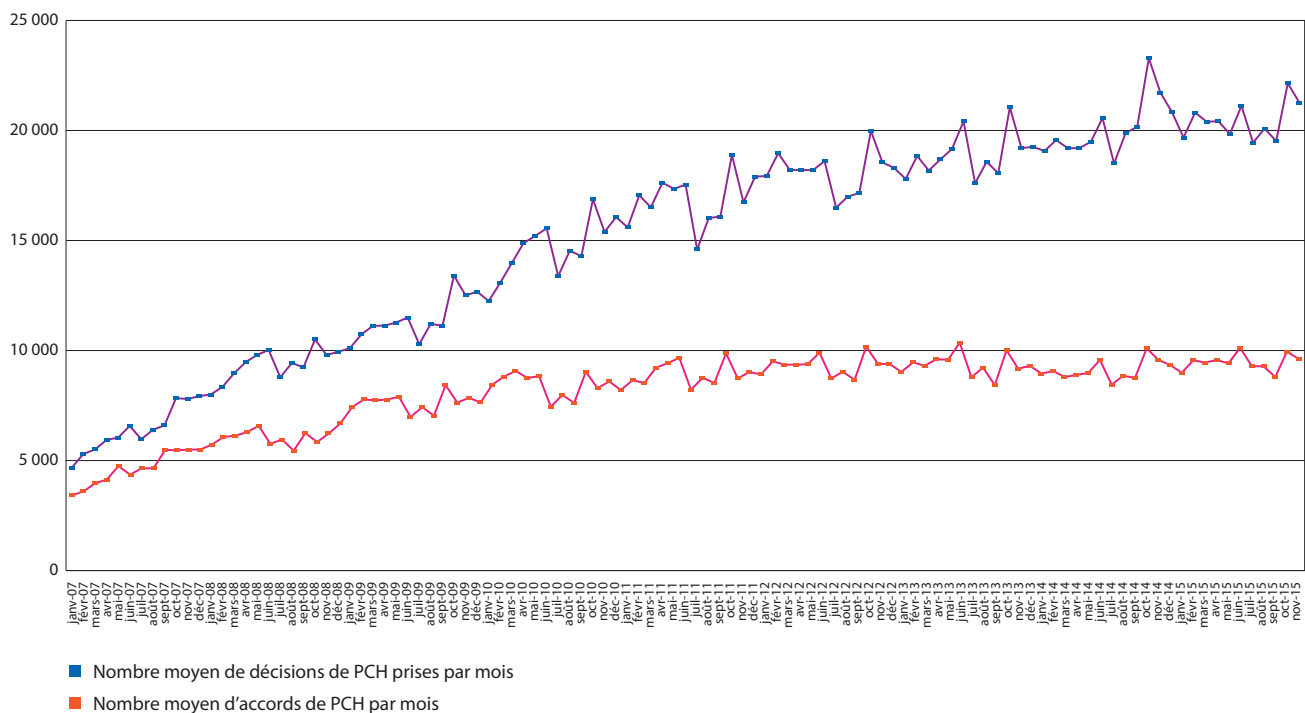
⁹ Résultats de l'enquête trimestrielle de la PCH n° 1-2016 (statistiques du quatrième trimestre 2015), exploitation des données au 15 mars 2016, DREES.

Les décisions de prestation de compensation : une augmentation de 10 % entre 2014 et 2015

En 2015, les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), instances décisionnaires des MDPH, ont pris environ 267 000 décisions de PCH. Après un ralentissement de l'augmentation du nombre de décisions prises jusqu'en 2013, on observe une reprise de l'augmentation de l'activité (+ 10 % en 2015 contre + 7 % en 2014 et + 4 % en 2013). La part des décisions de PCH dans l'ensemble des décisions prises par les CDAPH reste quant à elle très stable (7 %).

Au cours de l'année 2015, en moyenne 22 300 décisions relatives à la prestation de compensation ont été prises chaque mois. Les PCH enfants représentent 10 % du total des décisions PCH prises en 2015 ; les PCH en établissement, 13 % (échantillon de quarante-deux MDPH).

Évolution des décisions prises en matière de PCH entre 2006 et 2015



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

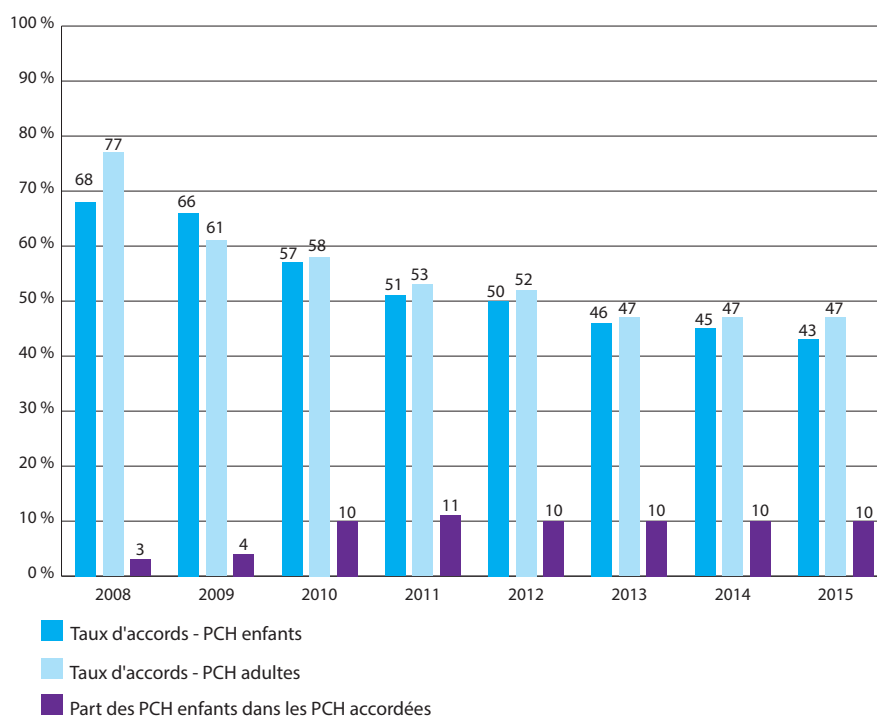
En 2015, un peu moins d'une décision sur deux a donné lieu à un accord de PCH

En 2015, on estime à 123 000 le nombre d'accords de PCH. Après sa diminution depuis 2009, le taux d'attribution de la prestation de compensation (adultes et enfants) se stabilise : il est estimé à 46 % en 2015 avec respectivement un taux d'accord de 47 % pour la PCH adultes et de 43 % pour la PCH enfants. Les pratiques départementales (information des personnes et des partenaires, orientation des demandes, dialogue préalable avec les personnes) et la nature des demandes (premières demandes, renouvellements) ont probablement un impact sur les résultats des décisions prises en CDAPH.

Le taux d'accord était plus élevé au cours des premières années de montée en charge de la prestation, notamment en raison de la nature du public demandeur : le public des personnes très lourdement handicapées, visé par la circulaire du 11 mars 2005¹⁰, ainsi que les personnes ayant choisi de basculer au début du dispositif de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) vers la PCH¹¹. De plus, depuis 2006, l'évolution des pratiques d'évaluation et d'attribution des MDPH passe également par une meilleure appropriation du cadre réglementaire et des outils de mesure de l'éligibilité à la prestation et par le développement d'outils sur les spécificités de la PCH (guides construits par la CNSA avec les acteurs du terrain).

Quand la PCH est attribuée aux personnes hébergées en établissement médico-social ou sanitaire, elle l'est, à l'exception de l'aide humaine (élément 1 de la PCH), pour compenser à titre individuel des besoins non couverts par l'établissement dans le cadre de ses missions. Sur l'échantillon des quarante-deux MDPH ayant fourni l'information, le taux d'accord de la PCH est de 60 % chez les personnes hébergées en établissement médico-social ou sanitaire.

Évolution du taux d'accord de PCH de 2008 à 2015



Source : enquête mensuelle PCH 2015, CNSA.

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

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

La répartition des éléments accordés en PCH varie selon l'âge et le lieu de vie

L'enquête permet de connaître les différents éléments de la prestation de compensation attribués par la CDAPH chaque mois. Au nombre de cinq, ces éléments sont attribués en fonction de la situation de la personne et de ses besoins de compensation. Les décisions prises par la CDAPH ne permettent cependant pas de rendre compte de la réalisation effective des plans de compensation. À titre d'exemple, la CDAPH peut accorder de l'aide humaine, l'équipe pluridisciplinaire préconisant le nombre d'heures et le statut des aidants qui devraient intervenir. Dans les faits, les modalités de mise en œuvre de l'aide peuvent changer, ce qui peut avoir un impact sur le montant de la prestation versé par le conseil départemental.

Les graphiques 5a, 5b et 5c (page suivante) fournissent une photographie de la répartition des différents éléments de compensation attribués par la CDAPH par public.

L'aide humaine représente 50 % des éléments accordés en 2015¹². C'est l'élément le plus fréquemment accordé pour le public éligible à la PCH, à la fois pour les personnes qui sont à domicile et pour celles qui sont en établissement, et ce quel que soit l'âge. Un forfait d'aide humaine peut être accordé sous conditions aux personnes présentant un handicap visuel ou auditif. À domicile, les forfaits cécité ou surdité représentent 11 % de l'aide humaine accordée ; leur part est moindre en établissement (4 %). Le forfait surdité représente 64 % dans l'ensemble des décisions d'attribution des forfaits cécité ou surdité.

Les charges spécifiques sont les dépenses permanentes et prévisibles liées au handicap et n'ouvrant pas droit à une prise en charge au titre d'un des autres éléments de la PCH. Elles peuvent répondre, par exemple, à des besoins liés au financement des frais de la prise en charge thérapeutique ou rééducative régulière assurée par un professionnel médical ou paramédical diplômé ou au financement de protections, d'alèses, de bavoirs jetables.

Les charges exceptionnelles se distinguent des charges spécifiques par le fait que les dépenses sont ponctuelles. Elles peuvent, par exemple, permettre de couvrir des besoins liés à des frais de garde (crèche après l'âge de trois ans), au financement des frais de séjours adaptés ou des frais de stages de formation pour la famille (comme l'apprentissage de méthodes éducatives spécifiques sur l'autisme ou de la langue des signes).

Chez les enfants, la répartition des éléments accordés est davantage polarisée sur les charges spécifiques et exceptionnelles (28,4 % contre 19,2 % en moyenne). La place particulièrement importante qu'occupe le financement de charges spécifiques et exceptionnelles pour les enfants est également constatée dans les derniers résultats publiés par la DREES¹³ : en décembre 2015, 95 % des enfants bénéficiaires de la PCH ont perçu un versement pour de l'aide humaine, 42 % pour des charges spécifiques ou exceptionnelles (contre 19 % des bénéficiaires quel que soit leur âge), 6 % pour l'élément 3, à savoir les aménagements du logement, du véhicule et les surcoûts liés aux frais de transport (contre 8 % des bénéficiaires de la PCH), et enfin 1 % des enfants bénéficiaires de la PCH ont perçu un versement pour de l'aide technique et la même part pour de l'aide animalière.

12 Le taux était de 43 % en 2014. L'augmentation de la part de l'aide humaine parmi l'ensemble des éléments de la PCH est probablement liée à un artefact de l'enquête, car, depuis 2015, le questionnaire distingue les accords en aide humaine pour le domicile et en établissement, ce qui a pu amener certaines MDPH à sur-déclarer l'aide humaine à domicile.

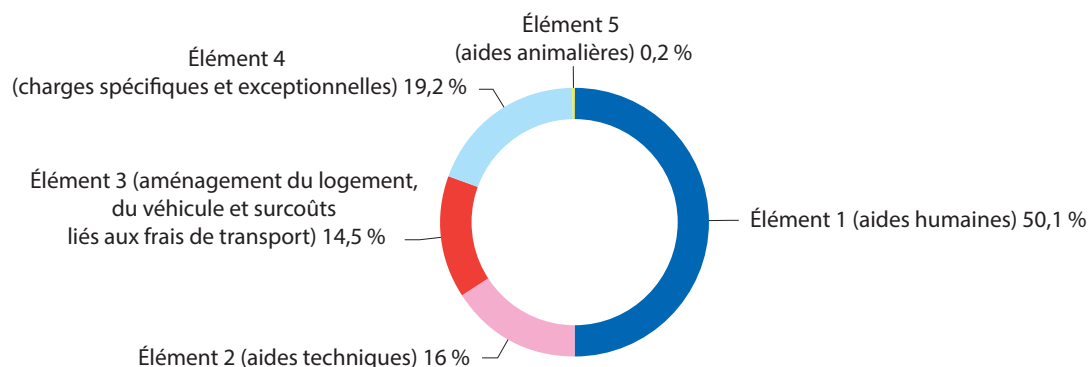
13 Résultats de l'enquête trimestrielle de la PCH n° 1-2016 (statistiques du quatrième trimestre 2015), exploitation des données au 15 mars 2016, DREES.

En établissement, la compensation la plus répandue concerne l'élément 3 et en particulier les surcoûts liés aux frais de transport (ils représentent 23 % des éléments accordés en établissement contre 7 % dans l'ensemble). Les aménagements du logement y sont plus rares (1,4 % contre 5 % dans l'ensemble) tout comme les aménagements du véhicule (moins de 1 % contre 2 %).

Répartition des éléments de la PCH attribués en 2015 (%)

Graphique 5a : Tout public

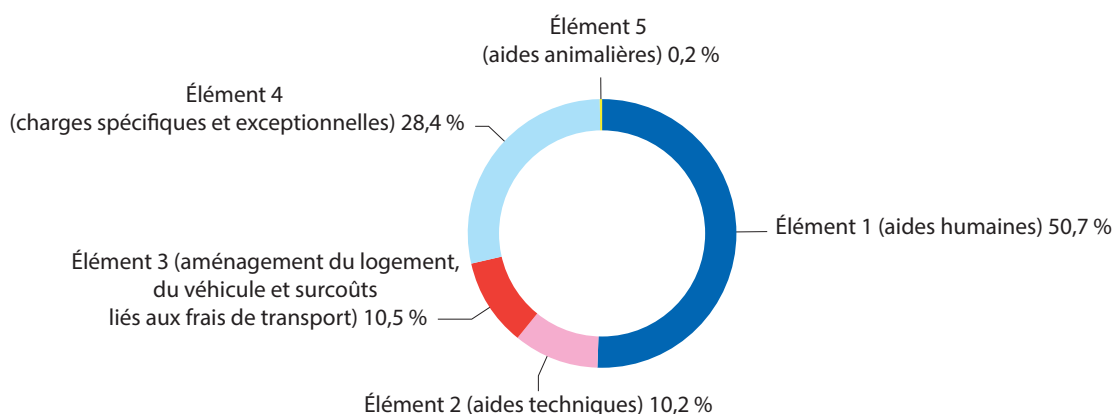
Échantillon variant de 58 à 63 MDPH



Source : Enquête mensuelle PCH 2015, CNSA.

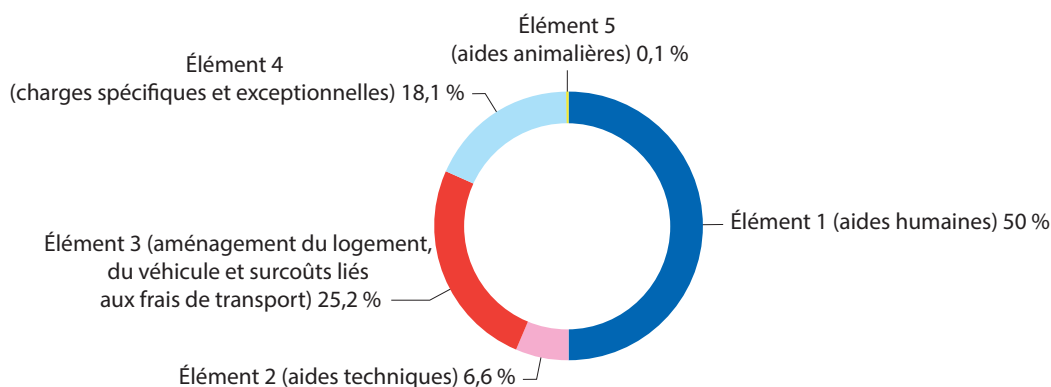
Graphique 5b : Public enfants

Échantillon variant de 57 à 87 MDPH



Graphique 5c : En établissement

Échantillon variant de 34 à 52 MDPH



Source : enquête mensuelle PCH 2015, CNSA.

Des montants moyens variables selon les éléments de la PCH en 2015

Au niveau national, le montant moyen attribué mensuellement pour les aides humaines est de 837 euros en 2015. 50 % des MDPH attribuent un montant moyen d'aide humaine inférieur à 821 euros, et 75 % des MDPH attribuent un montant moyen inférieur à 966 euros. La PCH permet de recourir à des aidants professionnels (prestataire, mandataire, gré à gré) et/ou à des aidants familiaux. Le montant moyen de l'aide humaine peut être expliqué par la configuration de l'aide préconisée par l'équipe pluridisciplinaire, les quatre statuts d'aidants n'étant pas associés aux mêmes tarifs¹⁴. Le montant moyen d'aide humaine accordé peut également être expliqué par les pratiques locales et par les orientations de prise en charge du handicap selon le lieu de vie (à domicile et/ou en établissement), ainsi que par la configuration locale de l'offre.

Le montant accordé pour les aides techniques est, en moyenne, de 835 euros en 2015. Les aides techniques sont dans 99 % des cas versées ponctuellement. 50 % des MDPH attribuent un montant moyen pour ces aides techniques inférieur à 918 euros ; les trois quarts attribuent un montant moyen inférieur à 1 034 euros.

Le montant moyen accordé pour l'aménagement de logement est de 3 007 euros ; pour la moitié des MDPH, ce montant moyen est inférieur à 2 990 euros ; pour les trois quarts d'entre elles, il est inférieur à 3 456 euros.

Le montant moyen accordé pour un aménagement du véhicule s'élève à 2 481 euros en moyenne. 50 % des MDPH attribuent un montant moyen inférieur à 2 560 euros ; pour 75 % d'entre elles, le montant moyen est inférieur à 2 866 euros.

Les surcoûts liés aux frais de transport mensuels représentent 89 % des surcoûts liés aux frais de transport. Ils sont accordés à hauteur de 133 euros en moyenne et par mois. La moitié des MDPH attribuent en moyenne des surcoûts liés aux frais de transport mensuels inférieurs à 133 euros ; les trois quarts d'entre elles attribuent un montant moyen inférieurs à 153 euros.

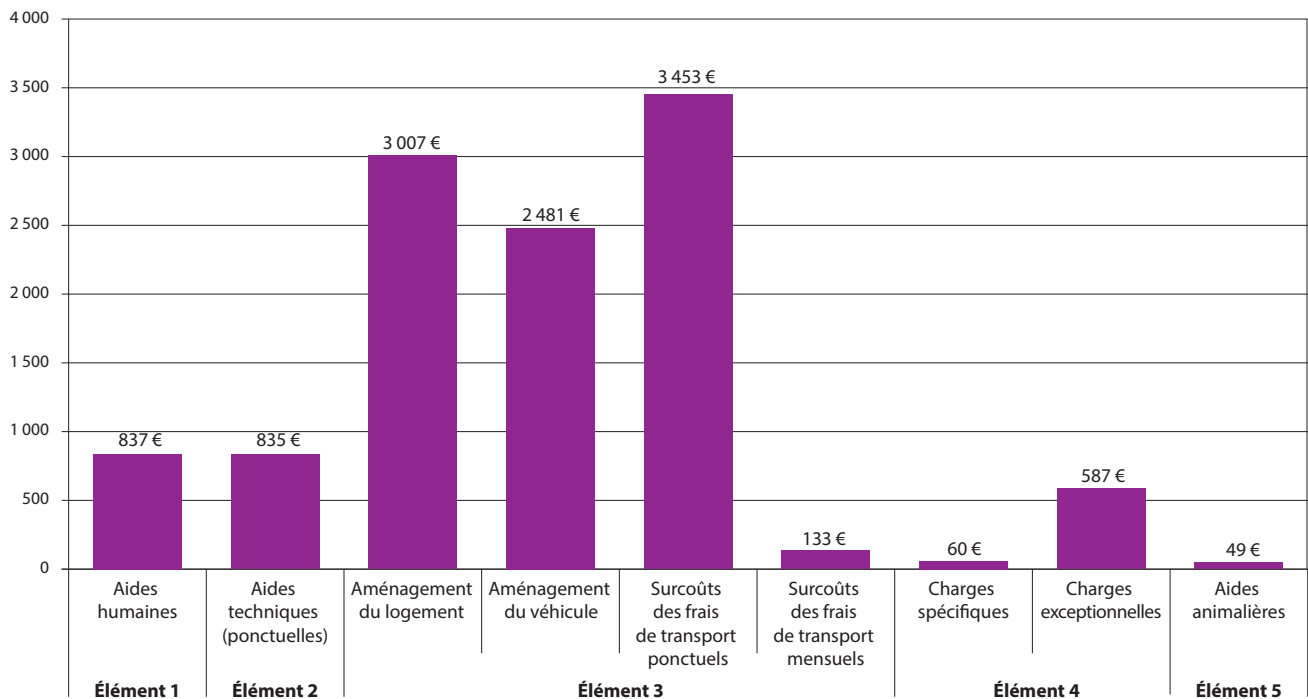
Les frais de transport ponctuels représentent 11 % des frais de transport accordés (parmi les frais de transport accordés avec un versement ponctuel ou mensuel). Le montant moyen est de 3 453 euros pour cet élément. 50 % des MDPH attribuent un montant moyen des surcoûts liés aux frais de transport ponctuels inférieur à 406 euros ; 75 % d'entre elles attribuent un montant moyen inférieur à 619 euros. En 2015, le montant moyen des surcoûts liés à ces frais de transport est élevé par rapport à 2014 (3 453 euros en 2015 contre 1 195 euros en 2014) en raison de l'intégration des données de deux MDPH pour lesquelles les montants moyens des surcoûts liés aux frais de transport ponctuels sont très élevés, les droits accordés l'ayant été à hauteur des plafonds réglementaires.

Le montant moyen de l'élément 4 s'élève à 241 euros en 2015. Les charges spécifiques attribuées mensuellement représentent 63 % des éléments accordés au titre de l'élément 4 avec un montant moyen attribué de 60 euros. S'agissant des charges exceptionnelles attribuées ponctuellement, ce montant moyen est de 587 euros.

Enfin, les aides animalières accordées sont bien plus rares ; le montant moyen accordé est de 49 euros.

¹⁴ Le tarif horaire applicable de l'aide humaine est variable selon le statut de l'aidant : le tarif le plus élevé s'applique au service prestataire (d'une valeur de 17,77 euros au 1^{er} janvier 2015), suivi du tarif mandataire (14,97 euros) puis de l'emploi direct (13,61 euros) et enfin du tarif aidant familial qui est de 5,54 euros par heure au 1^{er} janvier 2015.

Les montants moyens attribués par élément de la PCH en 2015 (%)
Échantillon variant de 73 à 92 MDPH



Source : enquête mensuelle PCH 2015, CNSA.

En 2015, les bénéficiaires de la PCH représentent le principal public des fonds départementaux de compensation

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

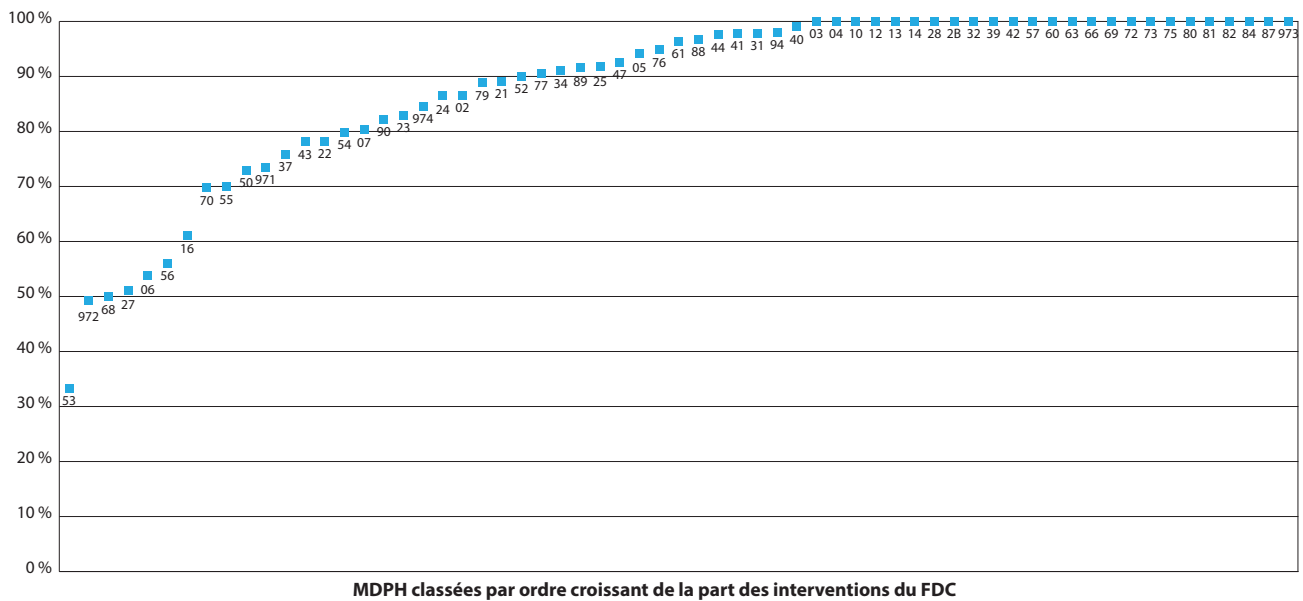
Les fonds de compensation disposent de règlements intérieurs et de modes d'organisation propres. Ils ont donc la liberté de déterminer les critères des personnes concernées par l'action du fonds (bénéficiaires de la PCH ou non).

En 2015, le fonds de compensation est intervenu auprès de bénéficiaires de la PCH dans 89 % des cas (résultat obtenu auprès de soixante-cinq MDPH).

Ce taux est variable selon les départements :

- dans vingt-cinq départements de l'échantillon (soit 40 %), les personnes éligibles au fonds de compensation bénéficient toutes de la PCH ;
- dans cinquante-deux départements, 84 % du public éligible au fonds de compensation bénéficient de la PCH.

Part des interventions du fonds de compensation en complément d'un accord de PCH (%)
Échantillon : 65 MDPH



Source : enquête mensuelle PCH 2015, CNSA.

Lecture : Dans le département de la Mayenne (53), les interventions du fonds de compensation venant en complément d'un accord de PCH représentent le tiers des interventions du fonds de compensation tout public.

Dans près de six cas sur dix, l'aide humaine est accordée sous forme de dédommagement d'un ou plusieurs aidants familiaux

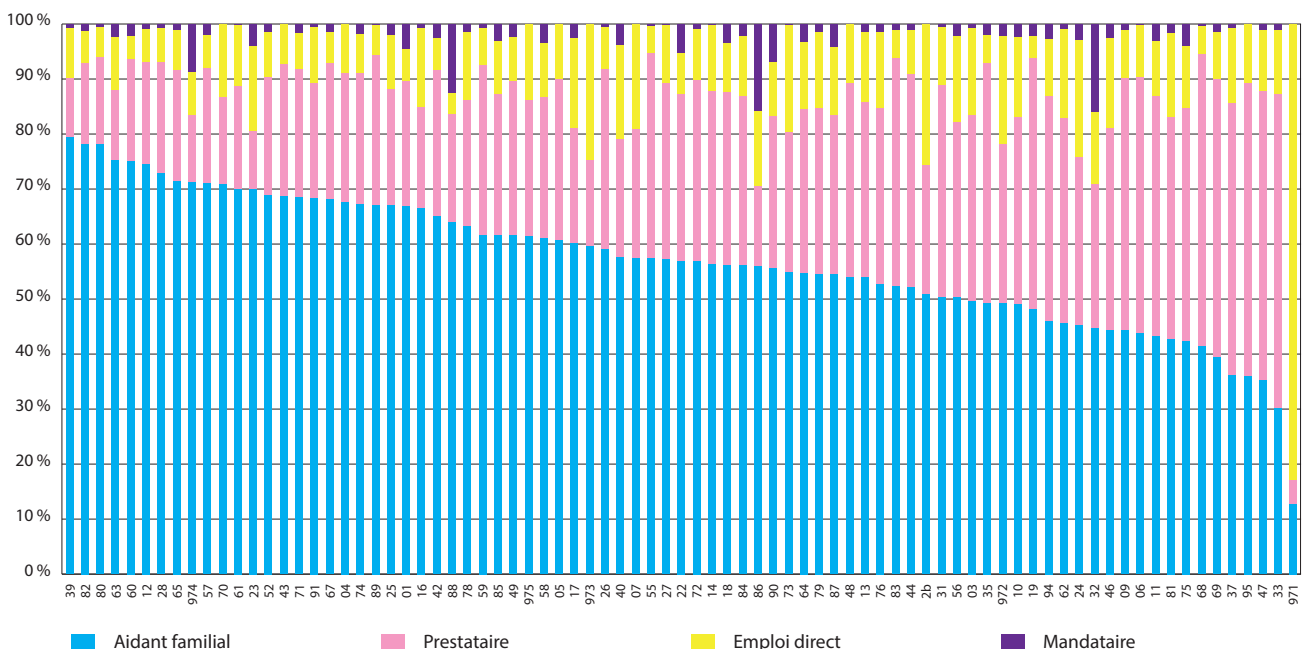
D'après les données produites par la DREES au cours du mois de décembre 2015, 93 % des allocataires ont perçu un versement au titre de l'aide humaine, 1 % au titre de l'aide technique, 8 % pour un aménagement du logement ou du véhicule et les surcoûts liés aux frais de transport et 19 % pour des charges spécifiques ou exceptionnelles.

En 2015, parmi les quatre-vingt-deux MDPH ayant fourni l'information, la durée moyenne d'attribution de l'aide humaine est de quatre ans. Lorsque l'aide humaine est accordée, elle l'est pour un volume de 79 heures et 40 minutes (tout statut d'aidant confondu), avec un minimum de 40 heures par mois et un maximum de 130 heures par mois.

Dans la moitié des MDPH de l'échantillon (quatre-vingt-deux MDPH), le nombre d'heures accordées par mois pour l'aide humaine est inférieur à 84 heures ; dans les trois quarts des MDPH de l'échantillon, il est inférieur à 100 heures par mois.

Dans l'enquête, les MDPH transmettent la répartition des heures accordées par statut de l'aidant. Mais ces données ne permettent pas de savoir si les heures sont réellement consommées ni de quelle façon les usagers en bénéficient (aide unique de l'entourage, aide unique des professionnels et aide mixte). En 2015, l'aide humaine accordée se décline de la manière suivante : en moyenne, 58 % des heures d'aide humaine sont accordées pour le recours à un aidant familial, 30 % pour un recours à un prestataire, 10 % pour de l'emploi direct et enfin 2 % pour un recours à un mandataire. Cette répartition varie selon les départements.

Répartition des heures d'aide humaine attribuées par mois selon la nature des aidants (%)
Échantillon : 81 MDPH



Source : enquête mensuelle PCH 2015, CNSA.

MDPH de l'Allier (03)

Nous constatons donc que le volet aide humaine représente moins de 50 % des demandes totales de PCH. Les demandes de PCH concernant les adultes stagnent pour l'année 2015 avec une très légère augmentation de 0,22 %. Par contre, les demandes de PCH pour les enfants progressent de 42,27 % passant de 97 demandes en 2014 à 138 demandes en 2015. Concernant les enfants : 138 demandes de PCH ont été enregistrées par la MDPH pour l'année 2015 soit une augmentation de 42,27 % par rapport à l'année 2014. Le nombre de premières demandes et de renouvellements est à peu près égal avec 45 % représentant les premières demandes et 41 % les renouvellements. Concernant les adultes : En 2015, on peut remarquer une stabilité dans le nombre de demandes de prestation de compensation enregistrées par la MDPH, soit 1815 contre 1811 en 2014. Il en découle une diminution du nombre de premières demandes représentant, pour 2015, 59,06 % contre 75 % en 2014. Le nombre de premières demandes se rapproche de la moyenne nationale de 2012 soit 42 %. On peut constater que la répartition des volets pour les dossiers adultes diffère des enfants. En effet, le volet aide humaine représente seulement 42,97 % des demandes. On remarque aussi une diminution de cette même aide entre 2014, avec 47 % des demandes, et 2015. Les autres volets, quant à eux, se stabilisent. En 2015, 1 891 décisions ont été prises. Le taux d'accord confondu, enfants et adultes, est de 60 %. Il est stable par rapport à 2014. La MDPH de l'Allier a pu, pour cette année 2015, établir un montant moyen par volet. Il faut noter que la MDPH fait le choix de privilégier les services prestataires du département pour l'intervention au domicile de la personne handicapée, dans un souci de réponse de qualité, mais également pour privilégier le répit des aidants.

MDPH de l'Ain (01)

Le nombre de bénéficiaires reste constamment orienté à la hausse et atteint fin 2015 le nombre de 2451 (dont 1644 avec aide humaine), en hausse de 30 % sur trois ans depuis 2012. L'augmentation notable du taux d'accords en 2015 est vraisemblablement liée à la nouvelle procédure d'accord d'une éligibilité PCH même lorsqu'il n'y a pas de chiffrage possible du plan d'aide. 2016 dira si la baisse du nombre de décisions d'aide humaine pour les adultes est liée à une stabilisation du nombre de bénéficiaires, ou si c'est l'effet du retard pris sur le dernier trimestre, compte tenu d'un nombre important de postes de coordinatrices vacants. Néanmoins on note une évolution importante de la PCH aides humaines en établissement pour les adultes (notamment ceux de plus de soixante ans). À domicile, l'évolution de l'aide humaine est particulièrement forte pour les enfants.

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

En 2015, 1 308 demandes de PCH ont été instruites par la MDPH. L'activité du service PCH repose dès lors principalement sur trois types de demandes : les aides humaines, les aides « techniques », les charges spécifiques. Malgré l'ouverture en 2008 de la PCH aux enfants, le droit d'option entre AEEH et PCH encourage généralement l'AEEH, si bien que seule une cinquantaine de familles a fait des demandes de PCH enfants en 2015.

MDPH de l'Oise (60)

Durant l'année 2015, la CDAPH a pris 4 061 décisions au titre de la PCH, soit une augmentation de 8,2 % par rapport à 2014. 90 % des demandes examinées concernaient les adultes. Parmi l'éventail des solutions possibles, les aides humaines demeurent très utilisées tant chez les adultes que chez les enfants, où plus de 80 % des familles optent pour l'aidant familial qui s'avère être dans la majeure partie des cas l'un des deux parents. S'agissant du taux de rejet, celui des PCH enfants reste faible (3,15 %). Il ne reflète pas la réalité des situations. Si comme les adultes, pour être éligibles à la PCH, ils doivent en outre ouvrir droit à l'AEEH de base et à l'un de ses compléments. Lorsque ce n'est pas le cas, la CDAPH répond sur le rejet d'AEEH et du complément, et uniquement sur cet aspect. En revanche, le taux de rejet sur les décisions adultes en 2015 a augmenté de deux points par rapport à 2014, soit 53,01 %. Plus de la moitié des demandes déposées sont non éligibles au regard des critères de la PCH.

Partenariats dans le champ de la PCH

La prise en compte de certaines problématiques passe par la mobilisation des partenaires qui jouent un rôle essentiel, notamment au moment de l'évaluation.

MDPH de la Nièvre (58)

Le rôle des partenaires dans l'évaluation est essentiel pour compléter les moyens humains propres à la MDPH, y compris pour les évaluations en établissement. La diversité et la pluridisciplinarité des professionnels sont des points forts, tant pour les évaluations à domicile que pour le travail en équipe pluridisciplinaire d'évaluation.

MDPH de Saône-et-Loire (71)

L'étayage technique de l'évaluation de la PCH s'est poursuivi en 2015 avec la convention de partenariat d'intérêt général conclue avec le CITEVAM (service de la Mutualité française) pour les évaluations et les préconisations réalisées par des ergothérapeutes particulièrement pour les éléments 1, 2 ou 3.

3. Emploi

Les demandes relatives à l'emploi et à l'orientation professionnelle continuent de constituer une activité majeure des MDPH, puisqu'elles représentent plus de la moitié des demandes concernant les adultes.

MDPH de Paris (75)

En 2015 ont été déposées 4 823 demandes pour 4 762 dossiers, ce qui représente une augmentation limitée, de 1 % par rapport à 2014, à ce stade. Sur le plan démographique, les demandeurs d'orientation professionnelle sont en moyenne moins âgés que ceux de la RQTH : la tranche d'âge la plus représentée est en effet celle des 40-49 ans. Les premières demandes représentent les deux tiers du total.

MDPH de la Lozère (48)

Depuis 2012, on constate une augmentation du nombre de demandes de RQTH qu'il faut sans doute rapprocher du nombre croissant de licenciements pour inaptitude. Cependant, il convient de souligner que la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé fait l'objet d'une étude approfondie. En effet, l'avis du médecin du travail et l'aménagement du poste de travail sont régulièrement demandés.

MDPH du Cher (18)

Les demandes de RQTH et d'orientation professionnelle connaissent une légère augmentation en 2015. Le nombre de demandes et de décisions prises est globalement équilibré, le traitement est fluide. Les demandeurs d'emploi handicapés présentent des difficultés particulières d'insertion avec notamment : un âge plus élevé, un faible niveau de formation et une ancienneté d'inscription importante.

Focus sur l'expérimentation Employabilité, devenue Potentiel Emploi

L'expérimentation de cette nouvelle modalité d'évaluation a été menée en deux phases.

L'expérimentation du processus d'évaluation

Dix MDPH y ont participé. Cette phase avait comme objectif :

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

Le bilan est positif puisque les bénéficiaires et les professionnels ont été globalement satisfaits de cette démarche d'évaluation.

La généralisation de l'expérimentation

L'évaluation de l'expérimentation a conduit à **son élargissement à de nouvelles MDPH** (vingt-cinq) afin d'en préparer la généralisation.

Cette expérimentation répond aux besoins des équipes pluridisciplinaires pour l'évaluation des situations complexes et permet à la MDPH de s'appuyer sur des compétences spécifiques en renforçant les liens avec les acteurs locaux, particulièrement avec le service public de l'emploi.

MDPH des Deux-Sèvres (79)

Dispositif « Potentiel Emploi » : L'année 2015 a été marquée par la mise en œuvre opérationnelle du dispositif. Vingt dossiers ont été discutés en CDAPH (trois réunions), celle-ci a majoritairement confirmé la proposition de l'équipe pluridisciplinaire, qui a suivi les conclusions du bilan de « Potentiel Emploi ». Quatorze AAH ont été accordées (70 %). Six bilans ont été transmis aux acteurs du SPE [service public de l'emploi] (Pôle Emploi, Cap Emploi) par la MDPH. Quelques éléments de réflexion sur l'évaluation de la prestation : Le contenu, la durée et le séquençage des modules semblent répondre aux objectifs de l'action. L'expertise médicale est centrale dans l'analyse des freins et atouts. Des difficultés de positionnement des médecins dans la prestation ont nécessité un réajustement de la prestation, ce qui a freiné le rythme des prescriptions. En effet, la lecture qui en a été faite par le conseil de l'ordre des médecins départemental nécessiterait que toutes les personnes orientées vers une immersion soient systématiquement vues par le médecin de la MDPH, le conseil de l'ordre des médecins considérant que la responsabilité des médecins de la MDPH est engagée. La mise en œuvre des PMSMP [périodes de mise en situation en milieu professionnel] est primordiale et apporte une vraie valeur ajoutée à l'appréciation de l'employabilité. Elles sont encore peu nombreuses en fin d'année 2015 (une prestation sur deux). La mobilisation de la prestation en amont de la décision aide la MDPH à remplir ses missions en matière d'évaluation et d'orientation des bénéficiaires, car les bilans permettent d'éclairer les propositions de l'équipe pluridisciplinaire et de la CDAPH, surtout lorsqu'il y a eu une PMSMP. Il est difficile de savoir quelle proposition aurait été faite sans « Potentiel Emploi ». Le SI « Potentiel Emploi » n'est pas satisfaisant (problème de connexion, données statistiques non fiables). La prestation « Potentiel Emploi » joue aussi favorablement sur la motivation et la (re)mobilisation des personnes dans le cadre d'un parcours d'insertion vers l'emploi. Les bénéficiaires y adhèrent facilement et semblent plutôt satisfaits de la prestation. Le public ciblé par « Potentiel Emploi » est éloigné de l'emploi depuis plusieurs années et rencontre des difficultés connexes. La MDPH porte le dispositif « Potentiel Emploi ». Le bilan intermédiaire réalisé ne permet pas de tirer des enseignements de cette nouvelle prestation pour le public. Néanmoins, elle répond parfaitement à notre attente qui était de nous aider à évaluer l'employabilité des personnes. La fin de l'année 2015 nous a amenés à nous interroger sur la responsabilité des médecins de la MDPH, au vu d'un positionnement du conseil départemental de l'ordre des médecins et de celui de la CNSA. Nous sommes en attente de l'avis du Conseil national de l'ordre des médecins, important pour la généralisation du dispositif le cas échéant. Le dispositif d'appui et de pilotage (DAPI) n'a pas obtenu les financements nécessaires pour sa mise en œuvre durant l'année 2015, mais la réflexion se poursuit en lien avec les attendus sur la réponse accompagnée pour tous et l'analyse des situations critiques. D'un point de vue fonctionnel, la MDPH se lance dans un projet de service plus participatif appuyé sur le sens de nos missions. Une nouvelle organisation découlera de ce processus, qui doit être relayée par l'ensemble de l'encadrement.

MDA de Maine-et-Loire (49)

La MDA 49 a débuté cette expérimentation dès la première phase en juillet 2011, plus spécifiquement sur l'évaluation de l'employabilité des personnes en situation de handicap psychique. Depuis fin 2014, dans le cadre du premier déploiement à vingt-neuf territoires, la MDA 49 a ouvert l'expérimentation à tout type de handicap, avec l'intervention de deux prestataires retenus par appel d'offres : ADAPEI Formation (tous publics éligibles hors handicap psychique), REACTIVE 49/ADAPT (handicap psychique). À fin octobre 2015, 111 personnes étaient entrées dans le dispositif dont : 37 avaient réalisé le module D (mise en situation professionnelle), 24 étaient sorties : 63 % à la demande de la personne, 25 % pour raison de santé et 12 % pour reprise d'emploi (intérim, CDD < trois mois). Au-delà de l'évaluation, la prise de relais par les partenaires du SPE est activée par la participation de la coordonnatrice chargée de suivre l'expérimentation au sein du service « Appui à l'emploi » de la MDA aux équipes pluridisciplinaires avec les partenaires pour une présentation de chaque situation, afin d'exposer les points saillants du parcours d'accompagnement dans le cadre du processus d'évaluation de l'employabilité (difficultés, potentialités, projet professionnel, PMS MP – période de mise en situation en milieu professionnel préconisation) afin que la représentante de Pôle Emploi fasse le lien avec le conseiller Pôle Emploi de la personne. À ce stade, le constat était fait que les bénéficiaires exprimaient une reprise de confiance en soi quant à une possible insertion professionnelle, le plus souvent en lien avec la réalisation d'un stage remobilisant et revalorisant. Par ailleurs, les partenaires pointent que les éléments de bilan après ce processus apportent des éléments qualitatifs sur les difficultés, les potentialités et les pistes professionnelles.

MDPH de la Charente-Maritime (17)

Potentiel Emploi: Après le recrutement d'un chargé de mission dédié et la sélection des prestataires, l'expérimentation a démarré en 2015. Les dossiers sont sélectionnés selon des critères définis en interne: primo-demandeurs ou premiers renouvellements d'AAH avec un taux d'incapacité compris entre 50 et 79%; usagers sans emploi âgés de moins de cinquante-cinq ans. En complément de ce tri initial, une sélection des dossiers est réalisée au cours d'une équipe de première lecture, afin d'écarter les usagers dont la situation médicale ne permet pas d'intégrer la prestation. Un contact est ensuite pris par le chargé de mission avec la personne afin de l'orienter vers le prestataire adapté. Ainsi, 56 prescriptions ont été effectuées en 2015, dans le cadre du marché conclu pour un maximum de 140 prestations: pour le premier lot, qui concerne les personnes avec tout type de déficience (hors psychique), on a comptabilisé dix-sept abandons sur les trente-sept prescriptions effectuées (dont huit pour raison de santé); pour le deuxième lot, qui concerne les personnes avec déficience psychique, on a comptabilisé deux abandons pour dix-neuf prescriptions.

MDPH de la Savoie (73)

Potentiel Emploi: Pendant l'année 2015, 448 personnes ont été invitées à l'information collective pour leur présenter le dispositif Potentiel Emploi et leur proposer de l'intégrer. Suite à ces réunions d'informations, 221 personnes intéressées par le dispositif ont souhaité être reçues en entretien; 200 personnes se sont présentées à l'entretien individuel réalisé au sein de la MDPH, et 139 personnes ont signé le protocole d'intervention. La MDPH a obtenu des crédits supplémentaires pour le dispositif au titre de l'année 2016, en prenant en compte les limites liées au marché public passé. Grâce à ces crédits supplémentaires, de nouvelles prescriptions peuvent être effectuées. Les retours des bénéficiaires ou professionnels sont positifs, et la MDPH souhaiterait poursuivre durablement le dispositif.

MDPH du Jura (39)

Potentiel Emploi: Cette action pilotée par la Direction générale de la cohésion sociale et la CNSA est financée par le FIPHFP [Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique]. La prestation pour le Jura a été engagée dans le dernier trimestre 2014 par le biais d'une procédure de type MAPA avec deux lots: un concernant tous les publics hors handicap psychique (lot 1) et l'autre le handicap psychique (lot 2). Deux prestataires ont été retenus: l'INFA pour le lot 1 et FURNIPOL pour le lot 2. Une enveloppe de 134 000 euros a été attribuée par le FIPHFP sur deux ans correspondant à une soixantaine de bilans. Dans cette enveloppe, 98 000 euros sont destinés aux évaluations et 36 000 euros aux moyens humains déployés. L'expérimentation est organisée en six modules, la MDPH a aussi fait le choix d'internaliser le premier qui consiste à expliquer la démarche à la personne handicapée, vérifier si elle est bien volontaire pour s'engager dans ce dispositif et la présenter au prestataire. Le bilan d'employabilité fournit des éléments sur la motivation des personnes, leurs compétences, la problématique de santé au regard de l'emploi, les freins repérés, les modalités pertinentes d'accompagnement vers l'emploi. Il fournit des éléments complémentaires pour aider l'équipe pluridisciplinaire à se positionner sur la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE) et permet également d'identifier des possibilités qui n'avaient pas été envisagées auparavant. C'est une action intéressante qui doit permettre de vérifier l'employabilité des personnes handicapées, apporter des compléments d'information aux équipes pluridisciplinaires après avoir confirmé, ou pas, de réelles difficultés sur le plan fonctionnel, cognitif, de la santé, du soutien social. Au 31 décembre 2015, soixante personnes ont été invitées à intégrer le dispositif (dont dix-huit personnes ont refusé). Sur trente-quatre personnes sorties du dispositif au 31 décembre 2015, dix-neuf ont suivi tous les modules et quinze ont abandonné en cours. Les bénéficiaires renvoient des éléments positifs sur la prestation: majorité des bénéficiaires surpris d'être contactés par la MDPH, et contents de l'attention qui leur est portée, tous les bénéficiaires ont trouvé la prestation « plutôt bénéfique » ou « tout à fait bénéfique » et d'une durée adéquate, ont apprécié ce temps d'écoute, de pouvoir expliquer leurs problèmes et de pouvoir clarifier leur projet professionnel. Pour quelques personnes, des confusions entre MDPH et prestataire. La réalisation de cette prestation peut aussi allonger les délais de traitement de la demande de l'usager, puisque le bilan doit être finalisé avant passage de la demande en CDAPH. Trois comités de pilotage ont eu lieu le 20 mars 2015, 18 septembre 2015 et le 22 janvier 2016. Le marché a été reconduit pour un an jusqu'au 12 mars 2017. L'année 2016 sera donc l'occasion d'un bilan plus détaillé de cette action.

Impact de la réforme de l'allocation aux adultes handicapés sur le flux des demandes

La réforme de l'AAH a encore un impact sur l'activité des MDPH sur l'exercice 2015. Les effets du décret du 3 avril 2015 relatif à la durée d'attribution de l'AAH ne se feront pleinement sentir qu'à partir de 2017.

MDA du Morbihan (56)

Les orientations professionnelles ont pris une forte place dans l'activité depuis la réforme de l'AAH.

MDPH de la Corse-du-Sud (2A)

228 orientations vers Cap Emploi, 136 vers le SAMETH Cap Emploi, 102 vers le service d'orientation et de suivi de Pôle Emploi. La MDPH est toujours impactée par les effets du décret du 16 août 2011. 713 accords sont des accords de l'AAH au taux de 80 % soit une évolution de 5,47 %. 238 accords sont des accords de l'AAH au titre de la RSDAE soit une évolution de 1,28 %.

MDPH de l'Aisne (02)

Suite à la parution du décret n° 2015-387 du 3 avril 2015 relatif à la durée d'attribution de l'AAH pour les personnes handicapées subissant une RSDAE, une réflexion a été menée par les pôles Accès aux droits et Évaluation afin de définir les modalités de mise en œuvre des « prorogations AAH ». Après une période de test, la gestion administrative des prorogations a été concrétisée sur la base de listings établis à partir des critères de repérage du public et des dates de fin de droits survenant en 2016. Au total, 934 dossiers ont été traités dans le cadre de ces opérations, pour 719 dossiers prorogés (77 % des dossiers présélectionnés). À la marge, quelques demandes individuelles ont également été étudiées.

MDPH de Saône-et-Loire (71)

Focus sur le décret n° 2015-387 du 3 avril 2015 relatif à la durée d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés pour les personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. Le décret susvisé a apporté deux modifications majeures à la durée d'attribution de l'AAH, pour l'AAH L. 821-2 attribuée jusqu'en avril 2015 pour une durée maximale de deux ans.

- (1) Concernant l'AAH prévue à l'article L. 821-2 du Code de la sécurité sociale attribuée à compter du 4 avril 2015: l'AAH peut être attribuée pour une durée de cinq ans si le handicap et la RSDAE ne sont pas susceptibles d'une évolution favorable au cours de la période d'attribution.
- (2) Concernant les AAH prévues à l'article L. 821-2 du CSS attribuées avant la publication du décret susvisé: l'attribution de ces AAH peut être prolongée de trois ans, et ce sans nouvelle demande de la part du bénéficiaire. Il faudra que :
 - l'AAH ait été attribuée pour une période de deux ans;
 - le handicap et la RSDAE ne soient pas susceptibles d'une évolution favorable au cours de la période d'attribution;
 - la décision de la CDAPH soit motivée.

LA MDPH 71 n'a pas réalisé de requête spécifique pour ces situations qui auraient momentanément induit une charge de travail supplémentaire. Ces situations ont donc été traitées de façon limitée, « au détour » de l'examen d'autres demandes ou d'une révision.

Ces dispositions vont alléger le surcroît d'activité lié à l'attribution d'une durée de deux ans de l'AAH 2. En témoigne par exemple la situation des travailleurs en ESAT [établissement et service d'aide par le travail] dont le taux d'incapacité est le plus souvent compris entre 50 et 79 %, alors que la validité de l'orientation vers l'ESAT est établie pour une durée de cinq ans. Toutefois, leur impact sur l'activité de la MDPH interviendra d'ici deux ans.

Partenariats dans le champ de l'emploi

Plusieurs MDPH soulignent dans leur rapport d'activité l'importance du maintien et du développement de partenariats en matière d'emploi.

Les conventions avec Pôle Emploi, Cap Emploi, les services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH), la Mutualité sociale agricole (MSA), les CARSAT, l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH), les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), le FIPHFP, les centres de rééducation professionnelle (CRP) permettent l'évaluation, l'orientation professionnelle et l'accompagnement des personnes handicapées pour optimiser le parcours vers l'emploi. L'accès au dossier unique des demandeurs d'emploi (DUDE) par les équipes dans certaines MDPH facilite et renforce ce partenariat comme dans le Haut-Rhin (68) par exemple.

Ce partenariat s'appuie sur des dispositifs comme des immersions en ESAT ou la prestation d'appui professionnel spécialisée à la MDA de la Manche (50).

4. Orientation en établissements médico-sociaux

Dans l'ensemble, les demandes d'orientation en établissements et services médico-sociaux connaissent une légère augmentation. Cette progression varie selon les types d'établissements et d'une MDPH à l'autre.

Le partenariat avec les financeurs

Le partenariat avec les financeurs (département, ARS) se développe à travers des groupes de travail, des rencontres, des échanges entre professionnels.

À noter aussi que le partenariat avec les établissements et services médico-sociaux se poursuit et se structure afin d'assurer une veille commune, comme dans les Côtes-d'Armor (22).

MDPH du Gard (30)

Les enfants handicapés : La MDPH travaille depuis 2012 avec l'agence régionale de santé à la mise en place d'une « commission d'admission » des enfants en attente d'une place en IME [institut médico-éducatif] sur le bassin nîmois. Il s'agit de déterminer conjointement avec les établissements et services les priorités d'admission. Les services de l'aide sociale à l'enfance ont été associés à cette démarche dans la mesure où près d'une centaine d'enfants en attente d'une place sont suivis par les services sociaux du département. Des réunions de concertation ont également eu lieu entre ESAT-MDPH-ARS, MAS [maison d'accueil spécialisée]-FAM [foyer d'accueil médicalisé]-MDPH-ARS-conseil départemental ainsi que des rencontres régulières entre IME-MDPH et ITEP-MDPH sur le bassin nîmois. Ce travail s'est poursuivi en 2015.

MDPH de la Gironde (33)

La MDPH a travaillé avec les services de l'ARS à la mise en place d'un dossier unique d'admission dans les ESMS enfants. L'ARS et la MDPH ont constitué un groupe de travail comprenant des représentants des établissements, des associations de personnes handicapées, l'Éducation nationale. Ce dossier est à déployer en janvier 2016. Ces projets s'inscrivent dans le cadre du rapport Piveteau « 0 sans solution ».

MDPH de Tarn-et-Garonne (82)

Un travail partenarial ARS/Éducation nationale/ESMS et MDPH va se mettre en place sur 2016 pour une réflexion sur les critères d'admission, les listes d'attente et l'accompagnement des familles. Cette réflexion permettra également d'identifier les besoins couverts et non couverts de prise en charge sur le département en établissements et services médico-sociaux, aux fins de transmission aux autorités en charge de la planification.

L'expérimentation ITEP

Afin d'éviter les ruptures de parcours des jeunes relevant d'un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) en le rendant plus fluide, une expérimentation en dispositif ITEP a été mise en place depuis 2013.

Six régions pilotes (5 000 jeunes de six à vingt ans) expérimentent ce mode de fonctionnement : Basse- et Haute-Normandie, Île-de-France, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne, Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Cette expérimentation se déroule en deux phases. Une première phase entre 2013 et 2014, qui a permis de définir dans chaque région les conditions et les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation. Une seconde phase de l'expérimentation de 2014 à 2017, qui a pour objectif :

- d'évaluer l'expérimentation : mesurer ses effets sur le parcours de l'utilisateur. Une évaluation nationale est prévue courant 2017 par un opérateur national ;
- de redéfinir la gouvernance nationale et régionale de l'expérimentation ;
- d'introduire une deuxième dérogation à l'article L. 241-6 du CASF sur les modalités de scolarisation : acter le principe d'un changement de modalité de scolarisation à l'intérieur du dispositif ITEP sans nouvelle notification de CDAPH ;
- de définir les outils nationaux communs à toutes les régions pilotes pour la deuxième phase de l'expérimentation : une fiche de liaison (pour le partage de l'information entre les organismes impliqués dans le parcours du jeune) et un tableau de suivi des enfants accueillis dans le cadre du dispositif afin d'obtenir une première série de données sur le nombre de jeunes concernés et sur le type de parcours à l'intérieur du dispositif ITEP.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit dans son article 91 la généralisation du fonctionnement en dispositif ITEP, sous réserve d'un vote de la MDPH et de la conclusion d'une convention entre les acteurs locaux du dispositif (ARS, MDPH, Éducation nationale, ITEP, CPAM). Le vote de la MDPH doit se tenir au plus tard le 31 décembre 2017. L'article de loi intègre l'évaluation initialement prévue dans le cadre de l'expérimentation.

Un décret d'application de l'article 91 de la loi sera publié courant 2016 après un retour d'expérience de l'expérimentation en cours, réalisé par la CNSA et la DGCS.

Les travaux sur la prise en charge la plus appropriée afin d'améliorer la fluidité des parcours des jeunes se concrétisent entre MDPH, Éducation nationale et ARS.

MDPH du Pas-de-Calais (62)

Le fonctionnement en dispositif est en phase expérimentale au niveau national depuis 2013 sur plusieurs départements. L'ARS Nord – Pas-de-Calais a souhaité s'y associer en parallèle, et un travail de réflexion a été engagé avec les deux MDPH du Nord et du Pas-de-Calais et l'ensemble des ITEP de la région qui a abouti à la rédaction d'une convention partenariale permettant un fonctionnement en dispositif. Cette convention est en cours de signature par les différentes parties. La commission exécutive du 25 mars 2016 a autorisé la mise en œuvre du fonctionnement en dispositif intégré ITEP à compter du 1^{er} avril 2016 dans le Pas-de-Calais.

MDPH de la Gironde (33)

Afin de répondre à un objectif de souplesse dans l'accompagnement et aux besoins évolutifs des jeunes orientés en ITEP, le système d'information IODAS a évolué en décembre 2015 pour donner la possibilité de moduler l'orientation entre ITEP et SESSAD. Une modalité « dispositif intégré » a été rajoutée à cet effet sur l'orientation médico-sociale enfance. La Gironde s'est portée volontaire en conventionnant avec l'agence régionale de santé, la Caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde, la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale de la Gironde et l'association ARI (Association pour la réadaptation et l'intégration). Dans le cas de la sélection de cette modalité, la notification mentionne que l'orientation est liée au dispositif intégré, permettant une modulation de l'accueil de l'enfant entre ITEP et SESSAD, en cours de droit, et directement étudiée avec l'établissement accueillant. L'expérimentation en cours concerne les enfants accueillis en ITEP et SESSAD de l'association ARI spécifiquement. Dispositif ITEP/SESSAD: L'Association nationale des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et de leurs réseaux (AIRe), association des ITEP et de leurs réseaux, soutenue par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), a porté une expérimentation nationale de fonctionnement en dispositif ITEP, sur le territoire de six régions volontaires: Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Île-de-France, Provence – Alpes – Côte d'Azur et Pays de la Loire. Mobilisant la quasi-totalité des intervenants du parcours des jeunes en difficultés psychologiques accueillis au sein des ITEP, cette expérimentation visait à fluidifier le parcours de ces jeunes, en s'inscrivant dans la logique du décret 2005 et dans l'esprit de la circulaire 2007. Son objectif a été d'introduire, pour répondre aux besoins des jeunes orientés en ITEP, une plus grande souplesse dans l'accompagnement et une réactivité aux besoins d'ajustement du projet personnalisé d'accompagnement (PPA) rendues possibles par: une orientation en dispositif qui permet de mobiliser au moins trois modalités d'accueil en interne ou par convention en fonction de l'évolutivité des besoins; un dépassement des logiques établissements et services au profit de la continuité des parcours de vie, de santé et de scolarisation des jeunes relevant d'ITEP; un cadre tarifaire sécurisant financièrement les ITEP (avenant CNAMTS) dans cette mise en œuvre. À l'issue de cette expérimentation, un amendement du 30 mars 2015 à la loi « Adaptation au vieillissement » a permis d'ajouter un article au code de l'action sociale et des familles relatif au dispositif intégré et à son déploiement progressif. C'est pourquoi, la MDPH de la Gironde et l'Agence régionale de santé, la caisse primaire d'assurance maladie, la direction des services départementaux de l'Éducation nationale ont souhaité s'inscrire dans cette démarche de déploiement progressif, qui a été entérinée par les membres de la commission exécutive du GIP MDPH de la Gironde de décembre 2015. Ainsi une convention multipartite avec l'association ARI a été élaborée pour une mise en place à compter du 1^{er} janvier 2016.

Les modalités de suivi des orientations

Le 19 mai 2016 s'est tenue la quatrième Conférence nationale du handicap sur le thème d'une « société inclusive ». Cette conférence a permis de faire un bilan d'étape du projet visant à transformer les modalités d'orientation par les MDPH. L'objectif de la démarche « zéro sans solution – une réponse accompagnée pour tous » est de promouvoir une orientation mieux suivie, plus cohérente avec les structures disponibles, mais qui fasse également évoluer les modalités d'accueil et d'accompagnement. Cette démarche propose que tous les acteurs (MDPH, ARS, Éducation nationale, conseils départementaux, gestionnaires d'établissements) s'organisent et se coordonnent pour construire avec les personnes ou leur famille des réponses à leurs besoins.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 apporte, dans son article 89, une première traduction de ces recommandations : elle fournit la base légale nécessaire à la formalisation par une équipe pluridisciplinaire d'un plan d'accompagnement global de la personne handicapée dans les situations le justifiant.

Travaux nationaux sur le système d'information de suivi des orientations

Le système d'information des MDPH leur permet de mieux communiquer avec leurs partenaires (les établissements médico-sociaux, les agences régionales de santé et les conseils départementaux). Le SI de suivi des orientations doit contribuer :

- à un meilleur suivi par la MDPH du parcours des personnes handicapées ;
- à une meilleure connaissance des besoins au regard de l'offre médico-sociale ;
- à la mise en œuvre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » prévue par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé.

L'informatisation du suivi des orientations se structure peu à peu : les modalités actuelles de suivi des orientations sont variables d'un département à l'autre.

Dans la majorité des rapports d'activité, les MDPH utilisent un outil informatique dédié au suivi des listes d'attente. D'autres sont en cours d'acquisition de matériel informatique, mais s'organisent tout de même pour assurer le suivi des réponses.

MDPH de l'Yonne (89)

Au niveau régional, la mise en place du logiciel Via Trajectoire PH à partir de la fin 2016 devrait permettre d'offrir un outil unifié et partagé. Pour permettre son déploiement, la MDPH travaillera à un toilettage des listes d'attente en établissements avec leur participation.

MDPH de Paris (75)

En 2015, les modalités de suivi de la réalisation des orientations décidées par la CDAPH ont évolué, avec le départ de l'agent dédié à la conduite d'une forme d'enquête permanente auprès des bénéficiaires.

Un travail de fiabilisation a été engagé et n'est pas achevé au moment de la rédaction du présent rapport.

Il passe par l'utilisation des données de paiement communiquées par la CPAM d'une part et la DASES [direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé] d'autre part. Il s'accompagne de la poursuite des prises de contact avec les personnes identifiées comme n'ayant pas mis en œuvre leur orientation. Un des agents en service civique est dédié à la prise de contact à trois mois, afin de lever les éventuelles difficultés de compréhension ou les obstacles administratifs. Un nouveau contact doit être initié à un an (puis à date anniversaire) par un évaluateur de l'unité en charge des orientations médico-sociales, afin de déterminer si le projet doit ou non être revu, et le cas échéant déclencher une nouvelle évaluation.

L'unité en charge des orientations médico-sociales a été par ailleurs réorganisée, avec la spécialisation, dès 2015, de deux évaluatrices PCH sur les personnes identifiées comme disposant d'une orientation FAM ou MAS non effective. Cette unité sera renforcée en 2016 par le recrutement d'une évaluatrice dédiée aux situations complexes ou critiques.

Principaux enjeux du territoire en termes d'accueil en ESMS

Seuls deux rapports d'activité abordent la question de l'analyse de l'offre médico-sociale du territoire.

MDA de la Mayenne (53)

Dans la logique de parcours de l'utilisateur, les directeurs de SESSAD qui ont depuis plus de trois ans réfléchi, en lien avec la MDA, l'ARS, l'Éducation nationale, à partir des listes d'attente, souhaitent partager cette réflexion avec les responsables des SAVS et des SAMSAH. Ils souhaitent aborder la situation de l'insertion professionnelle des 16-25 ans. Une étude a été lancée en septembre 2015 auprès des jeunes de vingt à trente ans qui sont passés par les SESSAD. Le second chantier ouvert concerne les SAVS et les SAMSAH. Il s'agit tout d'abord d'établir la cartographie précise de ces services, pour ensuite rapprocher cette offre des besoins et clarifier leurs champs de compétence et la nature de l'accompagnement proposé. Une mise à jour globale semestrielle est sollicitée auprès des établissements et services. Il s'agit pour l'heure d'une vérification manuelle qui demeure fastidieuse. Ces mises à jour sont complétées par des fiches de liaison transmises par les structures. La base Excel « support », constituée fin 2011, n'est plus opérationnelle. Les données de base seront reprises sur le premier semestre 2016 dans le nouveau système d'information SOLIS qui permettra un suivi à minima, en lien avec les décisions prises par la CDAPH. Dans le cadre des travaux d'élaboration du premier schéma départemental de l'autonomie, est envisagée la mise en place d'un outil informatisé et partagé avec les gestionnaires des structures qui puisse permettre d'avoir non seulement une lecture instantanée des listes, mais aussi la vision des places disponibles sur l'ensemble du département. Cet outil permettra de voir l'évolution des besoins, d'adapter l'offre de structures en conséquence.

MDPH du Vaucluse (84)

L'évolution des publics et la complexité des prises en charge soulignent la nécessité de mutualisation des moyens autour de l'enfant et donc des prises en charge conjointes IME/pédopsychiatrie, parfois IME/SESSAD spécialisé (défiance visuelle ou auditive) et bien sûr un partenariat avec l'Éducation nationale lorsque cela est possible. On note la demande de certains IME de fonctionner également en dispositif, pour plus de flexibilité dans le projet de l'enfant, notamment lorsqu'il y a une possibilité de scolarisation en classe spécialisée (ULIS).

5. Allocations

L'allocation aux adultes handicapés et le complément de ressources

L'allocation aux adultes handicapés

L'AAH est une aide financière qui permet d'assurer un revenu minimum. Elle est attribuée aux personnes âgées de plus de vingt ans (ou de plus de seize ans pour un jeune qui n'est plus considéré à la charge de ses parents pour bénéficier des prestations familiales).

Les bénéficiaires doivent avoir un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % ou compris entre 50 et 79 % et connaître une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi, reconnue par la CDAPH.

La restriction est substantielle lorsque le demandeur rencontre des difficultés importantes d'accès à l'emploi ne pouvant être compensées, notamment par des mesures d'aménagement de poste de travail. La restriction est durable dès lors qu'elle est d'une durée prévisible d'au moins un an à partir du dépôt de la demande d'AAH.

Le complément de ressources

Le complément de ressources est une allocation qui s'ajoute à l'AAH. Il sert à compenser l'absence durable de revenus d'activité si la personne est dans l'incapacité de travailler. Ce complément et l'AAH forment la garantie de ressources. L'AAH est le droit le plus sollicité après les cartes d'invalidité ou de stationnement, comme le mentionnent certaines MDPH dans leur rapport d'activité.

Dans les rapports d'activité sur l'exercice 2014, il était fait état de l'augmentation des demandes d'AAH suite à sa réforme. Le décret du 16 août 2011 en faveur des personnes ayant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi a limité à deux ans la durée d'attribution de l'AAH (L. 821-2). Cette réforme permet une révision plus fréquente des situations.

On note une augmentation du nombre de demandes d'AAH.

MDPH de la Haute-Savoie (74)

[Les demandes d'AAH] représentent 18 % des demandes déposées en 2015 (16 % en 2014). L'AAH est une des mesures les plus concernées par la hausse des demandes (+ 425 demandes par rapport à 2014). Cette hausse concerne principalement les demandes de renouvellements pour la fourchette de taux compris entre 50 et 79 %. La majorité des accords d'AAH concerne le taux d'incapacité compris entre 50 et 79 %. Le taux d'accord augmente encore légèrement, passant de 68 % en 2014 à 71 % en 2015, mais reste légèrement inférieur au taux d'accord national (72 % en 2014). Cette hausse concerne les taux d'incapacité compris entre 50 et 79 %. 8 515 personnes ont un droit ouvert à l'AAH au 31 décembre 2015.

MDMPH du Rhône (69)

L'AAH constitue toujours une part importante de l'activité de la MDPH, de par son volume et le nombre de sollicitations qu'elle génère en tant que minima social. Le nombre de demandes déposées et traitées continue régulièrement de croître. Des MDR [maison du Rhône] témoignent ainsi de la pression de plus en plus marquée d'usagers pour faire accélérer le processus, et d'une démarche de contestation et/ou demandes d'explication quasi systématique en cas de proposition ou décision de rejet. Ce constat est particulièrement marqué pour une partie du public bénéficiaire du RSA et pour lequel l'insertion professionnelle reste difficile. La présence du travailleur social favorise les liens et l'accompagnement, particulièrement lorsqu'il est spécialisé sur le domaine PH. [...] Cette attention particulière et ce meilleur suivi de l'AAH constitueront l'enjeu majeur concernant ces prestations pour les années à venir.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et le complément

L'AAEH est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Cette aide est versée à la personne qui en assume la charge. Elle peut être complétée, dans certains cas, d'un complément d'allocation.

Elle est versée à la famille d'un enfant en situation de handicap de moins de vingt ans.

Un complément d'allocation est accordé pour l'enfant atteint d'un handicap dont la nature ou la gravité exigent des dépenses particulièrement coûteuses ou nécessitent le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne. Son montant varie suivant l'importance des dépenses supplémentaires engagées ou la permanence de l'aide nécessaire (par exemple, la nécessité pour l'un ou l'autre des parents de réduire son activité professionnelle ou de l'interrompre pour s'occuper de l'enfant ou encore la nécessité d'embaucher une tierce personne rémunérée). Il existe six catégories de compléments ; la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDPAH) définit de quelle catégorie relève le jeune handicapé.

La majorité des MDPH soulignent dans leurs rapports d'activité une nette augmentation des demandes d'AAEH en 2015. À noter que l'augmentation concerne en grande partie les demandes de renouvellement, tandis que les premières demandes se stabilisent, voire diminuent.

D'autres rapports d'activité notent une baisse des demandes d'AAEH en 2015. Les MDPH évoquent plusieurs explications à cette diminution :

- la durée d'attribution (comprise entre un an et cinq ans) ;
- un alignement de l'attribution de l'ensemble des aides sur une même période en vue de limiter les démarches administratives des familles et de sécuriser le renouvellement de ces droits.

À noter : le nombre de rejets augmente également. Dans un grand nombre de cas, ces rejets sont dus au fait que les personnes ne remplissent pas les conditions nécessaires selon la loi de 2005 (taux d'incapacité, absence d'inscription dans un établissement adapté, absence de frais liés au handicap ou absence de la présence d'une tierce personne auprès de l'enfant en situation de handicap). Dans d'autres cas, ces rejets sont dus à l'augmentation des demandes de révision des familles, notamment pour les types de frais pris en charge ou les niveaux de handicap. Les demandes de révision n'aboutissent pas, faute de pouvoir ouvrir de nouveaux droits au regard de la réglementation.

MDPH des Alpes-Maritimes (06)

L'AEEH qui progressait régulièrement du fait de l'entrée dans le champ du handicap d'un plus grand nombre d'enfants en situation de scolarisation, et dont les familles nécessitent un soutien spécifique, poursuit sa stabilisation en 2015. Toutefois, cette stabilisation est également due au fait que les durées de validité de l'AEEH ont été rallongées (dans les exercices précédents, dans la plupart des situations, les durées étaient alignées sur celles des PPS).

MDPH de la Charente-Maritime (17)

2 500 demandes d'AEEH et compléments ont été enregistrées à la MDPH en 2015, dont 73 % de premières demandes. La CDAPH a pris 3 532 décisions, dont 78,34 % sont des accords. 1 114 accords concernent l'AEEH de base seule, accordée sans aucun complément et 1 574 décisions concernent des accords d'AEEH associée à au moins un complément. Comme en 2014, c'est le complément de catégorie 2 qui est le plus fréquemment accordé.

MDPH de la Marne (51)

Une hausse de près de 400 demandes pour le nombre d'AAH et de CPR [complément de ressources] qui s'établit à 6 845 au lieu de 6 440 en 2014. [...] L'augmentation tient à la forte progression des demandes de renouvellements des demandes initiales de 2013.

MDA de la Manche (50)

Les demandes d'AEEH avec ou sans complément baissent de 5,3 % entre 2014 et 2015. Dans la quasi-totalité des cas, la demande d'AEEH s'effectue avec une demande de complément. Le taux d'accord global est de 87,9 %. Les accords de compléments d'AEEH représentent 51 % des accords. Les accords d'AEEH (avec ou sans complément) avec un taux compris entre 50 et 79 % représentent 30 % des accords. Une procédure interne a été construite afin de répondre rapidement aux changements de régime (externat, internat) des enfants percevant l'AEEH, ceci afin d'éviter des indus ou des ruptures de droits avec la CAF. Des contacts réguliers ont lieu au titre, notamment, des ruptures d'AAH, et concernent les personnes n'ayant pas déposé de demandes de renouvellement malgré le rappel fait six mois en amont par les services de la CAF auprès de chaque bénéficiaire. Un travail de concertation a été réalisé dans la cadre du dispositif ITEP et des changements de régime (internat, semi-internat, retour définitif au domicile).

6. Les cartes

Les cartes, toutes demandes confondues (carte d'invalidité/carte de priorité ou carte européenne de stationnement), constituent un volume particulièrement important de l'activité de la MDPH, notamment pour les plus de soixante ans.

Les cartes de stationnement

Les demandes de cartes de stationnement augmentent. Cette augmentation semble être liée à la récente réglementation attribuant le stationnement gratuit à toute personne détentrice de la carte européenne de stationnement pour personnes handicapées - CESP (loi du 18 mars 2015).

Les cartes d'invalidité/de priorité

Le public âgé de soixante ans et plus représente une part non négligeable de la demande. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit d'ailleurs une attribution automatique de la carte d'invalidité et de la carte européenne de stationnement pour les personnes en GIR 1 ou 2 dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dès 2016.

MDA de Maine-et-Loire (49)

Alors que la proportion de demandes de CES déposées par les jeunes de moins de vingt ans reste identique (6 %) en 2015, celle des demandes de personnes de plus de soixante ans poursuit sa croissance et atteint 50 % des demandes tous âges confondus. Les premières demandes représentent 54 % tous âges confondus. Pour les CES, en 2015, le taux d'avis favorable est de 60 %. Conformément à la réglementation, la CES est traitée sous deux mois.

MDPH du Pas-de-Calais (62)

Les demandes de cartes de stationnement représentent 11,5 % des demandes reçues à la MDPH sur l'année 2015. Sept demandes de cartes adulte sur dix concernent une première demande, et cinq demandes de cartes enfant sur dix, ce qui accroît chaque année le nombre de bénéficiaires. Le nombre de demandes de cartes de stationnement a progressé de manière uniforme pour les adultes et les enfants (entre 5 et 6 % d'augmentation). Compte tenu de la parution d'un nouveau décret en mars 2015 fixant la gratuité du stationnement pour les personnes titulaires de la carte de stationnement, cette évolution semble, malgré tout, modérée.

MDPH de Seine-et-Marne (77)

Les demandes de cartes d'invalidité ou de priorité représentent 16 % des demandes reçues et recevables par la MDPH. Une personne qui sollicite les deux cartes compte pour une unité. Les demandes sont en augmentation de 4 % par rapport à 2014. Les décisions ont augmenté de 5 % par rapport à 2014 grâce à la mise en place d'un temps d'évaluation par une infirmière. On observe une baisse du taux d'accord de deux points (de 39 % à 37 %) sur la carte de priorité et une baisse de 6 % sur la carte d'invalidité (40 % à 33 %). Le taux de rejet des deux cartes ne cesse d'augmenter (17 % en 2013, 21 % en 2014 et 30 % en 2015). Cette baisse fera l'objet d'une étude.

Articulation avec les services de l'État sur les cartes

Sauf cas particulier où les services de la préfecture instruisent les dossiers, ce sont les MDPH qui traitent les demandes de délivrance de cartes de stationnement avant transmission des dossiers aux services de l'État.

Il apparaît que cette prise en charge supplémentaire induit des coûts supplémentaires pour les MDPH, tout en mobilisant du personnel.

MDPH de la Charente-Maritime (17)

L'instruction, l'évaluation et la confection des cartes sont assurées en totalité par les services de la MDPH.

MDPH de la Vienne (86)

La délivrance de la carte de stationnement est de la responsabilité du préfet et par délégation de la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS). Les demandes des services et établissements médico-sociaux sont traitées directement par la DDCS.

Zoom sur la carte mobilité inclusion (CMI) : le projet national et son impact

Dans le cadre du choc de simplification engagé par le gouvernement, de nouvelles mesures ont été mises en œuvre afin de répondre aux attentes des usagers et d'améliorer leur relation avec leur administration. Parmi ces mesures, le président de la République a annoncé lors de la troisième Conférence nationale du handicap (CNH) de décembre 2014 la création d'une carte « mobilité inclusion », qui remplace les cartes de priorité, d'invalidité et européenne de stationnement. Les droits reconnus par ces cartes seront ainsi totalement conservés, mais sur un nouveau support personnalisé et sécurisé.

La mise en place de la CMI est prévue à compter du 1^{er} janvier 2017, suite au vote de la loi n° 2016-1321 pour une république numérique du 7 octobre 2016.

Le principe de la CMI :

- trois cartes regroupées au sein d'un même support ;
- deux supports de carte différents : un support pour la CMI stationnement et un support pour la CMI priorité/invalidité ;
- appréciation de la CDAPH ;
- délivrance par le président du conseil départemental (PCD) ;
- fabrication désormais assurée par l'Imprimerie nationale.

MDPH du Val-de-Marne (94)

Les évolutions en cours au niveau national sur la carte mobilité inclusion, dont les prémices ont déjà été lancées avec la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, doivent être suivies de près en 2016 pour garantir que les simplifications soient réelles pour la MDPH et pour les personnes handicapées.

MDPH du Cher (18)

Dans le Cher, le traitement des cartes est entièrement pris en charge par la MDPH, ce qui est consommateur de temps, mais garantit un traitement fluide pour l'utilisateur. Des agents mis à disposition de l'État en poste à la MDPH disposent de la délégation de signature. Le système mis en place actuellement n'est pas satisfaisant et nécessite une marge de progrès de numérisation, dans une perspective nationale, et de mise en place de la carte mobilité inclusion.

Conclusion

La synthèse des rapports d'activité 2015 a permis de confirmer les grandes tendances déjà présentes en 2014 : hausse de l'activité, complexité croissante des situations et des demandes, enjeux d'accompagnement des MDPH dans leurs missions et face aux défis nouveaux qui se posent à elles.

Elle met également en lumière deux évolutions importantes. La première tient à l'enjeu d'amélioration de la qualité de service, dont les MDPH se sont saisies. Les travaux conduits sur le référentiel de mission, les outils d'autodiagnostic ou encore de mesure de la satisfaction des usagers témoignent d'un engagement fort du réseau et de l'initiation d'une dynamique partagée de long court.

La seconde concerne la mobilisation des MDPH dans les chantiers nationaux très structurants pour elles : systèmes d'information (en particulier le SI commun des MDPH par harmonisation), évolution des pratiques professionnelles et des organisations, pour intégrer par exemple le nouveau paradigme que constitue la réponse accompagnée pour tous.

Ces chantiers sont conduits dans un calendrier exigeant et sollicitent l'ensemble des MDPH avec l'appui de la CNSA.

Ainsi, la CNSA renouvelle son engagement à accompagner les MDPH et leurs partenaires au plus près de leurs besoins pour s'assurer de la qualité du service rendu aux usagers dans un contexte de fortes évolutions des politiques du handicap et de montée en charge attendue des mesures de simplification décidées en Conférence nationale du handicap le 11 décembre 2014.



www.cnsa.fr
www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr



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