


Dossier technique

MDPH: 5 ans déjà !

synthèse des rapports
d'activité 2010 des maisons
départementales des
personnes handicapées

Décembre 2011



Ce rapport annuel sur l'activité des MDPH en 2010 a été réalisé par la Direction de la Compensation et la Direction financière de la CNSA sous la coordination de Jean-Louis Loirat.
Il a été présenté au Conseil de la CNSA le 15 novembre 2011.



Préface

Il m'est particulièrement agréable que, parmi les premiers documents publiés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie depuis que la direction m'en a été confiée, ce rapport annuel sur les activités des maisons départementales des personnes handicapées arrive en bonne place, que j'aie à le préfacer et à le présenter à notre Conseil avant qu'il soit, comme chaque année, publié et transmis aux services publics et aux associations.

Les MDPH ont en effet été créées en même temps que la CNSA et leurs routes sont, depuis plus de cinq ans maintenant, à la fois parallèles et solidaires.

Les deux organismes présentent, comme on le sait, comme on le voit, des ressemblances à plus d'un titre : une organisation juridique autonome, des équipes professionnelles pluridisciplinaires, le souci d'un travail en partenariat ou en réseau, des instances de direction plurielles dans lesquelles sont représentés tous les acteurs de la politique du handicap et de la perte d'autonomie et qui, ensemble, font un véritable exercice de démocratie sociale. Découvrant l'une et l'autre structure, je suis frappé du professionnalisme, de la disponibilité, et du dynamisme dont savent faire preuve les personnes qui, dans des métiers très divers, y travaillent ensemble.

Concernant les MDPH, je sais combien la réorganisation d'un service public demande d'énergie, puisqu'il fallut à la fois regrouper les anciennes commissions, recruter des personnels spécialisés, faire travailler ensemble les anciens, intégrer des modifications réglementaires et traiter des dossiers qui, il y a cinq ans, étaient très en retard, ce avec l'objectif de commencer à créer cette culture commune promue par la loi du 11 février 2005. Et tout cela sans interrompre le service public et en accueillant les usagers !

À la lecture de ce document, je prends conscience du travail réalisé et de l'énergie requise pour cette réforme. Même si des progrès sont encore à faire, par exemple en ce qui concerne les plans personnalisés de compensation ou le suivi des décisions et l'accompagnement des personnes handicapées dans le temps, le chemin déjà parcouru est immense ; ce dont on peut prendre conscience avec ce rapport, c'est bien que dans cette politique publique renouvelée, on a réellement changé de paradigme.

On verra combien la comparaison des départements entre eux doit permettre de progresser ensemble. Ces échanges de pratiques ne doivent pas tendre à construire le modèle unique d'une maison départementale qui serait idéale. Mais les interrogations mutuelles que les présentes analyses susciteront permettront aux différents acteurs de mieux mettre en œuvre une réforme ambitieuse, réforme qu'on ne saurait juger à partir des seuls éléments quantitatifs et qu'il conviendra d'apprécier aussi avec des données plus qualitatives. Il faut, en effet, pouvoir corrélérer des données statistiques avec des éléments sur la qualité du service rendu aux personnes handicapées et aux citoyens.

Il y a là un autre chantier pour les MDPH et pour les acteurs nationaux qui continueront à les accompagner.

Luc Allaire,
Directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Sommaire

Préface	1
Introduction	4
1. La rationalisation des procédures pour faire face à l'augmentation des demandes	7
1.1. Une augmentation continue de l'activité	7
1.2. L'organisation administrative et financière des MDPH	9
1.2.1. Synthèse des données financières des MDPH	11
1.2.2. Les dépenses en 2010	12
1.2.3. La structure des apports des différents financeurs	18
1.3. Les personnels de la MDPH	23
1.3.1. Évolution des effectifs salariés et contribution des financeurs	23
1.3.2. Analyse des effectifs rapportés à la taille du département	25
1.3.3. Croisement entre demandes reçues et les emplois	26
1.3.4. L'analyse des emplois par catégorie professionnelle	27
1.4. Le système d'information	33
1.4.1. Une année d'installation et d'appropriation de nouveaux logiciels	33
1.4.2. La création du SipaPH	34
1.4.3. L'information et la communication	34
1.5. Des partenariats multiples	35
1.5.1. Les différents types de partenariat	35
1.5.2. L'impact de ces partenariats sur l'organisation des MDPH	36
1.5.3. Quelques observations et exemples recueillis au fil des pages des rapports	37
1.5.4. Participation de la MDPH à des groupes de travail	39
1.6. La CDAPH stabilise son fonctionnement	39
1.6.1. Les modalités de fonctionnement	39
1.6.2. Identification des bonnes pratiques	40
1.7. La prestation de compensation du handicap	42
1.7.1. La progression des demandes de PCH ralentit, mais elle reste toujours très soutenue	42
1.7.2. Les décisions de prestation de compensation : avec 15 000 décisions par mois, une augmentation annuelle de l'activité de 27,3 %	43
1.7.3. Les prestations de compensation accordées : 2010, une année de rupture	44
1.7.4. Des disparités départementales importantes qui persistent	45
1.7.5. Les éléments de la prestation de compensation évoluent	46
1.8. Le fonds départemental de compensation	47
1.8.1. Les dépenses payées	48
1.8.2. Les recettes	49
1.8.3. La situation financière des fonds de compensation à fin 2010	52
1.8.4. Les procédures et pratiques observées dans la gestion des fonds	52
1.8.5. Quelques données détaillées sur les aides techniques	54
2. La volonté d'offrir un service personnalisé de meilleure qualité	55
2.1. L'accueil	55
2.2. Les missions de l'équipe pluridisciplinaire	57
2.2.1. Quelques observations qualitatives sur le travail des équipes	57
2.2.2. L'augmentation du nombre de demandes déposées dans les MDPH	58
2.2.3. Une volonté de développer la qualité des évaluations	59
2.2.4. Les échanges développés avec les usagers	60
2.2.5. L'organisation des procédures d'évaluation se poursuit	61
2.3. La scolarisation des enfants	63
2.3.1. L'augmentation de la scolarisation ordinaire se traduit par des demandes croissantes	63
2.3.2. La demande d'auxiliaire de vie scolaire (AVS) : éléments d'analyse	63
2.3.3. Une scolarisation mise en perspective avec le secteur médico-social	64



2.4. L'insertion professionnelle.....	65
2.4.1. L'augmentation d'activité et l'impact de la réforme de l'AAH.....	66
2.4.2. Les outils d'évaluation de la situation professionnelle.....	66
2.5. La conciliation, la médiation, les recours.....	68
2.5.1. La médiation.....	68
2.5.2. La conciliation.....	69
2.5.3. Les recours gracieux et contentieux.....	70
2.6. La mise en œuvre et le suivi des décisions.....	71
2.7. L'animation par la CNSA du réseau des MDPH.....	72
Conclusion.....	73



“ Cinq ans déjà ! ”

Cinq ans, un lustre, et un premier quinquennat ! Qui est, très officiellement, renouvelable, puisque la loi dite « Paul Blanc », du 28 juillet 2011, vient de conforter le groupement d'intérêt public comme support de la MDPH et se propose de garantir une meilleure pérennisation des moyens de ce dispositif, notamment ceux venant de l'État.

Les progrès collectifs se confirment. La totalité des MDPH avait adressé leur rapport d'activité 2009 à la CNSA mais certaines tardivement. Pour 2010, 85 rapports avaient été reçus avant la fin de l'été, les autres rapports sont encore attendus. Ces chiffres permettent d'avoir aujourd'hui une vue plus vaste de ce que nous pouvons encore appeler « un nouveau service public de proximité », même si celui-ci est maintenant, comme on l'a déjà dit, bien implanté dans le paysage institutionnel français. Faire un rapport annuel est non seulement utile pour un bilan du fonctionnement local, mais il sert à l'ensemble du réseau pour comparer et permettre les progrès.

On regrettera toutefois que l'absence de respect d'un cadre général pour l'élaboration de chaque rapport départemental limite la possibilité d'effectuer les rapprochements utiles entre les départements et de faire de façon cohérente les agrégats souhaitables.

Une autre source d'informations pour la rédaction de ce rapport se trouve dans les statistiques d'activités transmises par les départements et validées par eux après traitement à la CNSA, travail effectué chaque année depuis 2006.

Par ailleurs, l'exploitation des résultats des comptes administratifs 2010 – à partir d'une grille commune intitulée « maquettes budgétaires » – a donné lieu à de nombreux échanges avec les équipes des MDPH et les services financiers des conseils généraux pour affiner les données. Comme l'année précédente, les cent maisons départementales ont transmis la maquette de leur compte administratif et de leurs effectifs 2010 à la CNSA ; effort qui démontre l'intérêt que les départements et les directeurs portent à des dispositifs fournissant des éléments de comparaison.

Dans les rapports annuels, les introductions sont souvent significatives des sujets que souhaitent développer les maisons départementales en donnant un aperçu général de leur fonctionnement. Qu'y trouve-t-on cette année ?


Un très grand nombre de rapports sont présentés comme des premiers bilans ; à 5 ans, ceux-ci peuvent déjà être significatifs, la période des pionniers paraissant pour beaucoup aujourd'hui achevée.

La mission des directeurs et de leurs équipes, est-elle toujours exercée avec enthousiasme ? Quelques-uns le disent, mais c'est surtout les termes de « forte pression » qui sont employés pour qualifier leur travail.

Des enjeux différents, quelquefois divergents et peu compatibles entre eux, sont très souvent pointés.

Ainsi s'agit-il à la fois :

- de faire face à un flux de demandes en constante augmentation, avec des moyens non corrélés ;
- d'assurer un traitement de masse et de veiller à proposer des réponses personnalisées, du « sur mesure » ;
- de répondre à des obligations légales qui ne sont encore que partiellement remplies : le respect des délais, la production de statistiques pour mieux connaître les besoins par publics ; ainsi la fonction d'observation, bien que reconnue par les acteurs de la MDPH, n'est-elle pas aujourd'hui complètement remplie ;
- d'adapter en permanence l'organisation pour mettre en œuvre les modifications réglementaires successives, par la poursuite d'une rationalisation des circuits et des outils de travail.



Sans montrer une satisfaction excessive devant les résultats du travail effectué, significatif du chemin parcouru, beaucoup de départements souhaiteraient une période de plus grande stabilité dans le fonctionnement du dispositif, « *en évitant notamment des réformes réglementaires trop souvent improvisées* ». Il faut toutefois rendre justice aux réformes récentes, car certaines ont donné lieu à une expérimentation et à un accompagnement méthodologique, notamment par la CNSA qui remplit là son rôle d'agence nationale.

Mais de toutes les observations qui ressortent des rapports, c'est bien **l'augmentation du nombre de demandes** qui continue d'être notée, voire qui étonne, cinq années après la mise en œuvre de la réforme...

La situation économique et la progression du chômage sont évoquées parmi les causes de cette augmentation continue, avec aussi la meilleure connaissance de la loi et de ses ouvertures. Le rapprochement de ce nouveau dispositif des citoyens constitue déjà en lui-même un vecteur pour ces nouvelles demandes. Parmi les causes, certains s'interrogent sur certaines demandes présentant d'abord des situations sociales très difficiles. La notion de « handicap social », si elle doit être bannie du vocabulaire, n'en est pas moins une réalité qualifiant les risques psycho-sociaux rencontrés par certaines personnes qui s'adressent à la MDPH, souvent orientées vers elle par les services sociaux, ou par leur médecin, ces professionnels se trouvant démunis de réponses de droit commun.

Sur ce thème des liens entre manque de ressources financières, troubles psycho-sociaux et handicap, il y aurait lieu de mener **une étude nationale**, à partir notamment des dossiers du RSA et ceux des maisons départementales présentant des difficultés d'ordre social ou psychologique.

Sur ce sujet, le rapport d'un département parle des « *hésitations rencontrées entre la reconnaissance sociale et le droit officiel à réparation* » ; certains demandeurs souhaitant d'abord être écoutés avant de présenter, éventuellement, une demande formelle.

L'organisation de **l'accueil des usagers** reste toujours une question primordiale dans l'organisation de la maison départementale ; on note le développement de nouvelles modalités d'accueil, soit par la déconcentration du service lui-même, notamment dans les unités territoriales du Conseil général, quelquefois grâce à de véritables antennes de la MDPH, soit par décentralisation auprès des CCAS et quelquefois des associations, mais assez rarement auprès des CLIC-personnes âgées.

La MDPH est aujourd'hui bien identifiée et largement connue ; les personnes y viennent solliciter des aides et des réponses sur des sujets qui vont bien au-delà du champ de compétences des MDPH. Peut-on dire qu'il s'agit là d'un réel succès de la loi nouvelle et de son concept de « guichet unique » ?

Le développement de partenariats se poursuit avec les réseaux associatifs, quelquefois même avec des essais de transmission informatique des données échangées.

S'agissant **de la gestion des ressources humaines**, les actions de formation des personnels se sont poursuivies. La stabilisation des processus et des modalités de travail pour les équipes d'instruction et les équipes pluridisciplinaires d'évaluation passe notamment par l'élaboration d'outils internes facilitant le travail des agents : par exemple un guide de bonnes pratiques des droits et des prestations, l'informatisation du GEVA, des transmissions statistiques dans le SipaPH.


Certains départements s'engagent également dans un processus d'audit et de **démarche qualité**.

La satisfaction des usagers et des partenaires est exprimée dans de nombreux rapports, sans d'ailleurs faire nécessairement référence au questionnaire de mesure de satisfaction des usagers proposé par la CNSA, cet outil apparaissant encore comme étant très peu utilisé...

Après les progrès, ce sont **les difficultés**, qui sont longuement développées ; sont d'abord citées celles résultant du non-remplacement des agents de l'État et de l'accumulation de dettes de l'État envers les départements. Le temps et l'énergie considérables consommés en vain depuis plusieurs années n'ont pu résoudre ces questions, qui sont une nouvelle fois dénoncées : insécurité juridique du statut des agents de l'État, travail effectué par ces professionnels souvent peu reconnu par leur employeur, impact considérable sur les petites équipes des départements d'agents, longueur des délais de remplacement quand ceux-ci sont assurés...

Si ces difficultés ont un caractère lancinant dans tous les rapports depuis cinq ans, on peut espérer que la loi, récemment votée sur la proposition du sénateur Paul Blanc, viendra définitivement y mettre un terme.

Mais une inquiétude perdurera pour certains recrutements : la grande difficulté de trouver certaines compétences professionnelles est partout mentionnée, au premier rang desquelles, les médecins, difficiles à trouver même dans les villes universitaires.



Parmi les autres difficultés rencontrées par les maisons départementales, la complexité croissante des prestations et les nouvelles règles applicables sont pointées : nouvelles règles d'attribution de l'allocation adulte handicapée (AAH), la reconnaissance de la qualité des travailleurs handicapés (RQTH), avec la délicate évaluation de leur employabilité. Il est aussi mentionné le plan personnalisé de scolarisation, dont l'élaboration nécessite des démarches itératives avec les services de l'Éducation nationale.

La notion de **projet de vie** pose toujours question à beaucoup et **le plan personnalisé de compensation** est encore peu mentionné dans les rapports. L'existence d'un plan n'apparaît encore souvent que dans les seuls cas de demande de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Pour cette prestation, il est d'ailleurs quelquefois souhaité des normes d'attribution plus contraignantes, voire plus strictes. Cette remarque est sans doute à mettre en lien avec les graves problèmes financiers que connaissent les départements aujourd'hui.

Dans un grand nombre de rapports, on trouve des remerciements appuyés en direction de tous ceux qui ont permis les progrès globaux obtenus, car c'est bien grâce à l'engagement important de tous les personnels et de l'aide régulière des services du Conseil général que ces progrès ont pu être réalisés. Les renforts de moyens obtenus avec la participation des associations membres du GIP et des partenaires extérieurs sont également salués.

1. La rationalisation des procédures pour faire face à l'augmentation des demandes

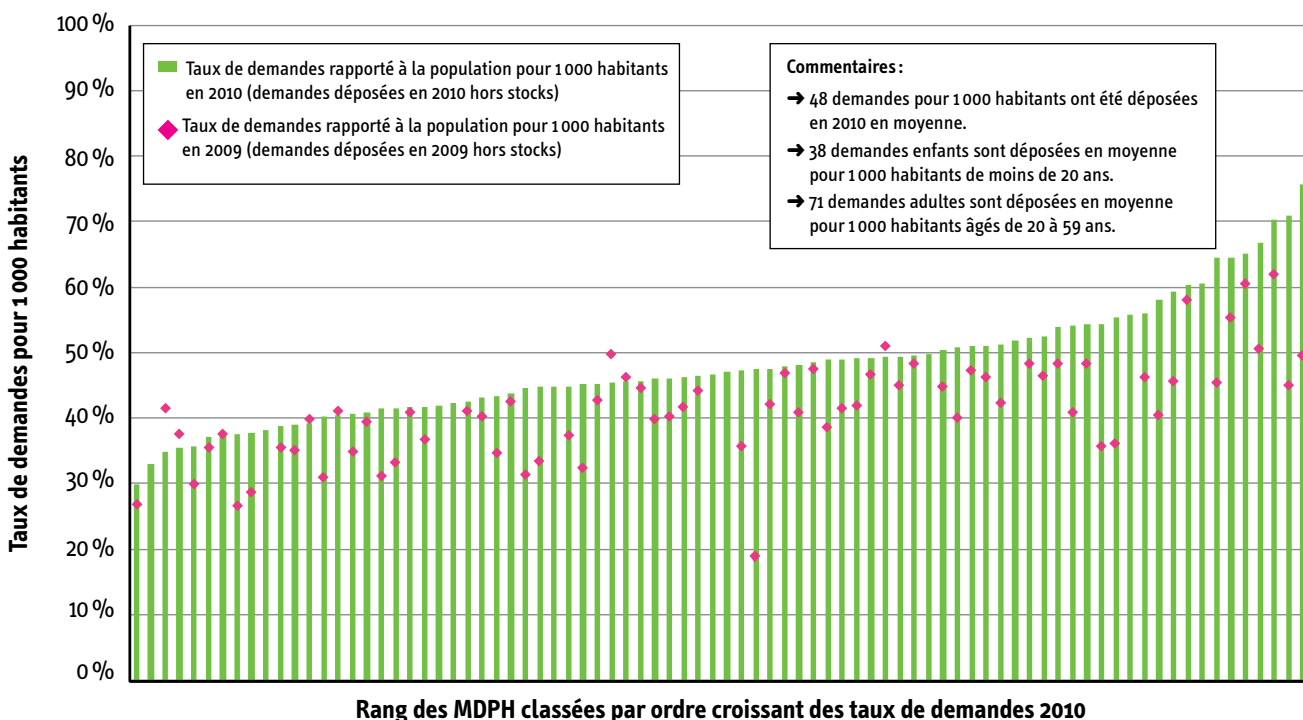
1.1. Une augmentation continue de l'activité

Plus que ressortant des rapports d'activités eux-mêmes, ce sont les échanges de données mis en place régulièrement par la CNSA depuis 2006 qui permettent d'apprécier l'augmentation du nombre de demandes reçues et du nombre de dossiers étudiés.

Cinq ans après la création des maisons départementales, le rythme reste soutenu.

Entre 2009 et 2010, le nombre de demandes adressées aux MDPH a augmenté de **15,2 %** (échantillon de 70 départements). Ce sont 90 % des MDPH qui ont observé une augmentation des demandes, alors que celles-ci n'ont baissé que dans 10 %. Certaines augmentations sont très importantes, près de la moitié des départements ont enregistré une augmentation de plus de 20 %.

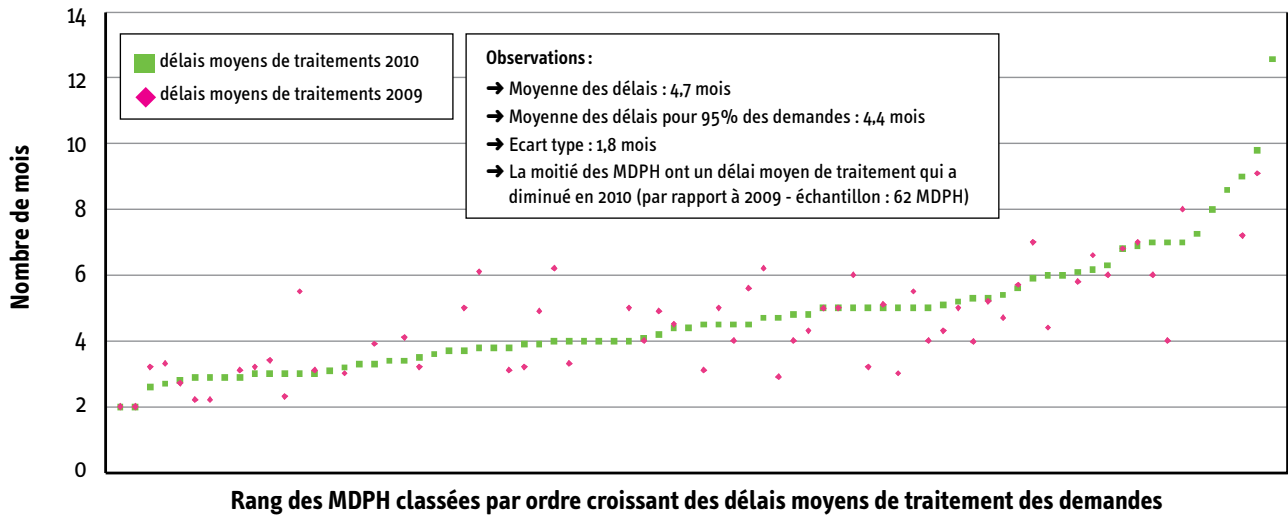
**Le taux moyen de demandes pour 1000 habitants varie de 30 à près de 76 selon les MDPH
En moyenne, il est en nette augmentation par rapport à 2009 (+8 points) - Échantillon : 82 MDPH**



Source : Échanges annuels départements/CNSA.

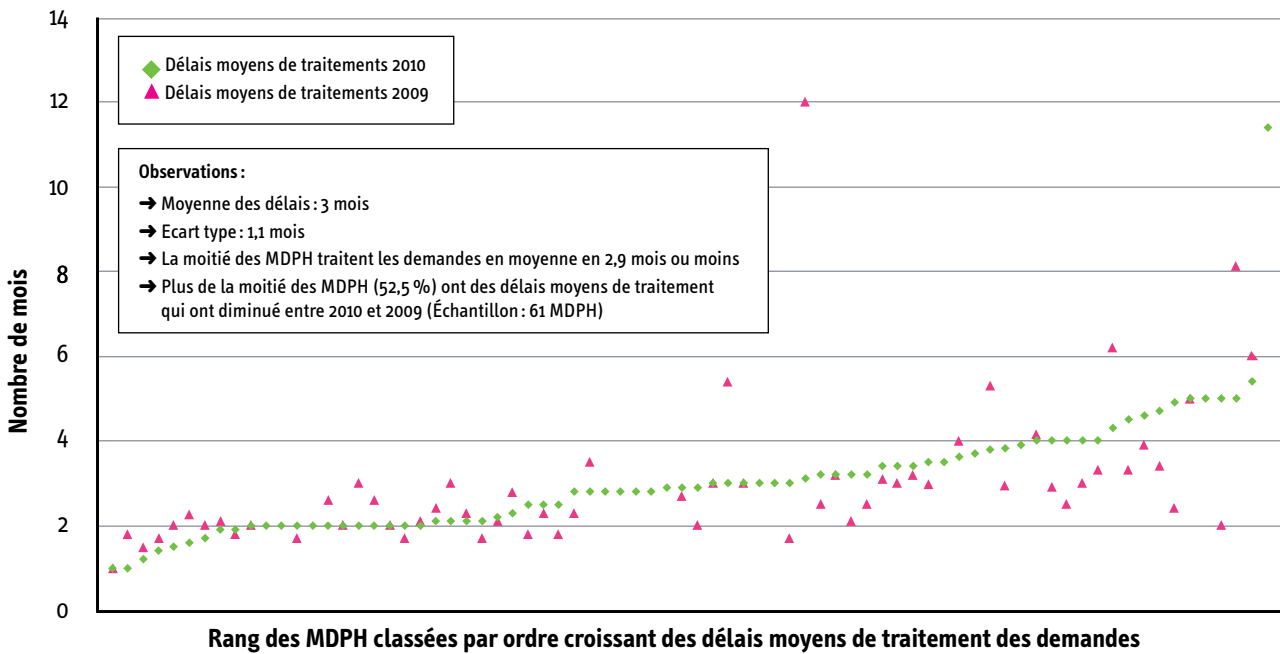
Cette augmentation des demandes a des conséquences directes sur les délais de traitement, qui restent quelquefois très longs, malgré tous les efforts de rationalisation des processus et d'accélération de la prise de décision ; ainsi que l'illustrent les graphiques ci-après.

Délais moyen de traitement des demandes "adultes" en 2010 comparés aux délais moyens de traitement des demandes en 2009 - Échantillon : 78 MDPH



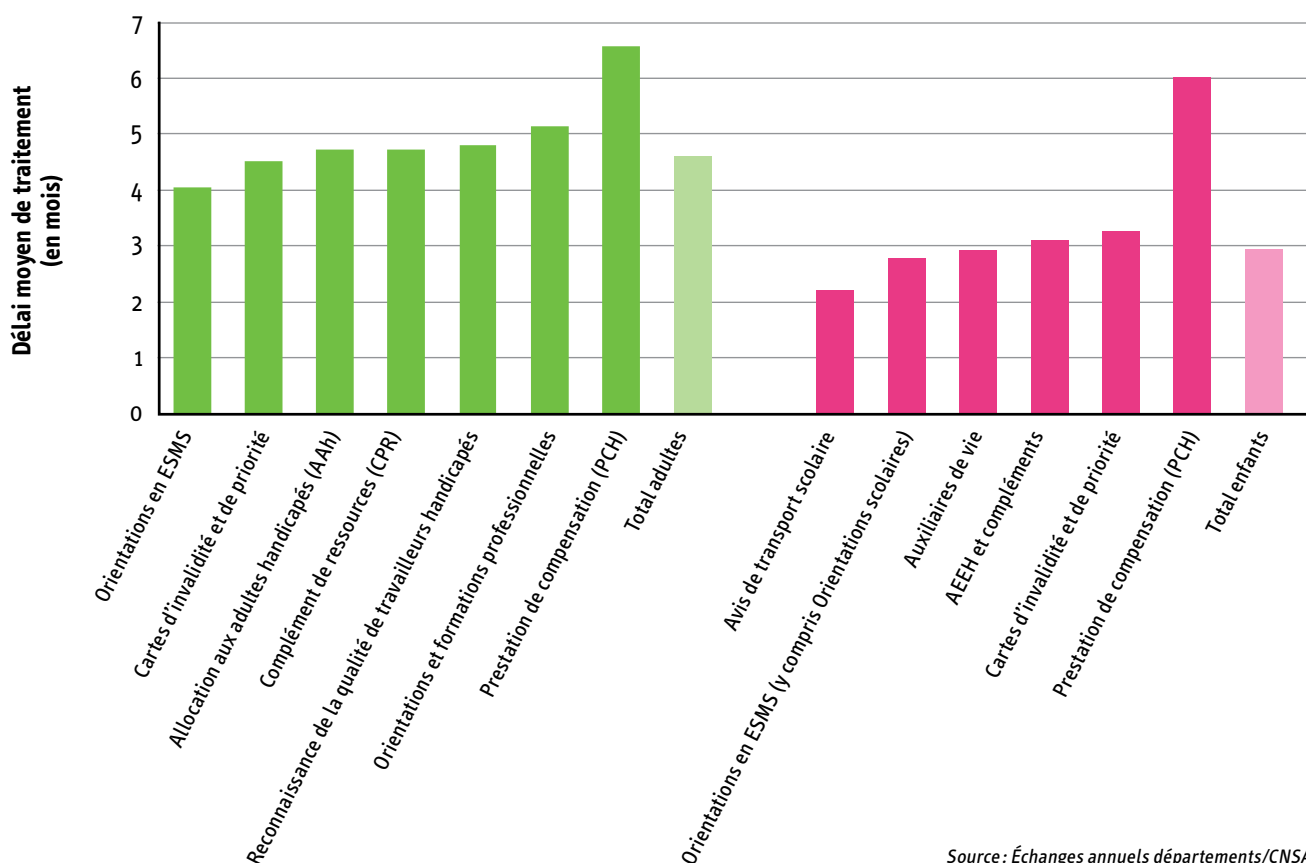
Source : Échanges annuels départements/CNSA.

Délais moyens de traitement des demandes "enfants" en 2010 comparés aux délais moyens de traitement des demandes 2009 - Échantillon : 76 MDPH



Source : Échanges annuels départements/CNSA.

Délais moyens de traitement des demandes en 2010 des principales prestations et des orientations



Si les délais, de façon globale ne dépassent que de peu les quatre mois légaux, ils restent beaucoup plus importants dans les cas de prestation de compensation ; cela tant pour les enfants que pour les adultes.

1.2. L'organisation administrative et financière des MDPH


Les questions d'organisation de la maison départementale tiennent encore une place importante dans la plupart des rapports annuels.

Et, en deçà de l'analyse des rapports, l'exploitation des maquettes budgétaires réalisée, de façon approfondie par la CNSA depuis trois ans, donne des indications indispensables à la compréhension du nouveau dispositif.

La poursuite de l'augmentation de l'activité suscite, dans la majorité des départements, la recherche d'une optimisation des organisations et procédures. On trouve ainsi dans les rapports annuels d'assez longs développements sur :

- la forte préoccupation sur la numérisation des dossiers et la gestion électronique des documents ;
- la mise à disposition d'un livret d'accueil ;
- la formalisation des procédures internes ;
- le fort impact de la mise en place des nouveaux systèmes d'information ;
- le développement des partenariats qui se poursuit ;
- la mise en place de « plateformes des bénéficiaires » ;
- ou la création d'un pôle « relations avec les usagers » ;
- la refonte des documents de notification des décisions ;
- l'élaboration d'un guide des fonctions à la CDAPH ;
- la création d'un site Internet ;
- le début d'une « démarche qualité ».

De nombreux rapports relatent les expériences de réorganisation interne : changement de lieu, réaménagement des locaux, développement de partenariats dans un plus grand nombre de domaines, ce mouvement étant engagé malgré, ou à cause, d'une réelle fragilité budgétaire de la nouvelle institution.



C'est ainsi que des MDPH s'engagent dans la définition d'un véritable **projet de service** ; pour certaines la structuration d'une **maison départementale de l'autonomie** – pour les personnes handicapées et les personnes âgées – est l'occasion de mettre en place une organisation plus proche des services du conseil général. La structuration de petites maisons locales de l'autonomie semble également constituer une évolution très nette dans certains départements. Il semble bien que quelles que soient les réformes à venir sur « la dépendance », ce mouvement de regroupement des deux politiques au niveau local soit souhaité par beaucoup ; pour ceux qui s'y engagent, il apparaît irréversible.

En matière de ressources humaines, la rédaction de fiches de poste, la titularisation des agents ou le passage en CDI des personnels temporaires sont à noter, avec un réel souci de formation et d'échanges des pratiques administratives. Cette politique semble d'autant plus nécessaire que des fonctionnaires de l'État continuent à partir. Ces départs se sont d'ailleurs accélérés début 2010, avec la réorganisation des services déconcentrés et la création des agences régionales de la santé.

Les recours engagés contre l'État par certains départements pour non-versement des participations financières et l'absence de mises à disposition des emplois prévus dans la convention constitutive du GIP sont mentionnés dans les rapports des cinq départements concernés.

Parmi les domaines sur lesquels les MDPH rencontrent des difficultés, on peut citer :

- le départ des agents de l'État, qui ne sont pas remplacés, ce qui ajoute à l'instabilité générale du nouveau dispositif ;
- les tensions budgétaires départementales, pour lesquelles les MDPH sont parfois interpellées avec la forte croissance des dépenses de PCH ;
- les incertitudes sur l'avenir des recettes des fonds départementaux de compensation (que certains trouvent bien mal nommés...);
- les interrogations sur la fiabilité de certains logiciels et le coût des demandes complémentaires présentées aux fournisseurs ;
- les capacités d'exploitation des données et de cohérence des informations ;
- certaines perturbations encore liées à des changements de locaux ;
- les importantes difficultés rencontrées pour répondre aux besoins de certains publics : jeunes adultes, personnes handicapées psychiques ;
- les lenteurs dans la mobilisation des services de l'État, voire les blocages sur certaines questions de coordination locale.

1.2.1. Synthèse des données financières des MDPH

En complément de ces informations plutôt qualitatives, il convient de donner dans ce chapitre la synthèse des **données financières** telle qu'elle ressort des maquettes budgétaires de 2010.

Le tableau ci-dessous récapitule les comptes des GIP-MDPH, pour les années 2009 et 2010.

		2009		2010		Évolution 2009-2010
Dépenses (€)		274 824 144	<i>% du total</i>	296 176 848	<i>% du total</i>	8 %
Dépenses totales d'investissement		13 144 943	5 %	14 710 234	5 %	12 %
Dépenses totales de fonctionnement		261 679 201	95 %	281 466 615	95 %	8 %
<i>dont</i>	<i>Dépenses de personnel</i>	200 812 254	77 %	220 272 806	78 %	10 %
	<i>Charges à caractère général</i>	45 101 705	17 %	46 263 534	16 %	3 %
	<i>Autres charges (provisions, charges financières, charges exceptionnelles...)</i>	15 765 242	6 %	14 930 274	5 %	-5 %
<i>Par contributeur</i>	<i>Dépenses des conseils généraux</i>	75 711 185	28 %	77 761 845	26 %	3 %
	<i>Dépenses de l'État</i>	49 181 553	18 %	48 794 028	16 %	-1 %
	<i>Dépenses de la Sécurité sociale</i>	1 454 539	1 %	1 026 964	0,3 %	-29 %
	<i>Dépenses des autres contributeurs</i>	2 101 394	1 %	2 198 174	1 %	5 %
ZOOM dépenses	Dépenses d'investissement des MDPH	5 949 121	2 %	7 077 938	2 %	19 %
MDPH	Dépenses de fonctionnement des MDPH	140 426 351	51 %	159 317 898	54 %	13 %

Recettes (€) *		277 101 645	<i>% du total</i>	299 219 871	<i>% du total</i>	8 %
Apports totaux d'investissement		14 724 966	5 %	15 554 809	5 %	6 %
Apports totaux de fonctionnement		262 376 679	95 %	283 665 062	95 %	8 %
Apport en dotation des contributeurs		137 345 585	50 %	158 188 171	53 %	15 %
Apport en charge de personnel des contributeurs		107 166 552	39 %	108 443 452	36 %	1 %
Apport en charges générales des contributeurs		14 086 297	5 %	13 705 264	5 %	-3 %
Apport en investissement des contributeurs		7 195 822	3 %	7 632 295	3 %	6 %
MDPH (investissement, vente, autres produits d'activité, produits financiers...)		11 307 388	4 %	11 250 689	4 %	-1 %
<i>Par contributeur</i>	<i>Contribution conseils généraux **</i>	107 477 156	39 %	116 867 258	39 %	9 %
	<i>Contribution État</i>	94 648 237	34 %	105 367 866	35 %	11 %
	<i>Contribution CNSA ***</i>	58 046 618	21 %	61 642 755	21 %	6 %
	<i>Contribution Sécurité sociale</i>	1 868 490	1 %	1 434 489	0 %	-23 %
	<i>Autres (Mutualité, Ugecam...)</i>	3 753 756	1 %	2 656 814	1 %	-29 %
	<i>MDPH (investissement, vente, produits financiers, produits exceptionnels)</i>	11 307 388	4 %	11 250 689	4 %	-1 %
ZOOM dépenses	Dépenses d'investissement des MDPH	7 529 144	3 %	7 922 514	3 %	5 %
MDPH	Dépenses de fonctionnement des MDPH	141 123 829	51 %	161 401 922	54 %	14 %

* Les recettes recensent les moyens effectivement mis à disposition des MDPH (en recette et en nature).

Source : maquettes CNSA 2010.

** Les apports des CG sont diminués de la part du concours CNSA versée aux CG et non reversée aux MDPH (10 438 405 €).

*** Le concours versé au titre de 2010 était de 60 M€ mais le renouvellement tardif de certaines conventions a entraîné l'imputation d'une partie des acomptes 2009 sur l'exercice 2010.

1.2.2. Les dépenses en 2010

Les dépenses s'élèvent en 2010 à près de 300 M€ : 296,2 M€, soit 8 % de plus qu'en 2009. Les trois quarts correspondent à des dépenses de personnel.

Les recettes sont légèrement supérieures, pour un total de 299,2 M€, réparties entre trois principaux financeurs : 40 % par les départements, 35 % par l'État et 21 % par la CNSA.

On doit préciser pour comprendre cette analyse les données suivantes :

Les apports financiers recouvrent deux types de participation différents de la part des partenaires du GIP :

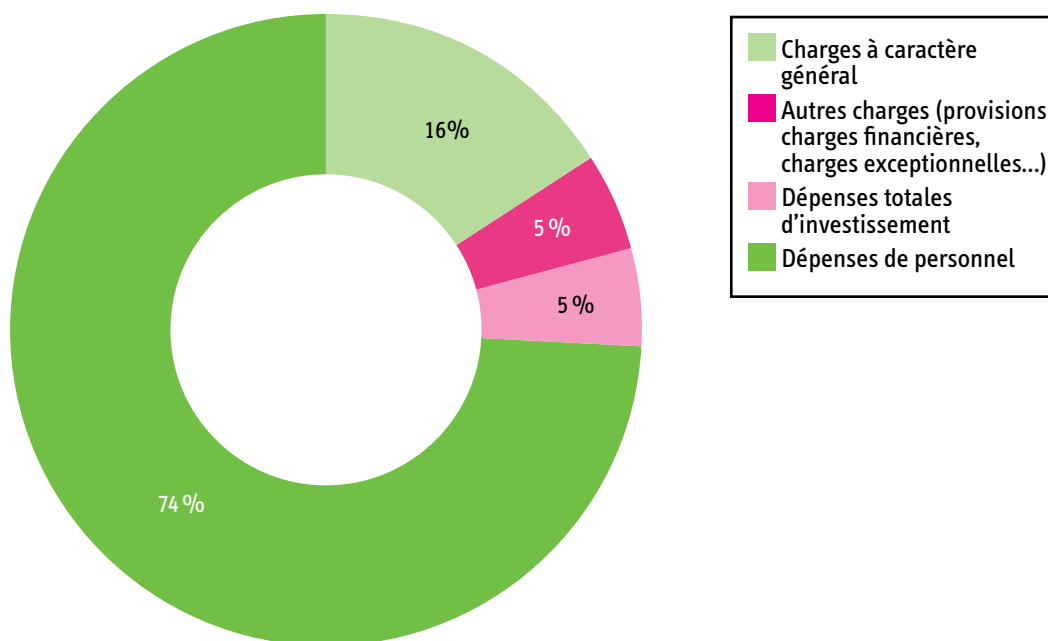
- Les partenaires contribuent d'une part au fonctionnement de la MDPH, en mettant des personnels à disposition ainsi qu'en prenant parfois directement en charge certaines dépenses. Dans le cas où il n'y pas de refacturation à la MDPH, le budget de celle-ci ne comporte aucune trace de remboursement de ces dépenses. Seuls ses partenaires sont alors en mesure de chiffrer ces apports en nature qui sont valorisés dans la mesure du possible et réintégrés dans la colonne de chaque contributeur concerné.
- D'autre part, 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.

La population de référence recouvre les personnes de 0 à 59 ans de l'année 2010. Il s'agit de la population potentielle théoriquement éligible à la PCH dans chaque département.

- Dans les dépenses totales, l'investissement est pris en compte pour ce qui est des analyses globales. Cette année encore, l'apport des conseils généraux est sous-estimé (absence de valorisation des mises à disposition de locaux par exemple), c'est pourquoi les données d'investissement ne sont pas retenues pour les analyses par département.
- Les dépenses de personnel recouvrent l'ensemble des effectifs salariés pris en charge sur le budget MDPH et l'ensemble des apports en personnel assurés par les autres contributeurs. (On ne fait pas de différence entre charges et dépenses de personnel).
- L'équivalent temps plein travaillé (ETPT)¹ est une donnée de référence pour les analyses portant sur les effectifs. L'appellation ETP est retenue par simplification.

Le graphique suivant présente les composantes de la dépense du GIP-MDPH. Il intègre en 2010 comme en 2009, l'investissement ; il apparaît que les grands postes de dépenses restent assez semblables depuis 2008.

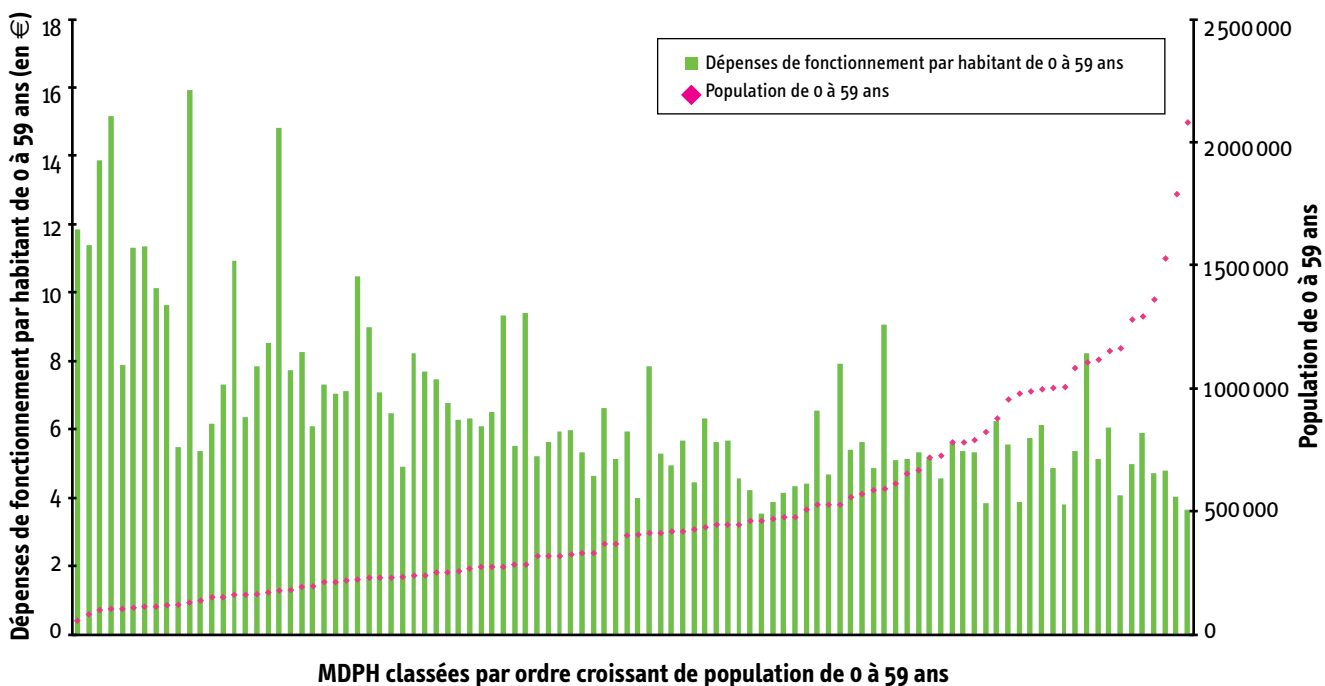
Les dépenses de personnel représentent 74 % des dépenses de fonctionnement (77 % en 2009 et 2008), les charges à caractère général atteignent 16 % et, les autres charges, 5 % des dépenses de fonctionnement.



¹ Le décompte en ETPT est proportionnel à l'activité des agents, mesurée par leur quotité de temps de travail et par leur période d'activité sur l'année ; le décompte en ETP prend en compte la quotité de travail mais pas la durée d'activité dans l'année.

Les dépenses de fonctionnement rapportées à la population sont données par le graphique ci-dessous représentant le coût moyen de la MDPH. Celui-ci est comparé à la population de 0 à 59 ans dans chaque département.

Dépenses de fonctionnement rapportées à la population



Source : maquettes CNSA 2010.

On observe une grande dispersion du coût de fonctionnement d'une MDPH à l'autre, notamment dans les départements peu peuplés. Le coût varie en effet dans un rapport de 1 à 3 pour certains départements de moins de 500 000 habitants.

La dépense moyenne, par habitant de moins de 60 ans s'établit à 5,62 € (contre 4,8 € en 2008 et 5,2 en 2009). L'écart-type² est de 2,6 sur le graphique ci-dessus. La valeur la plus basse se situe à 3,5 € et la plus élevée à 15,9 € (2009 : 2,7 à 15,2). 45 départements ont une dépense par habitant inférieure à la moyenne constatée. **La médiane³ s'élève à 5,91 €** (5,16 en 2008 et 5,52 en 2009).

Malgré la dispersion des valeurs, allant de 1 à plus de 4, les départements les moins peuplés tendent à avoir un coût par habitant plus élevé. Cela résulte de frais de fonctionnement incompressibles quelle que soit l'importance de la population du département⁴. Cet élément est pris en compte dans les modalités de répartition du concours de la CNSA de 60 M€ consacré aux MDPH, par l'affectation de 20 M€ à la part fixe du concours, soit 200 000 € par département.

Il n'est toutefois pas possible de déduire de ces chiffres l'estimation d'un coût moyen standard qui pourrait être considéré comme optimum du fonctionnement d'une maison départementale.

Les chiffres doivent être rapprochés de l'hétérogénéité des moyens transférés par l'État à la création des MDPH, des efforts faits par les conseils généraux pour contribuer au fonctionnement de ces services, ainsi que de la charge de travail qui pèse sur les MDPH.

On peut également rapprocher le nombre de demandes adressées à la MDPH des dépenses de fonctionnement, pour obtenir le « coût moyen d'une demande » par département, ainsi que le graphique ci-après le représente (sur un échantillon de 82 MDPH).

² En statistiques et probabilités, l'écart-type mesure la dispersion d'une série de valeurs autour de leur moyenne. Plus l'écart-type est faible, plus la classe est homogène.

³ La médiane signifie ici que cinquante MDPH ont une dépense moyenne par habitant supérieure à cette valeur (5,91 €) et que les cinquante autres MDPH ont une dépense moyenne par habitant inférieure à cette valeur.

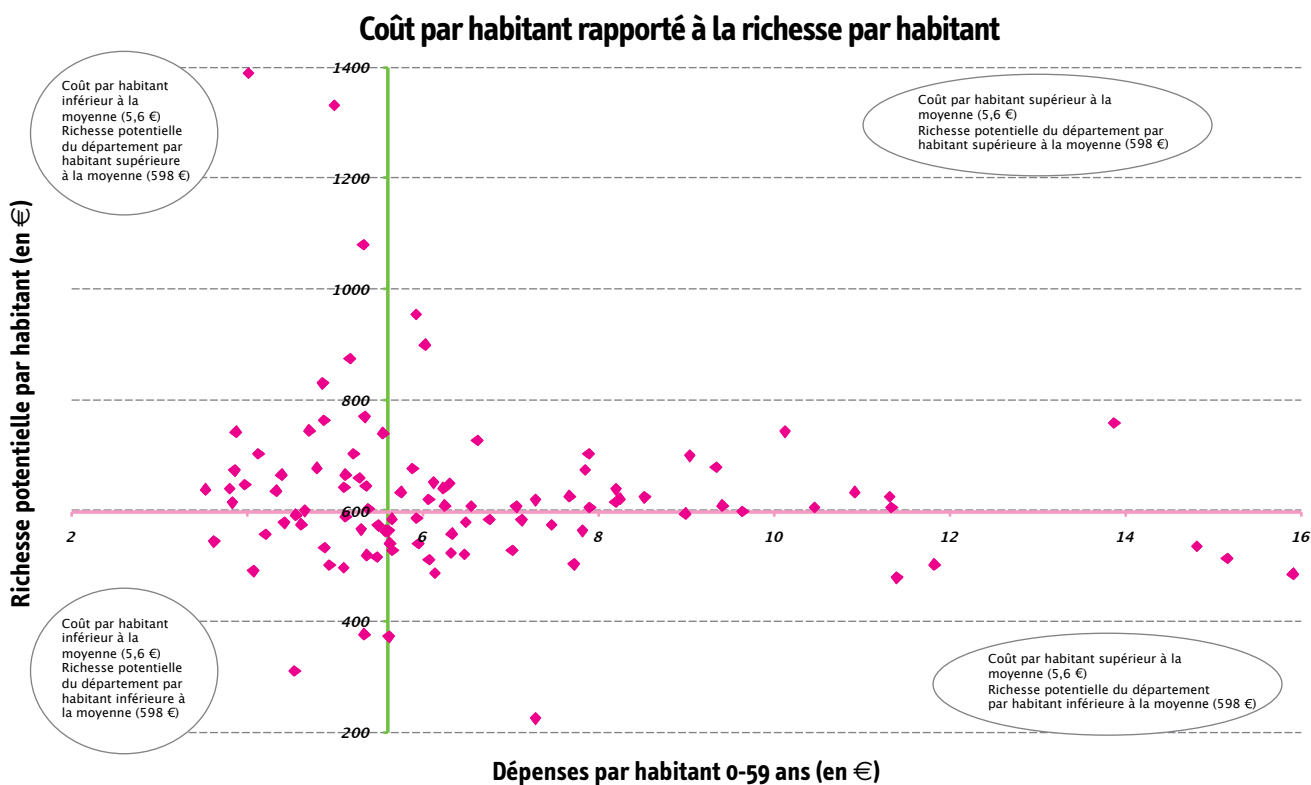
⁴ Cet élément est pris en compte dans les modalités de répartition du concours de la CNSA de 60 M€ consacré aux MDPH, en affectant 20 M€ à la part fixe du concours, soit 200 000 € par département.

Le coût moyen d'une demande est d'environ 100 €, avec un minimum à 50 € et un maximum à 200 €, mais l'écart-type est de 32.

Une corrélation a été recherchée entre le volume des demandes et le coût de fonctionnement de ces dernières, mais aucun lien de causalité évident n'est apparu : les taux de demandes par habitant les plus élevés ne se retrouvent pas systématiquement dans les MDPH dont le coût de fonctionnement est lui-même élevé (et inversement les taux les plus faibles dans les MDPH les moins « coûteuses »). Cela laisse supposer une grande hétérogénéité de départ dans les moyens affectés, des pratiques et des modes d'organisation variables au sein des MDPH, sans possibilité de déduire de ces seuls croisements de données des grandes lignes sur les organisations les plus « efficaces ». De plus, le périmètre des activités des maisons départementales peut varier fortement en fonction de l'appui que lui apportent les services des conseils généraux ainsi que des partenariats mis en place sur une ou plusieurs de leurs missions. Enfin, le coût de traitement des demandes dépend vraisemblablement fortement de la nature de celles-ci, sans pouvoir préciser dans quelles proportions.

Le lien entre les dépenses et le potentiel fiscal est également très significatif. C'est le principal indicateur utilisé dans le calcul des concours financiers de l'État aux collectivités locales et l'un de ceux utilisés pour le calcul des concours de la CNSA aux départements.

Le graphique suivant rapporte le coût de fonctionnement d'une MDPH au potentiel fiscal par habitant.



Les départements qui présentent un potentiel fiscal proche peuvent néanmoins avoir un coût de fonctionnement rapporté à leur population, très différencié

La relation entre le potentiel fiscal et le coût par habitant confirme les explications envisagées les années précédentes, à savoir que :

- les pratiques de soutien à la MDPH par le conseil général sont différentes et sans doute fonction des priorités qu'il fixe en matière d'action sociale ;
- le conseil général n'est pas le seul contributeur au GIP, ce qui rend moins direct le lien entre richesse du département et dépenses de fonctionnement de la MDPH ;
- et, comme l'indique l'analyse du graphique § 2.1, nous savons que le coût unitaire de la maison départementale est d'autant plus élevé que le département est peu peuplé. On retrouve donc logiquement des dépenses élevées par habitant pour des départements à faible potentiel fiscal, celui-ci étant souvent indirectement corrélé à la population.

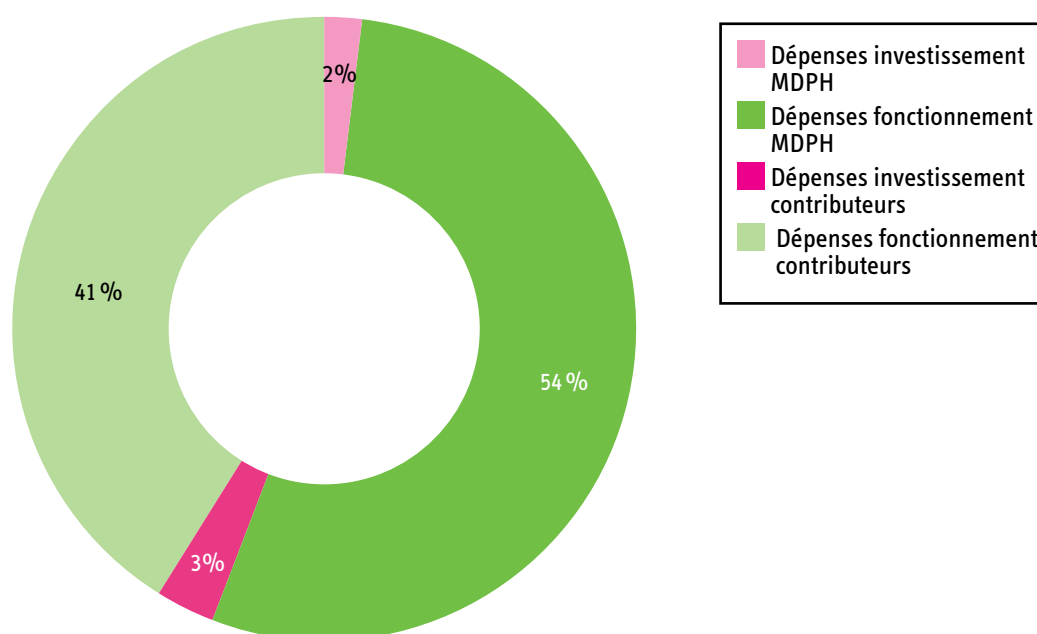
Il est à noter également que certaines MDPH pouvant exercer des missions complémentaires, notamment en gérant un CLIC et une MAIA en direction des personnes âgées, leurs dépenses sont alors plus élevées. D'autres font état de régularisations financières sur l'exercice 2010, ce qui fausse leur représentation.

Une observation pourra étonner : plus de la moitié des dépenses totales sont réalisées directement sur le budget du GIP. La tendance s'accroît en 2010 où 56 % des dépenses sont faites sur le budget du GIP, contre 53 % en 2009 et 49 % en 2008.

Comme l'année précédente, on peut en déduire qu'il y a davantage de refacturations des partenaires à la MDPH, la quasi-totalité provenant du conseil général. Réintégrer ces dépenses dans le budget de la MDPH induit une meilleure lisibilité des flux financiers entre le conseil général et la MDPH.

Cette observation va-t-elle dans le sens d'une plus large autonomie de gestion, alors que beaucoup d'acteurs locaux pensent que les MDPH deviennent des services quasi intégrés des conseils généraux ?

Répartition des dépenses (investissement/fonctionnement)



Si l'on étudie les dépenses de fonctionnement de l'année (sans le report N-1), la disparité entre les MDPH se confirme. En 2010, les dépenses de fonctionnement propres du GIP représentent en moyenne 57 % des dépenses totales de fonctionnement (54 % en 2009) et quarante-six MDPH sont en dessous de cette moyenne. La médiane est à 60 %.

La part minimale des dépenses propres de la MDPH est de 9 % (contre 10 % en 2009 et 3,1 % en 2008). Pour les cinquante-quatre MDPH dont les dépenses propres se situent au-delà de 57 %, ce montant peut atteindre jusqu'à 95 % des dépenses totales de fonctionnement⁵.

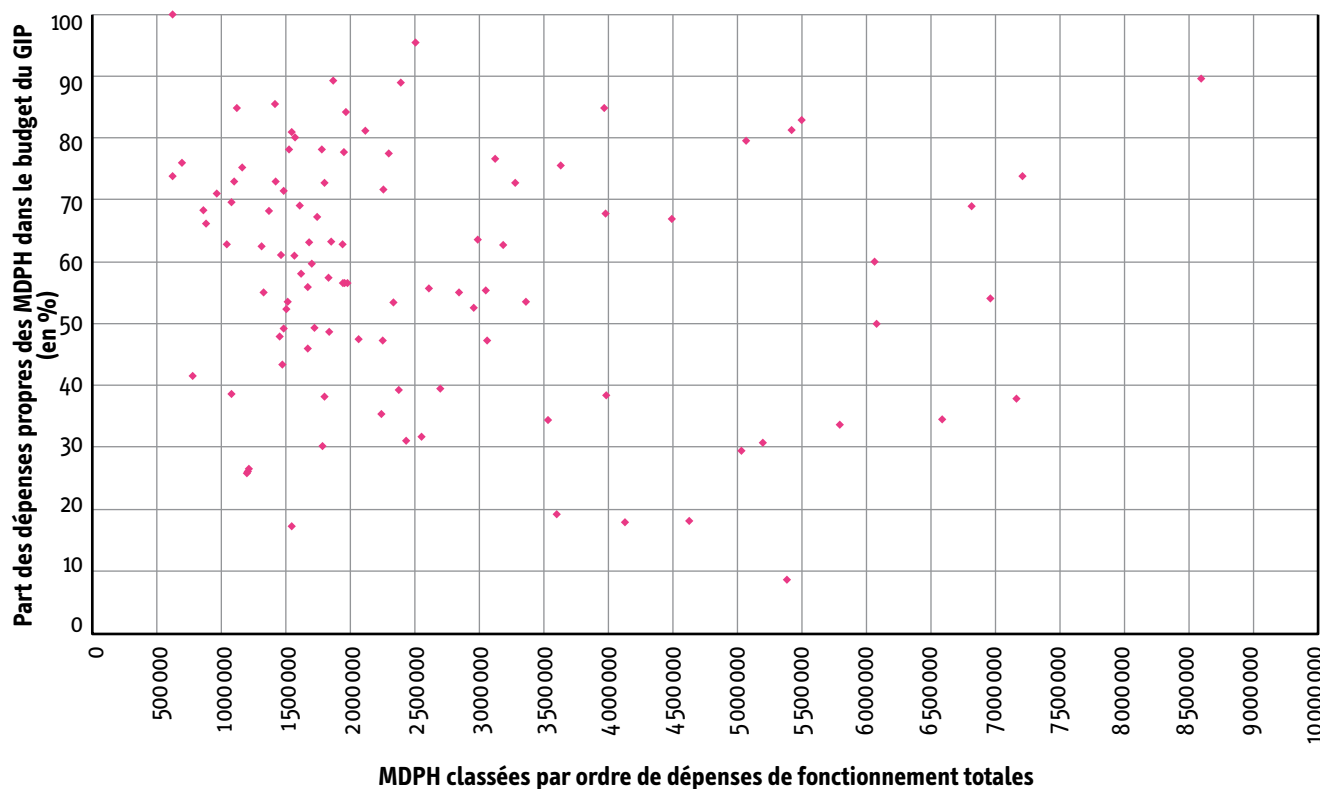
Le positionnement en 2010 des MDPH sur le graphique ci-après n'évolue quasiment pas par rapport à celui de 2009, à l'exception de huit d'entre elles, pour lesquelles la variation est supérieure à 25 % (ex. le ratio dépenses propres/dépenses totales passe de 31 % à 80 %).

Il n'y a pas de corrélation évidente entre les dépenses de fonctionnement et la part des dépenses propres des MDPH. Ces chiffres nous donnent un aperçu du degré d'autonomie des MDPH vis-à-vis des membres du GIP, ainsi que de la diversité des situations sur le territoire.

Il est en outre nécessaire de garder à l'esprit que si les dépenses sont davantage effectuées directement sur le budget de la MDPH, elles sont en parallèle supportées par les partenaires par le biais des crédits versés à la maison départementale.

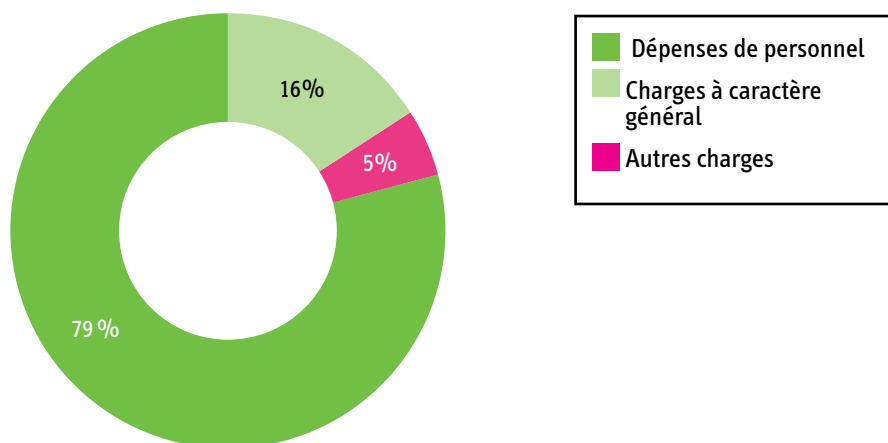
⁵ Si l'on excepte un département présentant 100 % de dépenses propres.

Dépenses propres dans le budget du GIP



Source : maquettes CNSA 2010.

Les dépenses de personnel⁶ au sein des dépenses de fonctionnement restent évidemment les plus significatives pour appréhender l'organisation de la MDPH.



La structure type du budget d'une MDPH n'a connu que peu d'évolution depuis 2008, les proportions entre les différents postes restent quasi identiques.

Les dépenses de personnel s'élèvent en tout à 220,3 M€ (chapitre 12) en 2010, soit 79 % des dépenses de fonctionnement (77 % en 2009 et en 2008). Dans ce chapitre, les impôts et taxes représentent 1 % (dont la moitié en taxe sur les salaires) et les charges de personnel et personnel extérieur 99 % (comptes 621 et 64, soit 218,2 M€).

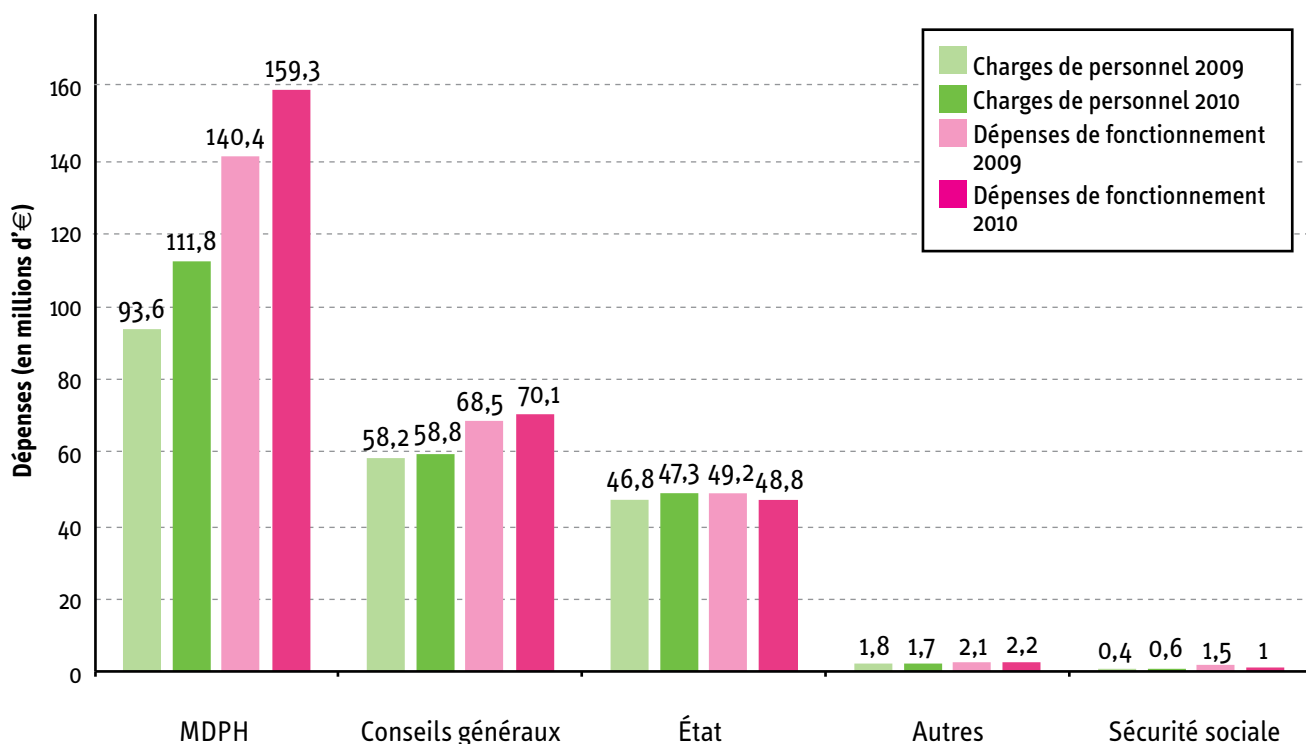
Dans les charges de personnel, les dépenses effectuées par les partenaires de la MDPH s'élèvent à 108,4 M€ ; mais **elles varient de 56 % à 94 % du total des dépenses de fonctionnement**, avec une médiane⁷ qui s'élève à 81 % (79 % en 2009 et 80 % en 2008).

⁶ Rappel : les dépenses de personnel recouvrent l'ensemble de l'effectif pris en charge sur le budget MDPH et l'ensemble des apports en personnel assurés par les autres contributeurs. Il n'est pas fait dans cette étude de différence entre charges et dépenses de personnel.

⁷ La médiane signifie ici que cinquante MDPH ont une part des dépenses de personnel dans les dépenses de fonctionnement supérieure à sa valeur (79 %) et que les cinquante autres MDPH ont une part des dépenses de personnel dans les dépenses de fonctionnement inférieure à cette valeur.

Le fait que certaines MDPH présentent de forts pourcentages de dépenses de personnel peut laisser supposer que des dépenses à caractère général et autres charges d'activité ont été sous-évaluées, car elles sont souvent directement prises en charge par les services concernés des conseils généraux et non refacturées ensuite.

Évolution des charges de personnel comparées aux dépenses de fonctionnement

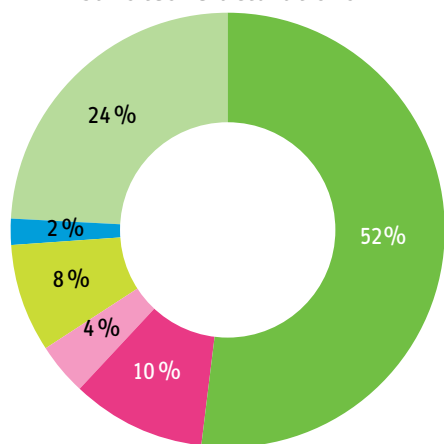


Dans ce graphique des dépenses en nature il apparaît que l'État apporte son soutien tant sous la forme de dépenses en personnel que de charges de fonctionnement, pour un montant quasi équivalent. Pour les conseils généraux, la part des charges de fonctionnement est supérieure à celle des dépenses de personnel.

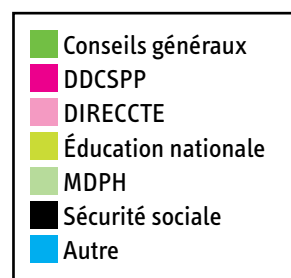
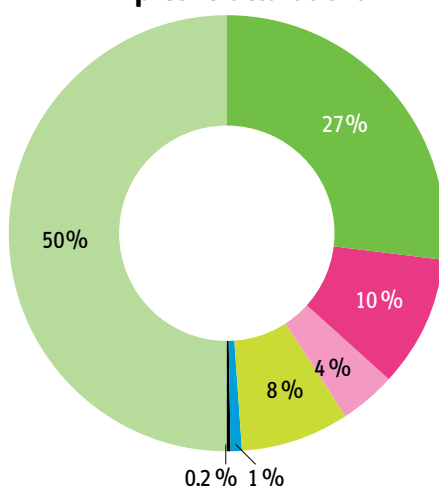
Lorsqu'on compare les répartitions des charges de personnel selon qu'elles comprennent ou pas les refacturations à la MDPH, les parts des conseils généraux et des MDPH ont tendance à augmenter.

On observe ainsi que plus de la moitié des personnels sont rémunérés par les départements (52 % contre 49 % en 2009), mais que 25 % de cette part est refacturée à la MDPH (20 % en 2009). Cette dernière paie ainsi, directement ou indirectement, la moitié des frais de personnel.

Charges de personnel par contributeur. Sans les refacturations



Charges de personnel par contributeur. Après refacturations



Les dépenses de personnel prises en charge sur le budget de la MDPH représentent ainsi 50 % du total (47 % en 2009), 27 % correspondent à des mises à disposition des conseils généraux (29 % en 2009) et 22 % de l'État (23 % en 2009). Comme évoqué ci-dessus, les refacturations contribuent à clarifier les flux financiers entre la MDPH et son principal contributeur.

Si l'on veut établir une typologie, les personnels sont ainsi :

- soit mis à disposition gratuitement – personnels employés par l'État dans leur totalité et une partie des personnels employés par les conseils généraux ;
- soit employés directement par le GIP-MDPH et rémunérés sur ses crédits ;
- soit mis à disposition contre remboursement (« refacturés ») – une autre partie des agents employés par les conseils généraux et la plupart des personnels mis à disposition par d'autres structures que l'État (CRAM, CAF, MSA, associations, mutuelles...), également rémunérés par les crédits de la MDPH.

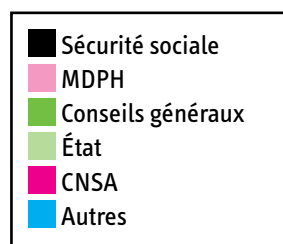
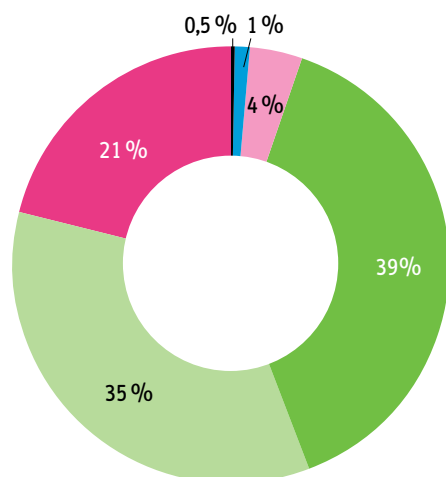
Indirectement liée à cette dernière catégorie figure la sous-traitance de services par la MDPH (médecins, psychiatres, travailleurs sociaux...) qui ne sont pas pris en compte en tant que personnels dans l'analyse mais qui contribuent à limiter ces charges de personnel, car la GIP paie alors une prestation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

1.2.3. La structure des apports des différents financeurs

Les apports des partenaires comportent :

- les dotations qu'ils versent à la maison départementale,
- les dépenses qu'ils effectuent pour la MDPH, en fonctionnement et en investissement (dépenses de téléphone, d'entretien, mises à disposition de personnels, etc. valorisées dans la maquette).

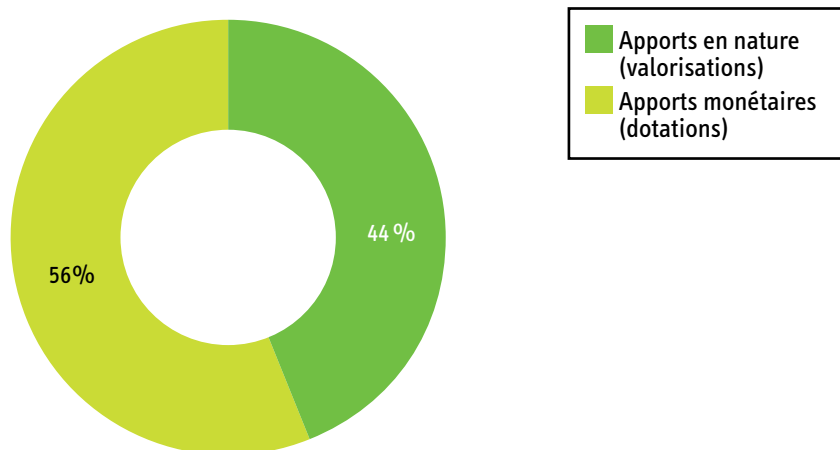
Pour la MDPH, il s'agit de recettes autres que les dotations de ses partenaires.



Les proportions sont quasi identiques à celles de 2009.

En 2010, la participation de l'État (direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations - DDCSPP, direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi – DIRECCTE, Éducation nationale) augmente légèrement (35 % contre 34 % en 2009, mais 36 % en 2008), ce qui correspond à 105,4 M€ en 2010, 94,6 M€ en 2009 et 92,8 M€ en 2008). La part du conseil général reste stable (à 39 %).

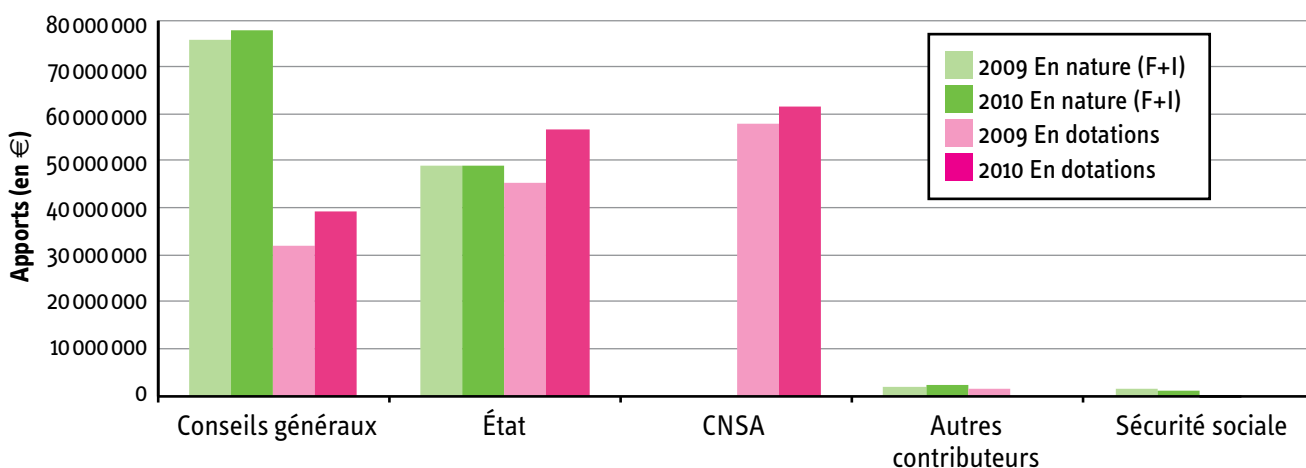
La CNSA contribue en 2010, comme en 2009, à hauteur de 21 % par le biais de son concours ; on sait que le montant de ce concours financier a évolué de 20 M€ en 2006, à 45 M€ en 2008 à 60 M€ depuis 2009. La différence entre les versements effectués et le montant total du concours provient du décalage dans le temps des versements d'acomptes ; décalage lié à la signature des conventions de qualité de service renouvelées pour la période 2009-2012 entre la CNSA et chaque département.



La part des appports en nature est toujours aussi importante en valeur, mais elle diminue d'une année sur l'autre en proportion (44 % en 2010, 47 % en 2009 et 49 % en 2008). Ces appports recouvrent l'ensemble des mises à disposition, personnels et locaux principalement. Leur diminution par rapport aux appports monétaires (dotations) s'explique vraisemblablement par une augmentation des dotations, qui résulterait de la compensation des refacturations par le biais des crédits.

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

Appports par contributeurs

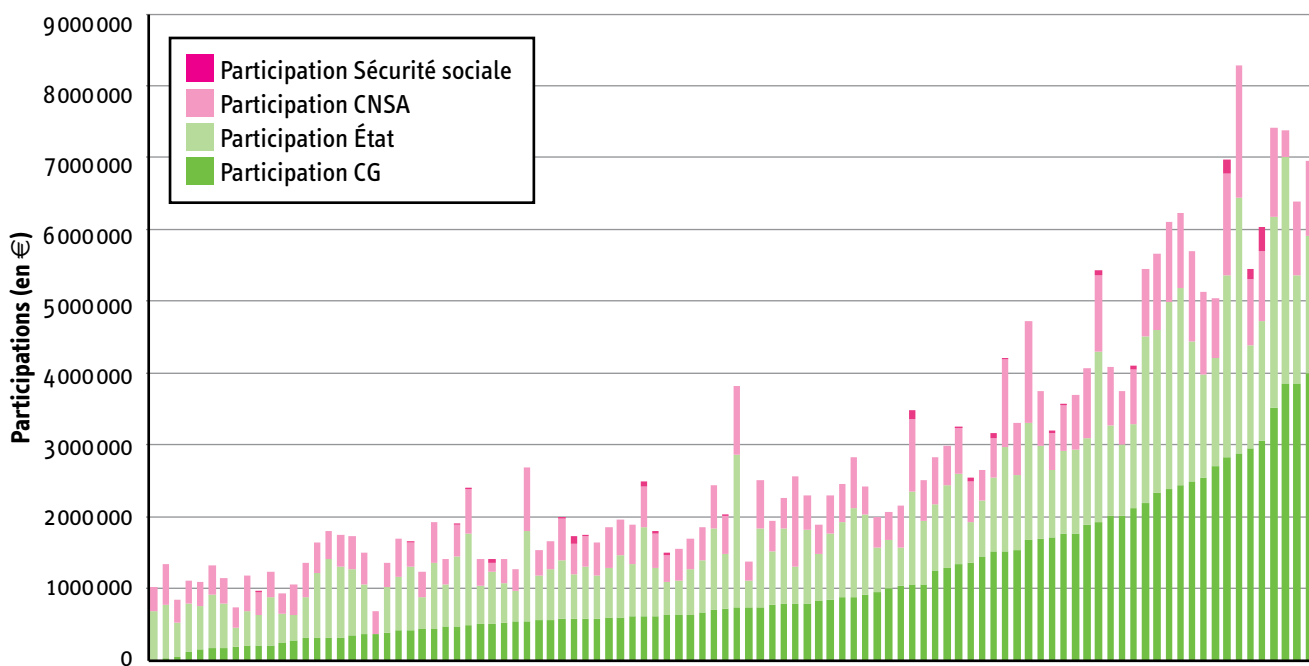


Presque les deux tiers des appports des conseils généraux sont effectués en nature, contre un peu moins d'un tiers en dotation. Cette répartition est plus équilibrée pour ce qui est des appports de l'État, qui se répartissent, comme on l'a dit, presque équitablement entre appports en nature et appports en dotation. Toutefois, on observe une augmentation en 2010 de la part des appports de l'État versés sous forme de dotation.

Il est intéressant d'observer la part respective des différents contributeurs classée dans le graphique ci-dessous en fonction de la part croissante des conseils généraux.

Les participations de l'État apparaissent relativement homogènes, au regard du montant versé (les deux tiers environ des MDPH reçoivent entre 500 000 € et 1 M€) et n'excèdent pas 3 M€, sauf pour cinq d'entre elles). En comparaison, la participation des conseils généraux fluctue un peu plus selon les départements, notamment pour les MDPH dont les budgets sont les plus élevés. En effet la participation financière des départements est relativement faible pour un groupe de « petites » MDPH, mais peut atteindre 4 M€ pour quelques « grosses » maisons départementales.

Participations comparées des contributeurs du GIP – Ordre croissant des participations financières du conseil général (hors investissement)

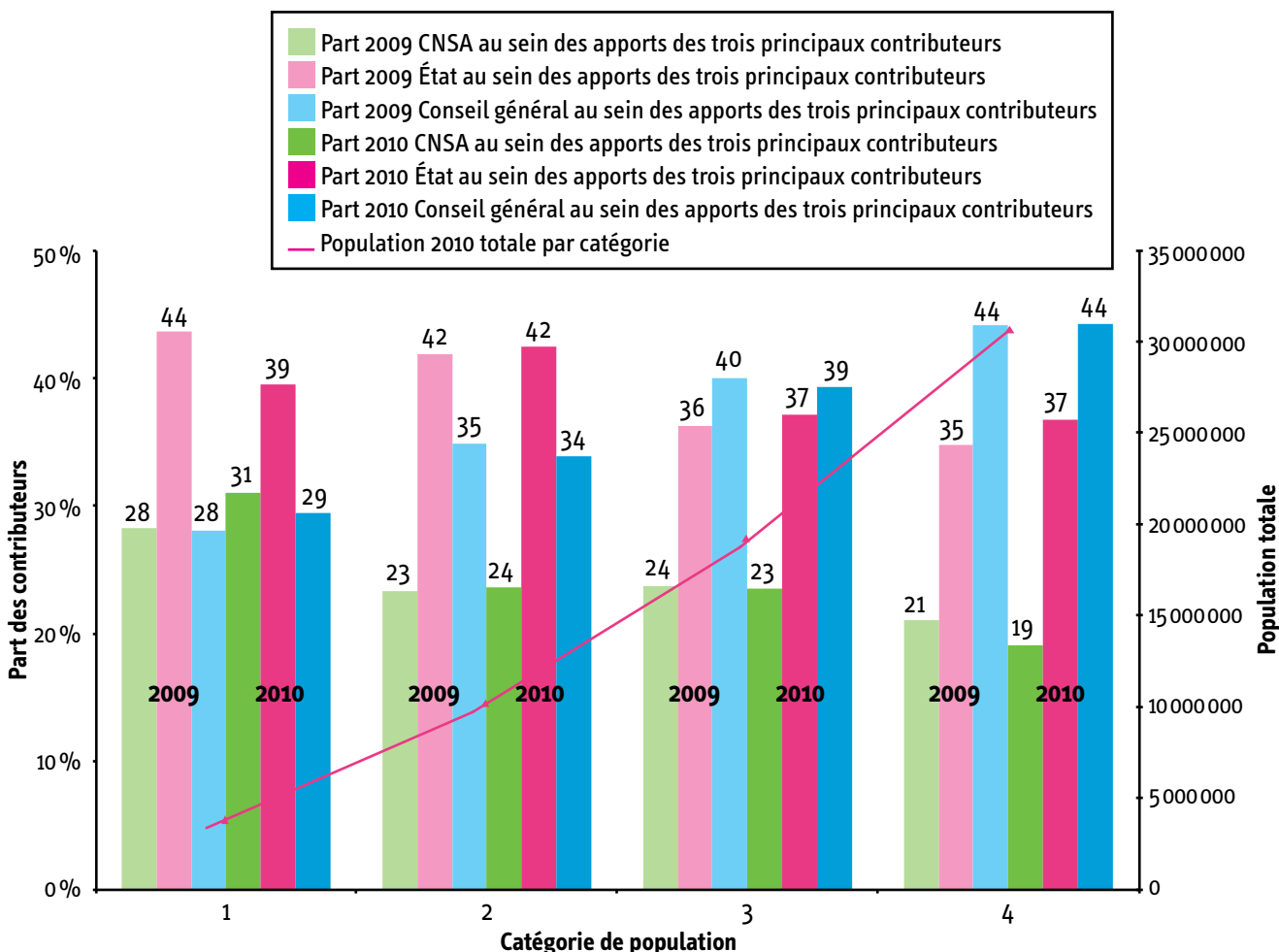


Source : maquettes CNSA 2010.

Un des thèmes souvent débattus entre les maisons départementales et la CNSA est de savoir s'il serait pertinent d'affiner les comparaisons en fonction de la taille des départements.

Afin de préparer d'éventuels travaux dans ce sens, le graphique ci-dessous permet d'ores et déjà de préciser la participation des principaux contributeurs (conseils généraux, État, CNSA) en fonction de quatre catégories de départements selon la taille de leur population totale, selon la nomenclature du ministère de l'Intérieur (direction générale des collectivités locales)⁸:

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



- On observe que la part respective de la participation de l'État (DDCSPP, DIRECCTE, Éducation nationale) diminue pour la catégorie 1 et augmente légèrement pour les autres catégories. Lorsqu'on regarde les montants financiers, les apports de l'État apparaissent en augmentation dans toutes les catégories (et principalement les catégories 3 et 4).

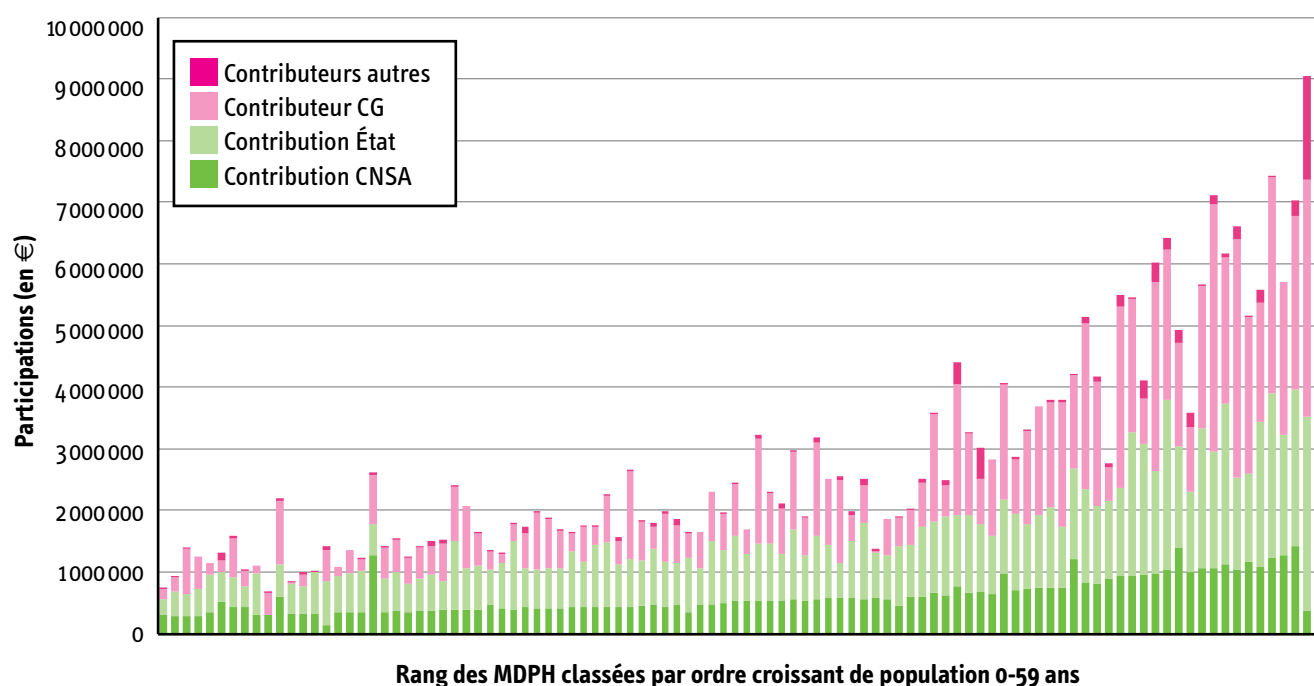
- La participation de la CNSA augmente en valeur relative pour les départements les moins peuplés et reste stable, ou diminue légèrement pour les départements de la catégorie 4. En montant, l'apport de la CNSA augmente pour les catégories 1 et 3 et reste stable pour les deux autres catégories de départements.

- La participation relative des conseils généraux augmente légèrement pour les départements les moins peuplés, elle diminue dans les trois autres catégories. En montant, les apports des conseils généraux ne diminuent que pour la catégorie 2 et augmentent fortement dans la catégorie 4.

Pour poursuivre l'analyse, le graphique ci-après représente la structure respective des apports par contributeurs dans le total des participations, pour un total de 283 M€ et ordonnés en fonction de la population de référence.

⁸ Les chiffres de 2009 ont été revus et rapportés au total des trois contributeurs (et non au total des contributions incluant la catégorie *Autre* et la *Sécurité sociale*). Pour chaque catégorie, le total des trois contributeurs est ainsi égal à 100 % (les arrondis peuvent entraîner un total à 99 %).

Participations des principaux contributeurs dans l'ensemble des participations au GIP (hors investissement)



Source : maquettes CNSA 2010.

L'apport des conseils généraux qui représente 39 % de l'ensemble des contributions varie de 0 à 58 % selon les départements. Comme en 2008 et 2009, **la contribution du conseil général semble peu liée à la population**, même si elle apparaît généralement plus élevée dans les départements les plus peuplés.

En 2010, la contribution de l'État représente au niveau national 35 % (34 % en 2009) des ressources du GIP. Elle varie de 0 à 68 % de l'ensemble des apports. Malgré une certaine dispersion, les contributions de l'État restent un peu plus importantes dans les départements moins peuplés, même si elles diminuent pour la catégorie 1.

Par le biais de son concours, la CNSA contribue au fonctionnement du GIP à hauteur de 21 % des apports en 2010, comme en 2009. Ses contributions s'étendent de 4 à 49 % et elles sont en général proportionnelles à la population de moins de 60 ans⁹.

Au-delà de cette analyse financière, il reste encore difficile d'apprécier à partir de l'ensemble des données recueillies, **le réel degré d'autonomie de fonctionnement dont disposent les GIP-MDPH** par rapport aux services départementaux d'action sociale et des autres services des conseils généraux de façon très large.

Porter un jugement qualitatif sur les organisations apparaissant les plus efficaces et les plus proches des préoccupations des usagers selon les choix managériaux des responsables départementaux n'est pas non plus possible à ce stade de la connaissance.

On peut toutefois penser que la mutualisation des moyens, pour certaines fonctions indispensables, notamment les fonctions support, qui sont souvent nécessaires dans les plus petits départements, le serait aussi dans les plus grandes MDPH, ces institutions ne dépassant jamais la taille d'une PME. Il semble bien que là où les questions de gestion des personnels, de logistique, de comptabilité et d'informatique sont de la compétence des services départementaux, les professionnels spécialisés des MDPH peuvent se concentrer sur leur cœur de métier avec l'accueil, l'évaluation, le traitement « humain » des dossiers et le suivi des situations personnelles.

⁹ Les départements dont les données de concours CNSA sont moins homogènes déclarent soit des versements supplémentaires par le CG liés à des exercices précédents, soit le report sur 2010 des acomptes 2009 du fait de la signature tardive de la convention libérant les versements, soit enfin des versements diminués d'une part du montant de la subvention CG ou des mises à disposition par le conseil général.

Les données disponibles dans les rapports annuels et les maquettes financières ne peuvent complètement faire ressortir la totalité des apports en nature assurés par les contributeurs au GIP – et en premier lieu les conseils généraux eux-mêmes – voire un certain nombre d’organismes extérieurs, comme les CCAS ou les associations quand celles-ci sont, pour certaines missions, associées au fonctionnement général des maisons départementales.

1.3. Les personnels de la MDPH

Ces données issues des maquettes budgétaires des cent départements sont souvent illustrées par les remarques et indications tirées des rapports annuels, notamment de manière qualitative sur l’organisation des missions et des activités au sein de chaque maison départementale.

Comme cela a déjà été vu l’année dernière, les effectifs des MDPH ont très sensiblement augmenté depuis le transfert des dossiers gérés jusqu’en 2005 par les commissions locales compétentes, CDES et COTOREP.

1.3.1. Évolution des effectifs salariés et contribution des financeurs

Les tableaux suivants illustrent une importante progression des emplois correspondant à **un triplement des professionnels depuis cinq ans**.

Ce sont aujourd’hui près de **6 000 personnes** qui travaillent dans les MDPH ou pour la MDPH, alors que le nombre d’agents qui faisaient fonctionner les anciennes commissions ne dépassait pas 1 600 à la fin 2005.

C’est dire le dynamisme des nouveaux services, résultant d’abord de la volonté des conseils généraux qui, bien que n’étant pas les seuls à être engagés dans les groupements d’intérêt public, se sont fortement impliqués dans le fonctionnement des MDPH dès leur création et qui ont ensuite fait face au désengagement de fait des services déconcentrés de l’État.

En 2010, on compte 5 023 emplois équivalents temps plein (ETP)¹⁰ travaillant au sein des MDPH (soit un peu plus de 3 % de plus qu’en 2009), ce qui représente au total près de 6 000 professionnels de diverses catégories (5 948 à la fin de 2010).

Récapitulatif des ETP	2009	2010	Variation 2010/2009 (ETP)	Variation 2010/2009 (%)
CG	2 342	2 492	+ 150	+ 6,4 %
MDPH	1 279	1 402	+ 123	+ 9,6 %
DDCSPP	559	503	- 56	- 10,0 %
DIRECCTE	254	212	- 42	- 16,5 %
EN	341	311	- 30	- 8,8 %
Autre	99	103	+ 4	+ 4,0 %
Total	4 873	5 023	+ 150	+ 3,1 %

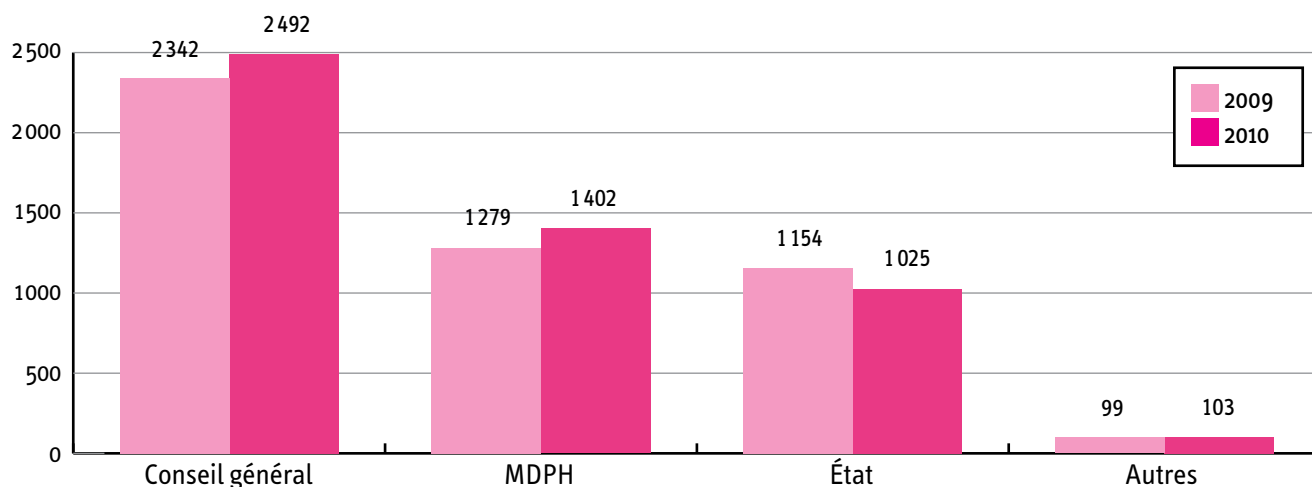
Au total en 2010, on compte 150 emplois à temps plein supplémentaires au sein des MDPH par rapport à 2009. C’est également le nombre d’emplois supplémentaires apportés par les conseils généraux cette année. Cela traduit leur implication directe dans le fonctionnement des MDPH, ainsi que leur volonté de donner des moyens supplémentaires à ces nouveaux services dont ils ont la responsabilité directe. Cette année encore, la diminution des mises à disposition de la part de l’État, même si celle-ci est moins forte (- 11 %), s’ajoute aux postes déjà non remplacés depuis les conventions de création des GIP.

En parallèle, l’effort des MDPH pour renforcer leurs effectifs et mener à bien leurs missions mérite également d’être noté, puisqu’il est de presque 10 %. Certaines d’entre elles continuent donc à recruter, impliquant – pour elles ou pour les services départementaux – une charge de gestion des ressources humaines supplémentaire.

¹⁰ L’équivalent temps plein est une unité de temps correspondant au temps consacré au travail par une personne à temps plein.

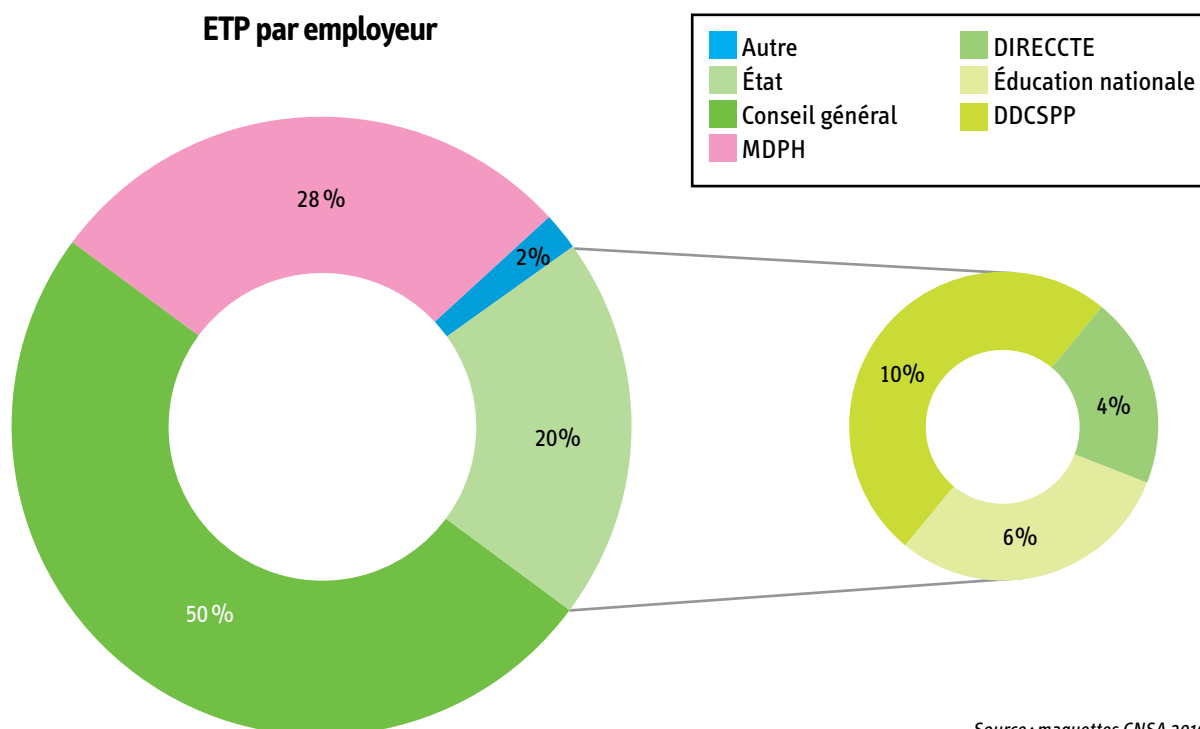
Le graphique suivant illustre la part des emplois par catégorie d'employeur.

Comparaison des ETP par employeur entre 2009 et 2010



On voit ainsi que 70 % des agents sont mis à disposition : 50 % par les conseils généraux, principaux employeurs, et 20 % par les différents services déconcentrés de l'État (en 2009 ces chiffres étaient de 48 % pour les conseils généraux et de 24 % pour l'État).

Les GIP-MDPH sont quant à eux employeurs de 28 % du personnel (contre 26 % en 2009).



Source : maquettes CNSA 2010.

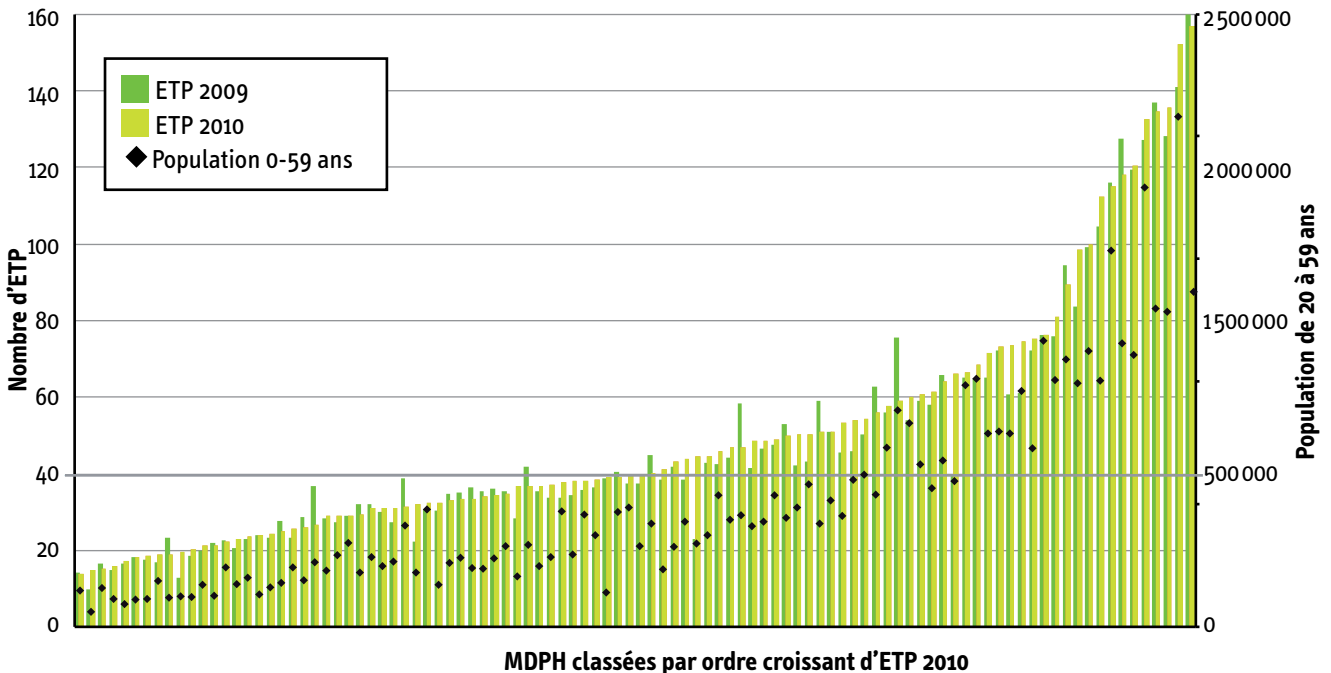
La répartition de ces emplois peut être rapprochée des participations par contributeurs et des charges de personnel par contributeurs (voir supra). En effet, comme on l'a vu, les charges de personnel sont supportées pour la plus grande partie par le budget du GIP-MDPH. Le conseil général refacture notamment un peu moins de la moitié de ses personnels à la MDPH. Les personnels de l'État sont, quasi exclusivement, mis à disposition gratuitement.

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

Le nombre de professionnels employés par les MDPH est illustré par le graphique ci-dessous, **la médiane** est de 40. Les maisons départementales sont classées par ordre croissant d'ETP 2010 et comparées à la population du département. Le nombre moyen national d'ETP par département est de 50. La ligne grise correspond à la médiane: une moitié des MDPH emploient moins de 40 ETP et seules treize MDPH dépassent les 80 ETP (sans dépasser 160).

1.3.2. Analyse des effectifs rapportés à la taille du département

Nombre d'ETP par département 2009-2010



Source : maquettes CNSA 2010.

Malgré l'augmentation générale évoquée, on observe une réduction significative des emplois dans une dizaine de MDPH. On peut vraisemblablement l'attribuer à des renforts temporaires issus des conseils généraux en 2009, puis suspendus ensuite, ainsi qu'au retour de certains personnels de l'État dans leur administration d'origine sans que leur remplacement ait été assuré. On sait que l'année 2010 a été marquée par la réorganisation des services déconcentrés de l'État avec la création des agences régionales de santé (ARS), des directions départementales de la Cohésion sociale (DDCS) et des DIRECCTE, les inspections académiques ayant moins évolué. Les postes perdus ou non pourvus ont pu éventuellement être compensés par dotation financière, sans que l'on puisse donner des chiffres sur cette question.

La taille de la maison départementale n'est pas parfaitement corrélée à la population du département (voir les points blancs sur le graphique ci-dessus). Il existe des différences significatives entre des départements de tailles identiques, inégalités qui peuvent résulter de l'effectif présent lors de la création en 2006 et transféré des anciennes commissions et/ou de l'importance du renfort de postes au cours des années d'installation.

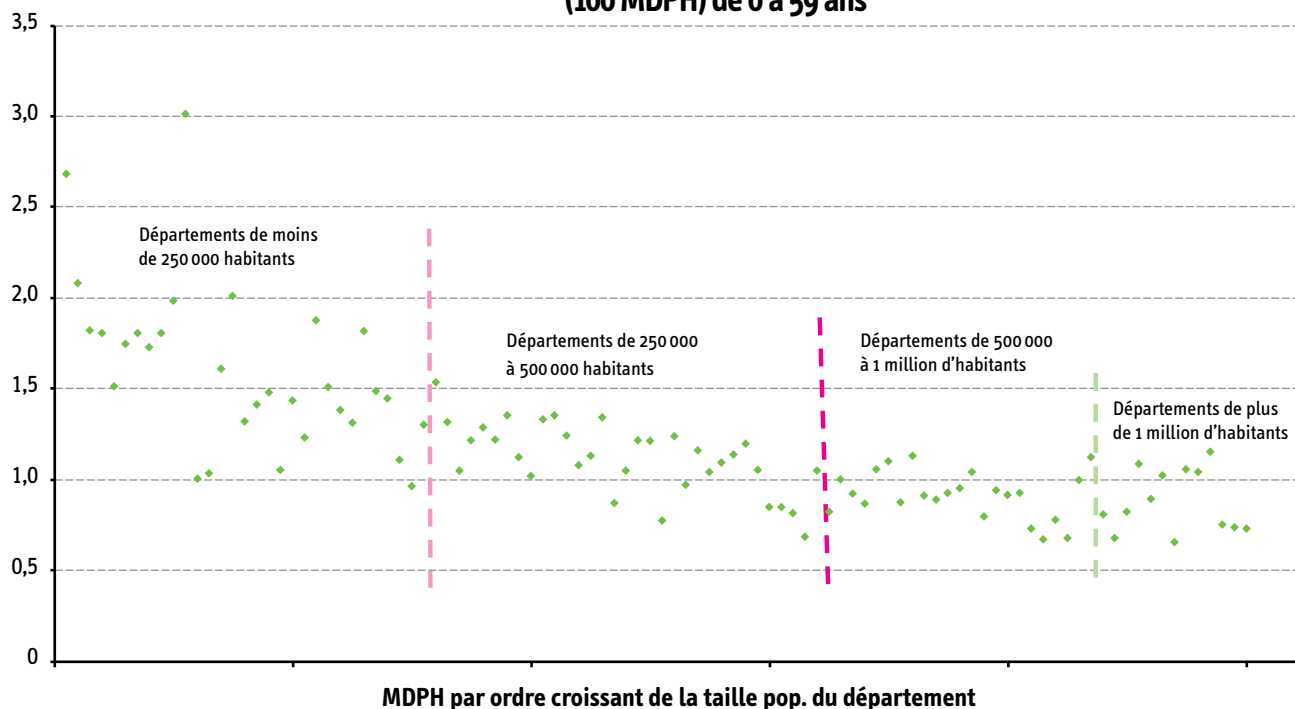
Les MDPH les plus dotées en personnel (sur la droite du graphique ci-dessus), ne sont pas toutes implantées dans des départements où la population des 0-59 ans est la plus nombreuse. Il serait nécessaire là aussi d'affiner l'analyse pour comprendre la diversité des coûts de fonctionnement par rapport au service rendu.

Des efforts d'augmentation des moyens humains sont, semble-t-il, en cours dans des départements qui connaissent historiquement une insuffisance d'effectifs.

1.3.3. Croisement entre demandes reçues et les emplois

Le croisement entre les emplois pour mille habitants des départements, rapportés à la population du département (voir graphique ci-après) montre également que les départements les moins peuplés sont proportionnellement les mieux dotés en personnel. Il existe en effet une taille minimale critique au-dessous de laquelle on ne peut pas constituer une vraie maison départementale des personnes handicapées.

**Part d'ETP par MDPH pour 10 000 habitants
(100 MDPH) de 0 à 59 ans**



Source : maquettes CNSA 2010.

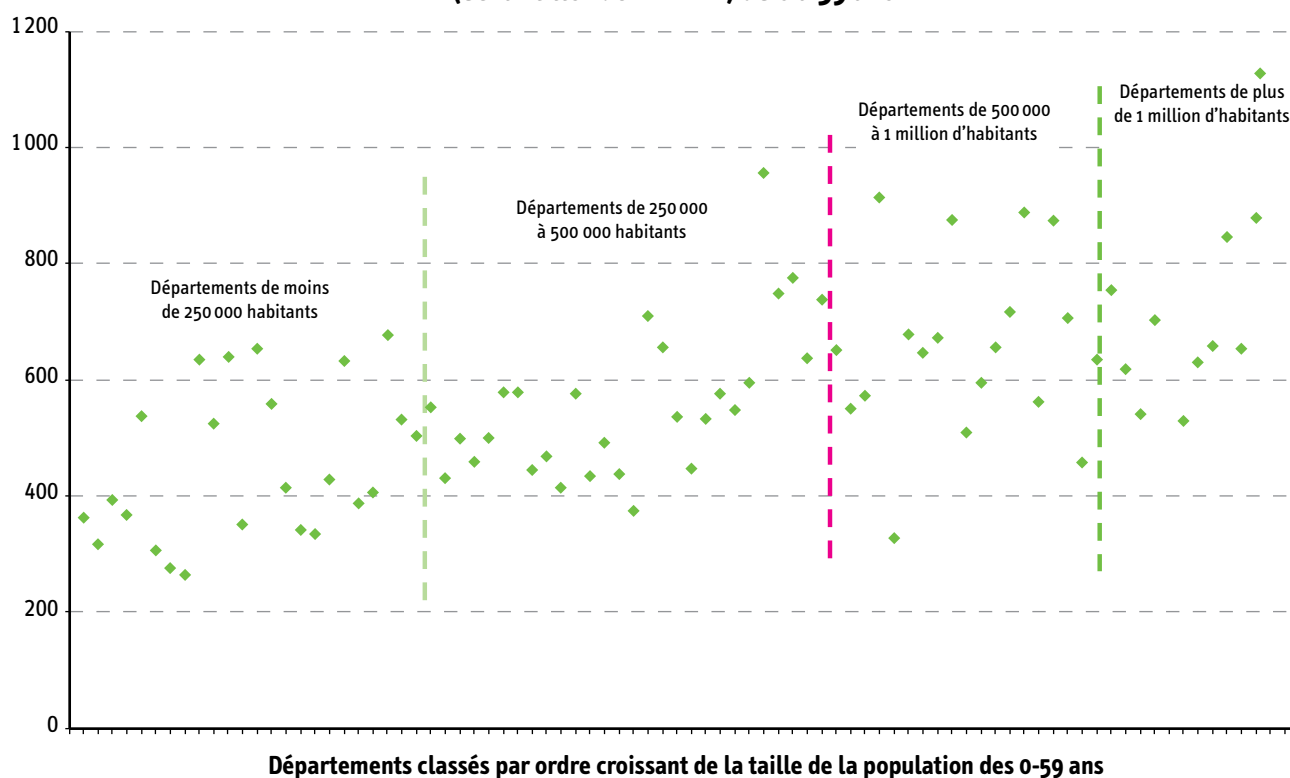
Ici un lien peut être fait avec le degré d'autonomie de la MDPH. C'est ainsi que, selon les départements, tous les services nécessaires ne sont pas systématiquement gérés par le GIP ; la maison départementale ayant recours aux services du conseil général, notamment ceux de l'administration générale, de l'informatique, des ressources humaines, ou de la logistique.

Ces chiffres seront à rapprocher de données d'activité plus qualitatives sur le traitement des dossiers, sur les délais, les procédures d'évaluation..., pour éclairer les comparaisons sur le fonctionnement des maisons départementales.

Comme en 2009, il est intéressant de rapprocher le nombre des ETP employés par MDPH du nombre de demandes traitées en 2010, pour apprécier l'activité dans les différents départements. Les données transmises à la CNSA par le biais des échanges annuels permettent de croiser ces deux éléments.

Le nombre de demandes adressées aux MDPH étant très variable selon les départements, la charge de travail qui pèse sur chaque professionnel l'est donc également ; le tableau ci-après en donne l'illustration.

Nombre de demandes déposées en 2010 par ETP (échantillon : 82 MDPH) de 0 à 59 ans



Source : échanges annuels 2010 et maquettes CNSA 2010.

Il apparaît une forte disparité du nombre de demandes traitées par ETP, y compris entre départements comparables en taille et en effectifs.

Les taux les plus lourds pèsent sur des MDPH de toute taille mais concernent néanmoins plusieurs départements parmi les plus peuplés. Il est intéressant de noter à cet égard que les maisons qui enregistrent le plus de demandes ne présentent pas pour autant les délais de traitement plus longs. Les petits départements et ceux de moins de 500 000 habitants connaissent en général des taux plus favorables.

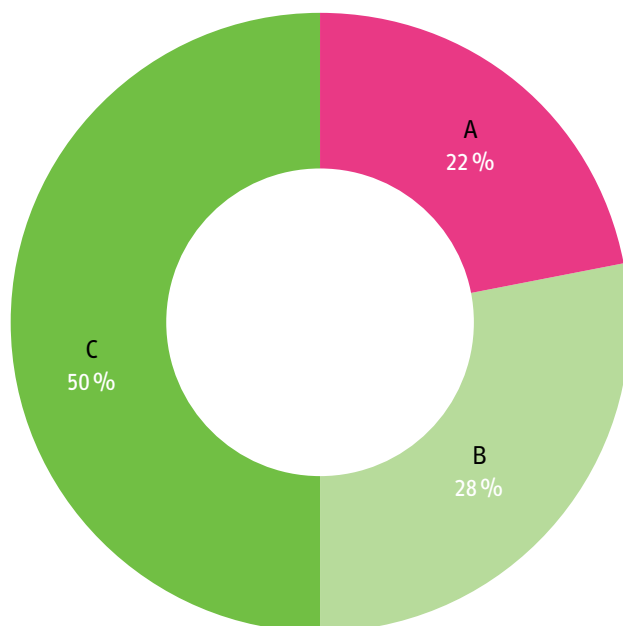
On ne peut actuellement identifier une totale corrélation entre le nombre d'habitants d'un département, les emplois de la MDPH et la charge qui pèse sur eux. D'autres caractéristiques, telles que la situation sociodémographique, le niveau de vie et le recours aux prestations sociales sont **des facteurs explicatifs qu'il conviendrait d'analyser**.

1.3.4. L'analyse des emplois par catégorie professionnelle

Afin d'avoir un aperçu des niveaux hiérarchiques et/ou de diplôme au sein des maisons départementales il a été attribué à chaque ETP une catégorie professionnelle correspondant à l'une de celles de la fonction publique, soit A, B ou C, ou leur équivalent si l'agent n'est pas fonctionnaire.

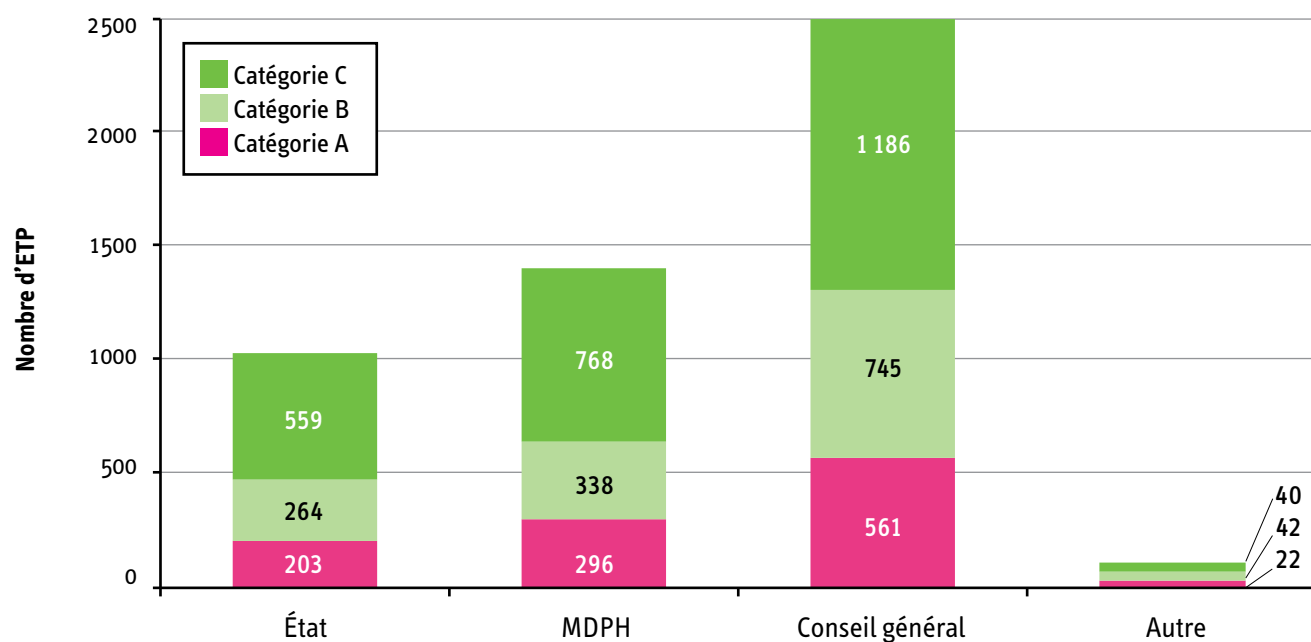
Comme l'année précédente, la part d'ETP de catégorie C ou équivalent représente la moitié des postes. La catégorie B représente plus du quart des postes. La catégorie A – ou équivalent – est la moins représentée. Elle comporte notamment les personnels médicaux, paramédicaux et les directeurs de la structure.

Part des catégories d'emploi



Si l'on fait un **croisement entre employeurs et catégories d'emplois**, il ressort que 19 % (21 % en 2009) des emplois de catégorie A, ou équivalent, sont mis à disposition par l'État, 53 % (52 % en 2009) mis à disposition par le conseil général et 26 % (25 %) sont directement employés par la MDPH.

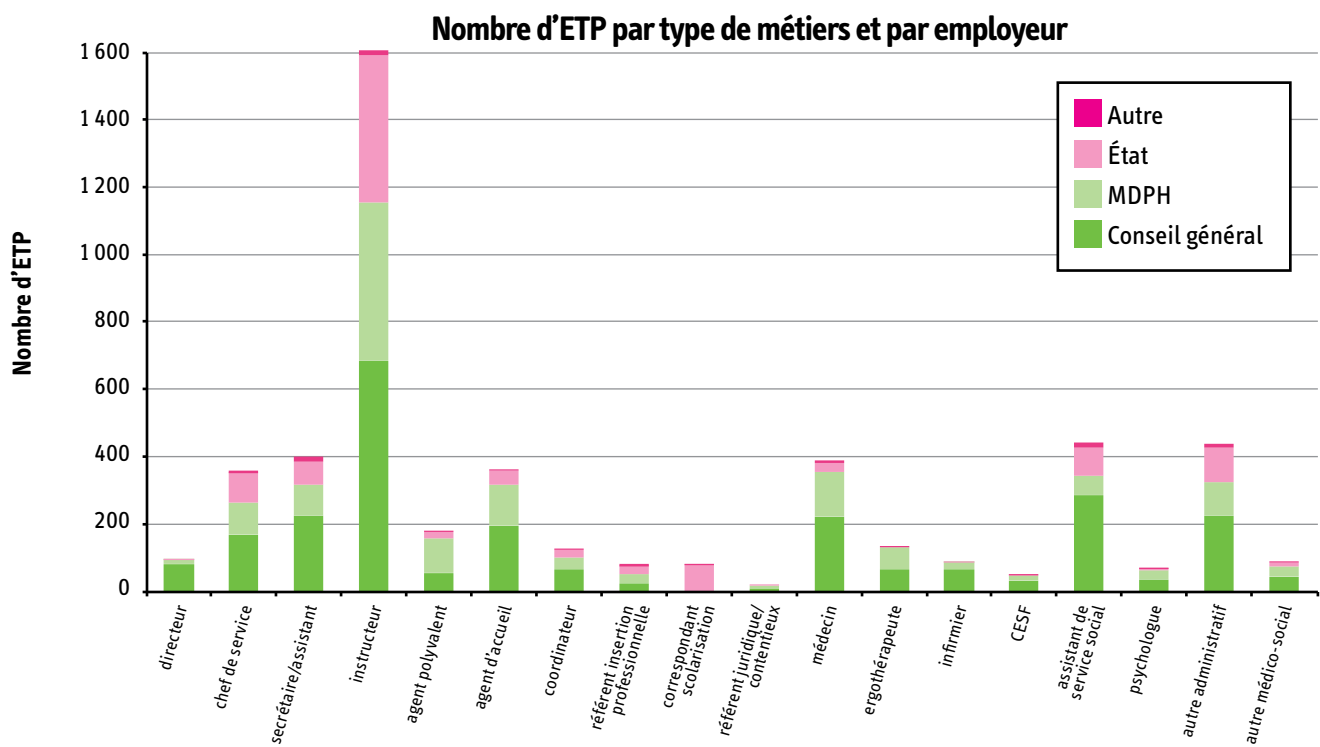
Nombre d'ETP par employeur et par catégorie d'emploi



Comme l'illustre le graphique ci-dessus, les conseils généraux sont également les principaux employeurs des agents de catégorie B et C (54 % des catégories B et 46 % des catégories C). Le nombre d'agents mis à disposition par l'État diminue pour les trois catégories de personnel par rapport à 2009, particulièrement les catégories B et C (un quart). Enfin, le nombre d'agents mis à disposition par les conseils généraux augmente de 6 % et celui des agents employés directement par les GIP-MDPH de 9 %.

Les métiers et les statuts des agents sont très divers au sein des MDPH.

Ce graphique présente un aperçu des métiers principaux qui sont nécessaires au fonctionnement d'une MDPH. Il ne mentionne pas un certain nombre de métiers nouveaux dans la nomenclature des emplois traditionnels, tels que chef de projet, correspondant informatique, comptable, chargé de mission, adjoint de direction, chargé d'étude...



Source : Maquettes CNSA 2010.

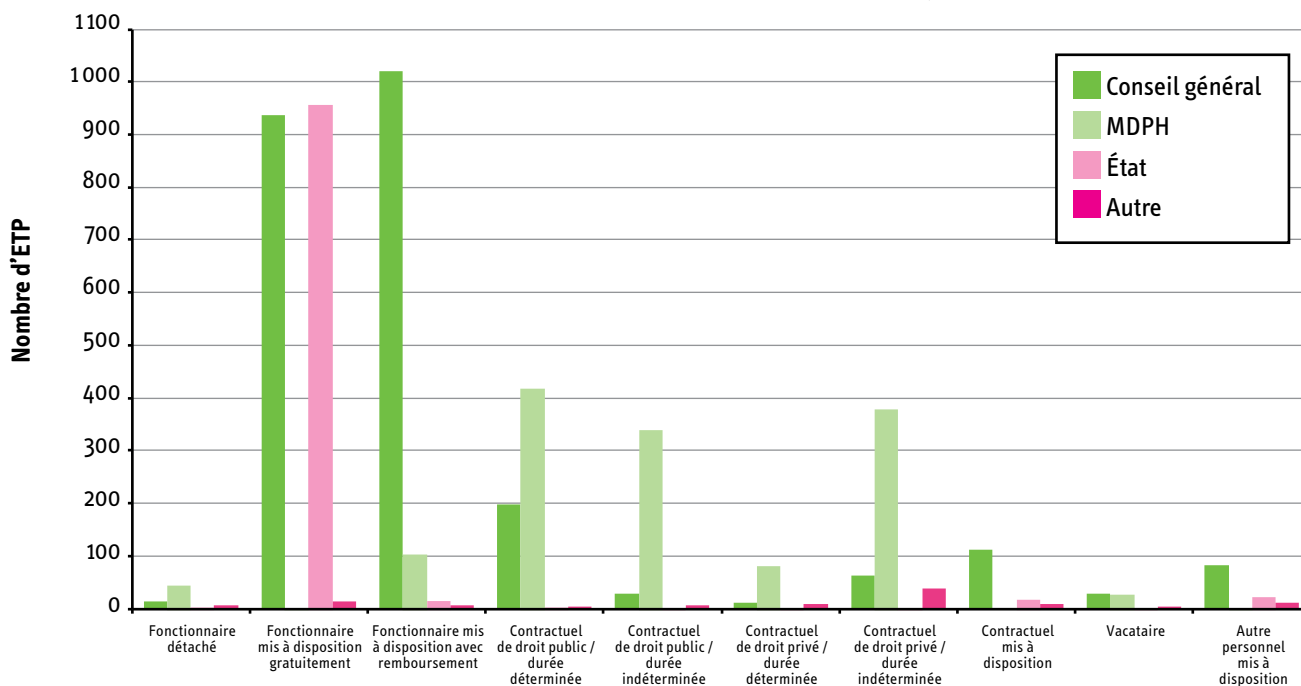
Le métier le plus représenté est celui des instructeurs, sans que l'on puisse préciser s'il s'agit toujours de personnels de catégorie C (32 % des ETP). Ils sont mis à disposition par le conseil général (43 %), employés par la MDPH (29 %) et en provenance de l'État (27 %).

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire (médecins, ergothérapeutes, infirmiers, conseillères en économie sociale et familiale, assistants de service social, psychologues...) forment 23 % des emplois. Ils sont principalement originaires du conseil général (60 %), ensuite du GIP (26 %) et, dans une faible mesure, de l'État (11 %).



Le graphique ci-dessous illustre la diversité des statuts représentés au sein des MDPH. Il laisse imaginer la complexité de la gestion de carrière des agents, la précarité dans l'organisation des services liée à la mobilité des agents et les limites rencontrées par la fonction managériale...

Nombre d'ETP par statut et par employeur



Source : maquette CNSA 2010.

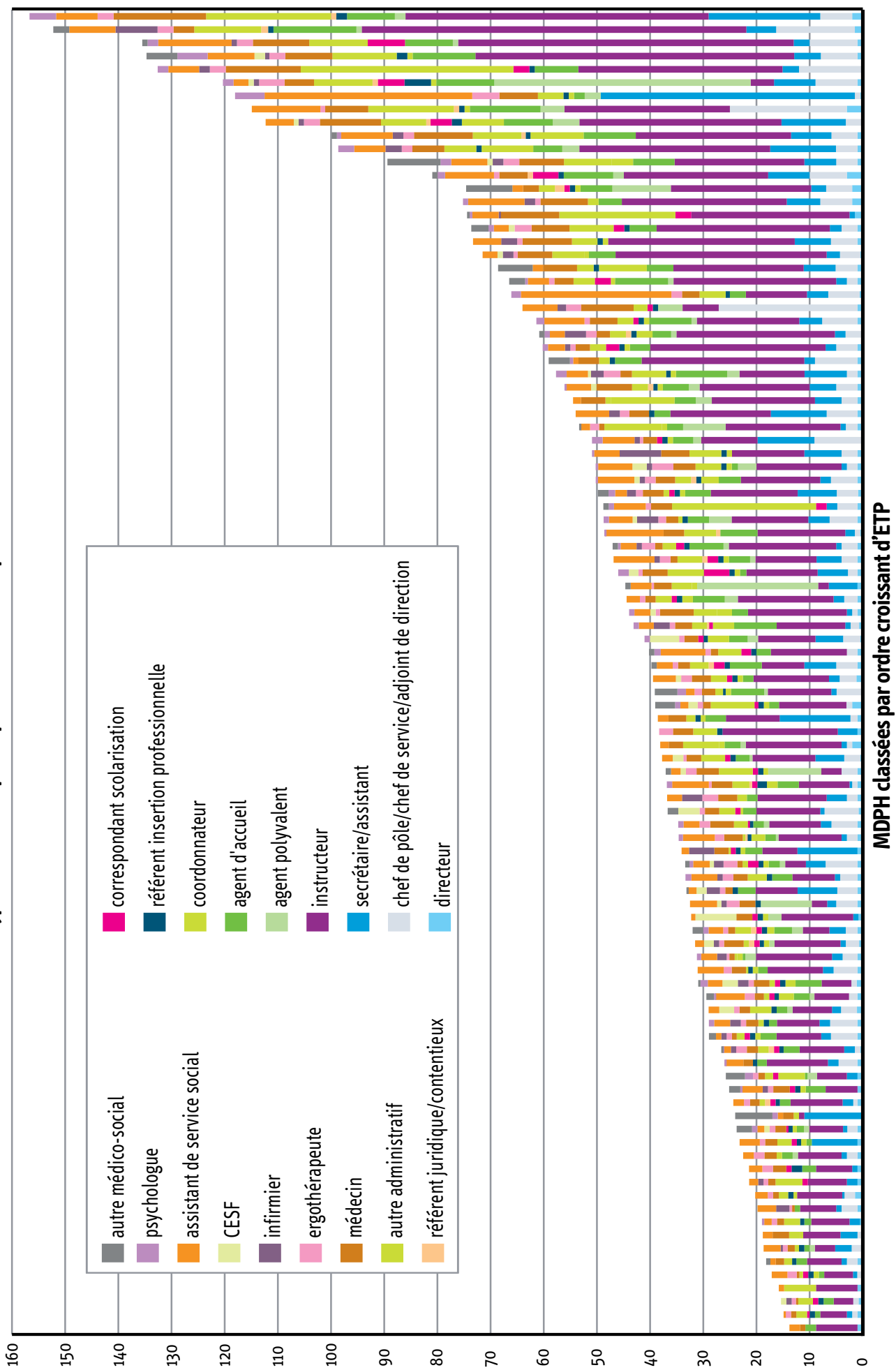
Les fonctionnaires sont une majorité (62 % des 5 023 ETP), originaires de l'État et des conseils généraux. Le nombre de contractuels s'élève à 34 % de l'ensemble des emplois. En termes de stabilité, les catégories fonctionnaires et contrat à durée indéterminée représentent 79 %. Les contrats à durée déterminée concernent une part très significative des emplois (21 % des ETP).

On peut analyser de façon détaillée les graphiques des deux pages suivantes.

Dans celui **relatif aux métiers**, ceux-ci considérés comme étant plutôt administratifs sont de couleurs froides et les métiers médico-sociaux de couleur chaude.

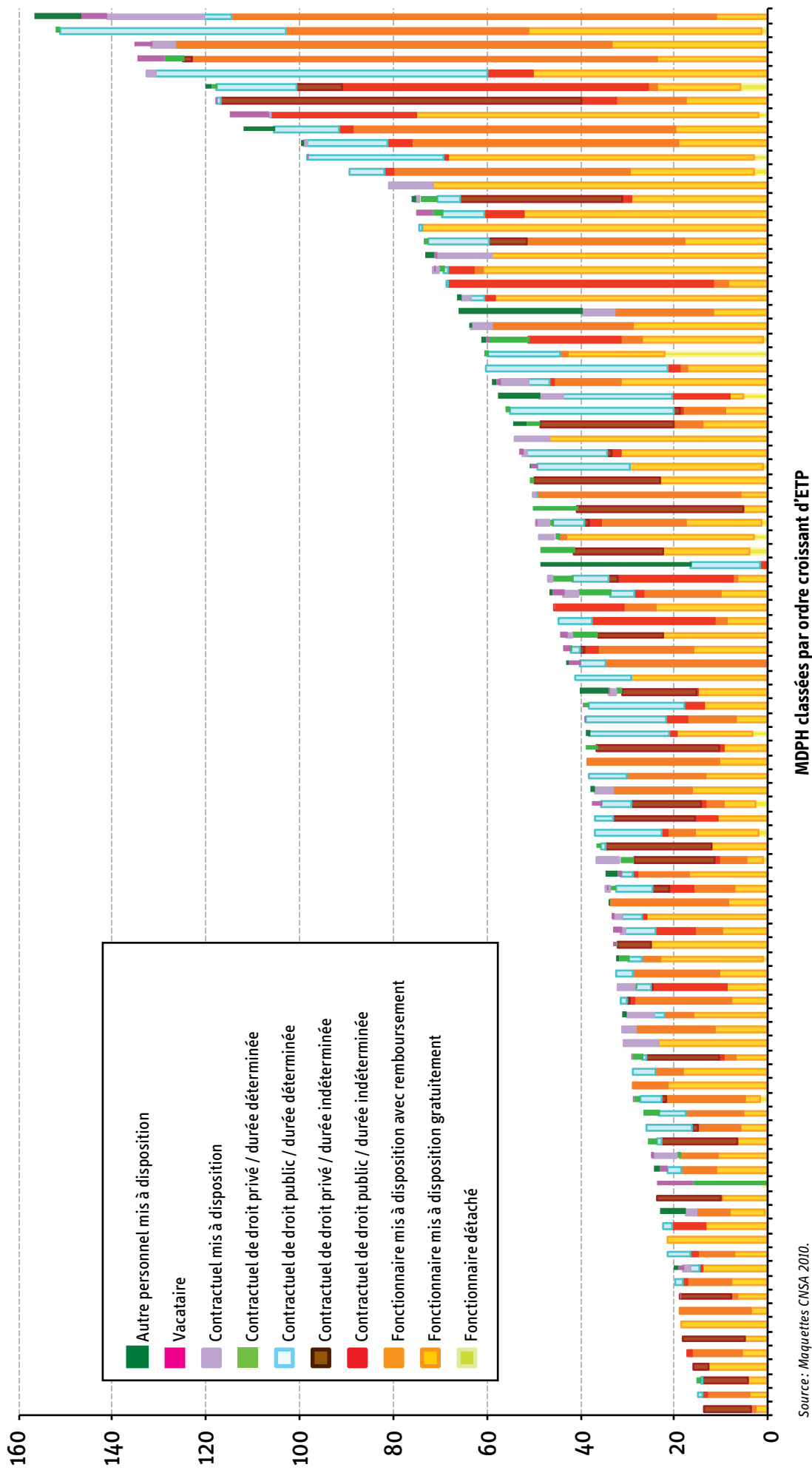
Dans le graphique concernant **les statuts**, les agents bénéficiant d'un statut de la fonction publique ou dont le contrat est à durée indéterminée sont de couleur chaude. Les agents dont le contrat est à durée déterminée, ou plus précaire encore, sont de couleur froide.

Types de métiers par départements (classé par nombre d'ETP)



MDPH classées par ordre croissant d'ETP

Statuts des agents par départements (classé par nombre d'ETP)



Source : Maquettes CNSA 2010.



En conclusion de ce chapitre sur les personnels, essentiel pour apprécier le fonctionnement des MDPH, il faut rappeler que la plus grande part des dépenses des maisons départementales – qui avoisinent les 300 M€ – est constituée de charges de personnel pour 220 M€.

Plus de la moitié de ces dépenses est réalisée sur le budget du GIP ; cette tendance qui a déjà été observée les années précédentes se renforce en 2010 ; elle témoigne d'une volonté de rendre les flux financiers entre les partenaires plus lisibles. Cette évolution est d'ailleurs confirmée par la diminution de la part des apports en nature par rapport aux dotations.

Chez les contributeurs principaux, la place des conseils généraux se renforce, tant dans les apports financiers que dans la mise à disposition de professionnels.

Enfin, la diversité des modalités d'organisation des MDPH est confirmée, d'une part dans les relations financières qu'elles entretiennent avec leurs partenaires, notamment lorsqu'on observe la part des dépenses propres dans le total des dépenses, et d'autre part, dans le nombre et l'origine des personnels qui y travaillent.

Ces questions d'organisation mériteraient d'être approfondies, car, sans prétendre à créer un cadre unique de gestion des maisons départementales, on pourrait imaginer de proposer quelques modèles permettant un fonctionnement optimum ; ces propositions seraient particulièrement utiles lors de la nomination d'un nouveau responsable ou lorsque le président du conseil général souhaite réorganiser ses autres services.

1.4. Le système d'information

1.4.1. Une année d'installation et d'appropriation de nouveaux logiciels

L'année 2010 a constitué pour l'ensemble des MDPH la première année d'utilisation de leur logiciel, outil de gestion local pour le traitement des dossiers des adultes et des enfants. Cette évolution a demandé une plus grande maîtrise de l'outil informatique par les personnels et elle a permis de démarrer le véritable « dossier électronique de l'utilisateur » avec, notamment, l'informatisation du GEVA dans certains départements.

Assez paradoxalement, 2010 apparaît à la lecture des rapports comme une année sans trop de heurts dans un domaine qui était pourtant redouté et perçu comme prenant beaucoup de temps et d'énergie. Après l'arrêt des deux anciens systèmes (Opale et ITAC) cette année fut celle de l'appropriation de leur outil informatique par les MDPH comme par les services des départements. De fait, et c'est sans doute un signe d'apaisement dans ce domaine, le sujet des systèmes d'information est assez peu traité dans les rapports d'activité puisqu'il n'est mentionné que par une vingtaine de départements.

On sait qu'il existe trois logiciels majeurs IODAS, Perceval et SIRUS, auxquels on doit ajouter certaines applications internes à quelques départements. La date ultime de passage aux nouveaux systèmes était le 1^{er} janvier 2010. Si l'on a encore trop peu de recul pour juger de la qualité finale de chacun des produits choisis, on peut toutefois remarquer que ce ne sont pas les systèmes « maison » qui marchent le moins bien ; alors même qu'ils ne sont pas les plus coûteux...

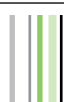
Les MDPH utilisent désormais un outil unique pour la saisie de leurs travaux, quel que soit le public (enfant ou adulte) et quelle que soit la prestation, la gestion de la PCH n'étant plus qu'une demande parmi d'autres. Un grand nombre de départements parlent de la nécessité de paramétrages adaptés, de l'indispensable formation des personnels et souhaitent souvent une nette amélioration de l'outil qui leur apparaît encore peu performant.

On regrettera que la question de la reprise des données antérieures à 2010 ne soit que très peu abordée dans les rapports annuels.

Toutefois, et en restant optimiste pour la suite, le projet de changement de système de gestion a contribué à une meilleure cohésion des équipes, de nombreux groupes de travail ayant dû être mis en place pour intégrer le nouvel outil dans des processus de travail rénovés et faire évoluer l'outil quand celui-ci ne répondait pas totalement aux besoins de la MDPH et aux souhaits de ses agents.

La dématérialisation et la numérisation des dossiers sont en général plus complètement traitées dans les rapports ; elles représentent pour beaucoup une opportunité de revisiter les processus de travail.

Suite logique de la numérisation des documents imprimés ou manuscrits, des projets d'archivage numérique voient le jour. Bien que ce travail, nécessairement engagé en lien avec les archives départementales, soit très lourd, il



permet d'établir des règles d'archivage et de numérisation des dossiers, en ne conservant que les pièces essentielles. Les tableaux de versement aux archives doivent constituer un instrument de structuration des MDPH ; elles s'équipent pour cela d'outils spécialisés dans la gestion électronique des documents.

Dans certaines MDPH, la mise en place d'un nouveau système d'information a permis d'améliorer le contenu des notifications aux usagers, ce qui est directement synonyme de meilleure qualité de service. On sait combien sont encore grandes les critiques sur les difficultés de compréhension des documents administratifs...

Le suivi des décisions de la CDAPH commence à être une préoccupation prégnante des maisons départementales. Plusieurs MDPH cherchent à organiser ce suivi de façon automatique ; d'où l'intérêt complémentaire pour ces nouveaux instruments de gestion des documents et des données.

1.4.2. La création du SipaPH



Système d'Information Partagé pour
l'Autonomie des Personnes Handicapées

L'arrêté du 13 octobre 2010, complétant l'article D.247 - 2 du code de l'action sociale et des familles et publié au Journal officiel, précise que les MDPH doivent transmettre à la CNSA des données non nominatives afin d'alimenter le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH). Ces données, qui sont extraites du système d'information de la MDPH via un extracteur mis en place par les éditeurs, sont rendues anonymes une première fois par la MDPH, puis transférées à la CNSA de façon sécurisée et, enfin, de nouveau anonymisées avant d'être intégrées dans le SipaPH.

Dans chaque département, des professionnels référents ont été désignés et formés pour les différentes tâches. Pour autant, la question des trans-codifications et de l'anonymisation des informations est peu abordée dans les rapports de cette année inaugurale.

La collecte automatisée de l'ensemble des données d'activité des MDPH au niveau national rendra possible des croisements de données beaucoup plus nombreux et plus efficaces pour le pilotage tant national que local de ce nouveau service public. Ces transmissions de données, première phase d'alimentation du SipaPH, sont attendues pour la fin 2011.

1.4.3. L'information et la communication

De nombreux rapports annuels rapprochent la question du système d'information de la mission générale d'information et de communication de la MDPH.

Quelques départements mentionnent par exemple l'ouverture d'un site Internet, avec quelquefois un accès sécurisé pour les usagers. Ce site permet d'obtenir des informations générales sur les prestations et les démarches correspondantes, mais aussi de télécharger le formulaire de demande qui peut être imprimé et ainsi rempli à domicile.

Les plus avancés mettent en place des expérimentations d'un « portail usagers » permettant à terme l'accès individuel sécurisé des usagers à la consultation sur internet de leur dossier et connaître ainsi l'état d'avancement de leurs demandes. On note que l'accessibilité de ces sites a été étudiée pour toutes les situations de handicap.

Parmi les développements futurs envisagés, la mise en œuvre des transferts dématérialisés de données, vers Pôle Emploi, la CAF et vers les établissements et services pour le suivi des orientations, ont donné lieu à la création de groupes de travail dans de nombreux départements.

Par ailleurs les MDPH ont participé aux travaux nationaux menés par la CNSA dans le cadre de la cartographie des échanges de données entre les maisons départementales et ses partenaires.

Pour la réussite de cette mission, les MDPH ont créé des supports de communication (plaquettes, fiches pratiques, guides d'information, etc.). Elles organisent des événements avec leurs partenaires locaux, spécialement avec les



associations représentatives des personnes handicapées, à destination de divers professionnels ou du grand public. Nombre de colloques, assises, journées portes ouvertes, stands sur d'autres manifestations publiques sont mentionnés dans les rapports. Elles participent également à de nombreuses manifestations extérieures, dans des établissements médico-sociaux, par exemple, où leur expertise est attendue.

1.5. Des partenariats multiples

De nombreuses conventions de partenariat ont été étudiées et signées dès la mise en place des MDPH, cette dynamique semble n'avoir pas faibli depuis, même si certaines coopérations initiées au cours des deux premières années n'ont pas toujours donné les résultats attendus.

Sont évoqués dans les rapports annuels, non seulement les partenariats engagés pour la mise en œuvre des missions officielles des maisons départementales, mais aussi des actions de coopération plus larges ; c'est ainsi que dans certains départements, la MDPH apparaît occuper d'ores et déjà une place de pivot de la politique locale du handicap.

1.5.1. Les différents types de partenariat

Concernant les missions principales de la MDPH, sont d'abord cités les partenariats relatifs à la mission d'accueil et d'information, souvent qualifiée de niveau 1 et 2 (cf. le paragraphe accueil) et ceux relatifs à la mission d'évaluation, par exemple, l'aide au recueil d'éléments d'évaluation sur la situation des bénéficiaires, la participation aux équipes pluridisciplinaires, l'aide à la formalisation du projet de vie et à la constitution du dossier de demande ou même la mise à disposition de personnel et les interventions d'expertise...

Mais c'est probablement dans le domaine de **l'insertion professionnelle** qu'il existe le plus grand nombre de conventions ; comme les autres années, on peut ainsi mentionner :

- Le service public de l'emploi (SPE) : la convention précise les modalités de circulation des informations entre les services et permet au-delà du suivi des décisions, des temps d'échanges prospectifs sur les dispositifs (les besoins, les éventuels outils manquants...).
- L'Agefiph, souvent citée, notamment à l'occasion de la mise en place du service « appui projet », pour aider à affiner les orientations et les optimiser en fonction de l'offre de l'emploi local.
- Les Cap Emploi, pour l'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées et de leur orientation professionnelle vers le marché du travail.

Mais on trouve aussi dans de nombreux rapports, le développement de partenariats pour la mise en œuvre des décisions de la CDAPH et des collaborations en vue de la formation des personnels.

Les objectifs de ces partenariats sont ainsi explicités :

- Mieux évaluer le retentissement du handicap pour la personne, afin de pouvoir lui proposer une compensation et/ou une orientation adaptée à ses besoins.
- Obtenir les bilans et les évaluations écrites qui permettent des ajustements réguliers de cette compensation.
- Améliorer les délais de traitement ; sur cette question encore très sensible, il est remarqué que si les partenariats bien coordonnés peuvent y contribuer, une multiplication des intervenants peut augmenter le temps de réponse de la MDPH.
- Faciliter, par l'implication des différents intervenants auprès de la personne, le suivi des décisions de la CDAPH.
- Construire des outils communs de suivi des situations personnelles ; il y aurait d'ailleurs lieu de poursuivre la réflexion sur ce point majeur pour la réussite du nouveau dispositif.
- Trouver des solutions à des situations complexes et pouvant apparaître prioritaires, voire urgentes, c'est le cas notamment des situations d'épuisement des familles et des aidants, pour lesquelles il convient de se poser la question d'une réelle prévention.

D'autres types de partenariats se déploient aujourd'hui ; qu'il s'agisse des prestations de services (par exemple : l'assistance technique en informatique, la médecine professionnelle et préventive pour les agents du GIP, un service de restauration pour le personnel...) ou de coordination entre les institutions : conventions de gestion, convention de financement, mise à disposition de personnels – souvent à temps partiel et pour certaines spécialités –, de locaux et de logistique.



On peut également, de façon plus large, mentionner la mise en place d'une plateforme d'observation sanitaire et sociale, les échanges de données sensibles, la convention de service pour la consultation de données administratives, par exemple celles de la sphère « famille » avec la CAF.

On fera une place particulière aux coopérations existant encore pour la gestion et le financement du fonds départemental de compensation du handicap (voir infra).

Qu'il s'agisse des conventions passées sur les missions principales de la MDPH ou celles relatives au fonctionnement des instances de la maison départementale, l'objectif de ces partenariats est toujours d'assurer un meilleur service aux personnes et de garantir la pérennité des actions de la maison départementale.

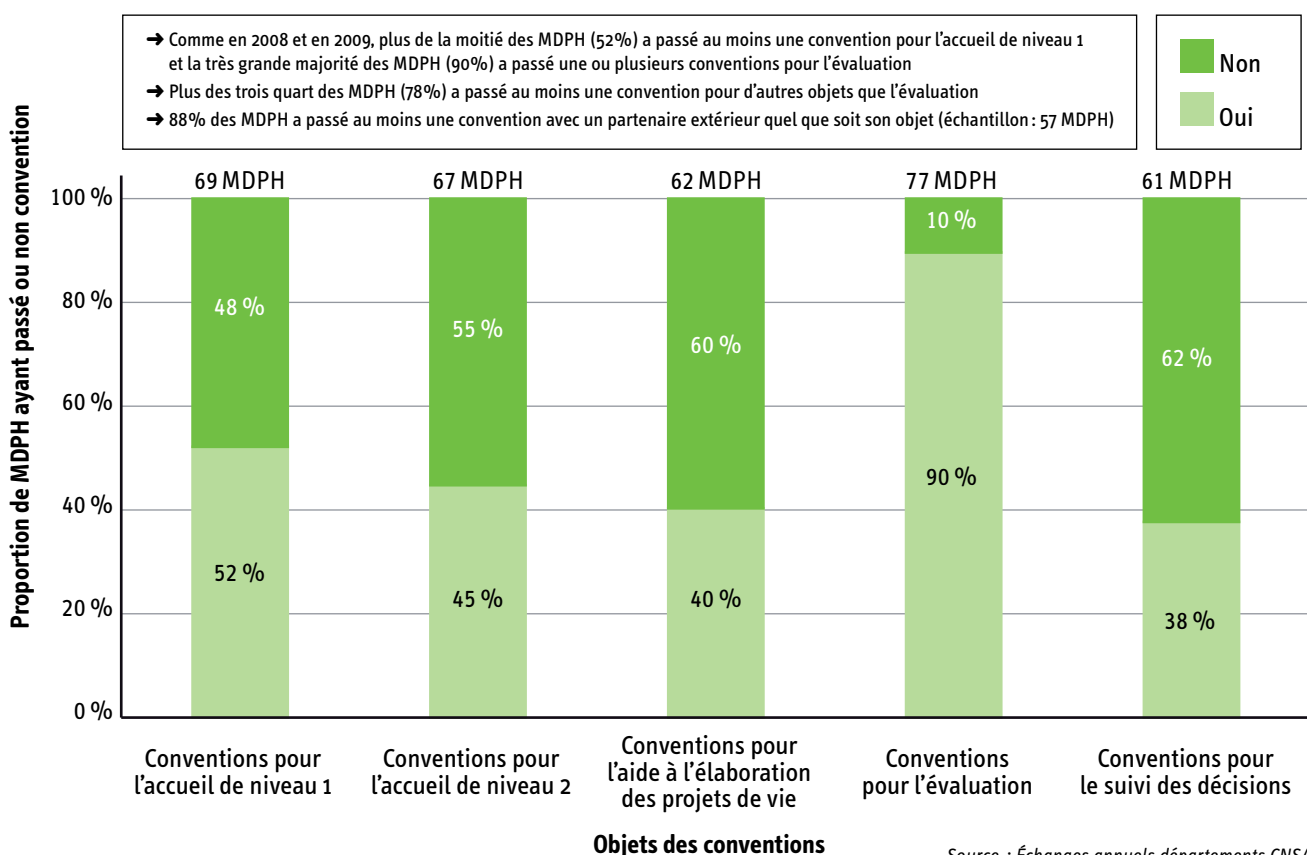
1.5.2. L'impact de ces partenariats sur l'organisation des MDPH

Le développement des partenariats conduit souvent à désigner au sein de la MDPH des « personnes - ressources » chargées des relations régulières avec les partenaires. Le rapport de synthèse de l'an dernier mentionnait déjà l'existence de pôles ou de missions créés spécifiquement pour assurer la fonction, identifiée comme telle, de « développement des partenariats et de communication externe ».

Toutes ces collaborations sont considérées comme constituant une vraie richesse car elles permettent de construire le réseau d'acteurs médico-sociaux dont la MDPH a besoin pour réaliser l'ensemble de ses missions et pour assurer une réelle pluridisciplinarité dans l'approche de la personne handicapée.

Le graphique ci-dessous indique, pour les deux tiers des départements, les différents types de conventions de partenariat signées par les MDPH pour les fonctions d'accueil, d'évaluation et de suivi des décisions.

**Conventions passées avec des partenaires par mission de la MDPH
État des lieux en 2010**



Bien que peu de départements l'évoquent, et sans remettre en cause l'intérêt de ces pratiques d'ouverture, on peut craindre toutefois que la multiplication des conventions extérieures ne soit particulièrement consommatrice de temps, et quelquefois d'énergie quand cela ne fonctionne pas bien. Aujourd'hui il conviendrait probablement, non plus de seulement les développer, mais d'évaluer ces partenariats, tant sur le plan qualitatif que financier.



Les valorisations financières du recours aux services de prestataires ou partenaires extérieurs présentent des chiffres encore fragiles. En effet, cinquante-deux départements ne déclarent ni montant financier ni emploi, vingt et un départements déclarent emplois et crédits, vingt-deux déclarent des montants mais aucun emploi et cinq départements déclarent des emplois mais sans financement. De ce fait, l'information, pour être complète, devrait présenter le nombre d'ETP et les montants correspondant aux prestations en externe.

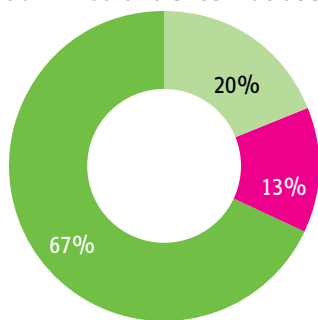
Les quarante-huit MDPH ayant fourni l'information relative aux externalisations déclarent un total de 175,2 ETP et 8,7 M€ dédiés au financement de ces conventions.

Avec quelques réserves, les graphiques ci-dessous montrent en moyenne nationale l'importance du recours à des prestations externes pour les missions des MDPH.

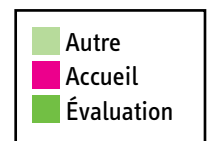
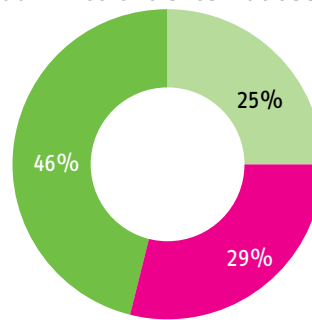
On remarque que l'évaluation est le domaine principal du recours à une prestation externe.

Sur les 8,6 M€ que déclarent les quarante-deux MDPH, 68 % lui sont dédiés et sur les 175 emplois, 46 %. Enfin, alors que la mission d'accueil ne représente que 13 % des dépenses relatives aux externalisations, le poids de cette mission au regard du personnel mobilisé est plus significatif, puisqu'il s'élève à 29 % des ETP.

Répartition des montants dédiés aux missions externalisées



Répartition du nombre d'ETP dédié aux missions externalisées



Source : Maquettes CNSA 2010.

1.5.3. Quelques observations et exemples recueillis au fil des pages des rapports

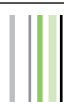
Dans un département du Nord de la France, où, tendance nouvelle, le nombre de dossiers étudiés est inférieur aux autres années, la question s'est posée de savoir si ce travail partenarial serré n'avait pas permis une meilleure application de la loi de 2005, avec la prise en compte d'un plus grand nombre de projets examinés dans leur globalité et qui tiennent compte de l'ensemble des besoins de compensation.

Les dossiers sont donc plus lourds financièrement, plus complexes dans leur recherche de financement et dans l'articulation des financements entre eux (cofinancements, mises en paiements, suivi des décisions...); ils nécessitent donc davantage d'investigation en amont du comité de gestion et lors de la mise en règlement des aides accordées.

L'école est un autre domaine dans lequel des conventions ont été signées, notamment pour la prise en charge par les MDPH des frais de fonctionnement des enseignants référents; mais peu de développements en sont donnés dans les rapports annuels. De la même manière, on peut mentionner, cette année encore, la complémentarité recherchée dans l'évaluation des situations avec un certain nombre d'établissements et de services médico-sociaux; cela est particulièrement vrai avec les services à domicile (services d'accompagnement à la vie sociale -SAVS, services d'éducation spéciale et de soins à domicile - SESSAD), par exemple pour des prestations d'évaluation d'aides techniques et de conseils donnés pour l'aménagement de logement.

De très nombreux organismes sont cités, sans toutefois que les modalités de leur collaboration soient réellement traitées, ainsi :

- la CAF et la MSA (pour l'accueil de 1^{er} niveau),
- la CARSAT et la CPAM (participation au fonds départemental de compensation),
- le PACT-Arim (aménagement du logement),
- le comité départemental Handisport, avec la désignation d'un référent sportif au sein de la MDPH,
- les grandes associations pour des permanences d'information (ADAPEI, APF, UNAFAM, ADAPT, FNATH...).



Les agences régionales de santé sont évidemment citées cette année, mais en raison de leur installation très récente, elles ne donnent pas lieu à beaucoup d'observations. Par contre, les attentes sur le futur fonctionnement des ARS apparaissent grandes, comme d'ailleurs le sont les interrogations quant à leur futur investissement sur le médico-social; de réelles craintes sont avancées par de nombreux départements sur les capacités des nouvelles agences de travailler avec les services des conseils généraux.

Au titre de l'accès aux soins des personnes handicapées, on trouve quelques exemples sur les réseaux de santé : réseau de la main, réseau ALMA (maltraitance), « autisme et autres troubles envahissants du développement », « sclérose latérale amyotrophique » Mais ce thème de l'accès aux soins est malgré tout très peu développé dans les rapports ; on peut le regretter.

Autre partenariat, essentiel pour le suivi et l'accompagnement des personnes handicapées, est celui relatif à la place que doivent avoir les **services sociaux départementaux**. Il est dommage que peu d'éléments soient donnés sur leur travail pour les interventions au plus proche des personnes sur les territoires.

Enfin pour la formation continue des personnels, des partenariats sont noués avec le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) pour faire bénéficier l'ensemble des agents de la MDPH, quel que soit leur statut, des programmes de formation assurés par cet organisme, cela par anticipation sur les dispositions de la loi dite « Paul Blanc » de juillet 2011.

On recueille également dans les rapports annuels des initiatives originales, dont certaines peuvent être considérées comme des exemples de « **bonnes pratiques** », comme autant d'exemples heureux qui peuvent être reproduits. Quelques exemples peuvent être donnés ici :

- Une MDPH qui a organisé une session de « *Job dating, en impliquant le secteur associatif ainsi que Cap Emploi, l'AGEFIPH et Pôle Emploi : 43 candidats présents, 11 entreprises accueillies, 12 candidatures retenues pour 10 contrats effectifs* ».
- Une convention de partenariat, établie par une MDPH avec une association pour l'intervention d'un audioprothésiste, prévoit les avis techniques sur les préconisations et les tarifs appliqués en matière d'aides techniques de surdité (prothèses auditives et autres aides). Ce spécialiste se charge également d'établir un référentiel de prix.
- Une autre MDPH a mis en place une ligne téléphonique et une « messagerie partenaires » pour améliorer la prise en charge des appels des usagers.
- Un département organise l'accompagnement du retour à l'emploi des parents d'enfants handicapés ayant cessé, ou ayant renoncé, à exercer une activité professionnelle ; cette action se faisant en partenariat avec le service « insertion et emploi » du conseil général.
- Une autre MDPH dit avoir pu renforcer sa collaboration avec le centre de ressources pour l'autisme de Haute-Normandie (CRA) à la suite du colloque organisé par la CNSA sur ce thème. De ce colloque a germé l'idée de la création d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans les troubles envahissants de développement qui, organisée d'abord à titre expérimental, travaille maintenant de façon permanente.

Les cadres dans lesquels s'inscrivent ces partenariats semblent multiples, mais ils semblent souvent peu formels, et sont donc en cela peu lisibles.

Si l'on peut reprendre cette année la même observation que celle faite dans la synthèse des rapports 2009 qui précisait que « *la question financière du conventionnement avec ces services extérieurs n'est quasiment pas abordée* », l'analyse des maquettes budgétaires, plus poussée chaque année, devrait fournir quelques éléments significatifs.

Les trois apports majeurs de ces partenariats observés l'année dernière, se confirment à la lecture des rapports 2010 :

- « *Un croisement de regards et un apport d'informations complémentaires qui constituent une richesse pour analyser les situations* ».
- « *L'évaluation et les propositions de réponses sont simplifiées lorsque les informations sur les situations individuelles sont fournies aux équipes des MDPH en amont* ».
- « *Ces partenariats permettent d'éviter les redondances de procédures d'évaluation déjà réalisées par des services ou des établissements connaissant bien mieux la situation de la personne que la maison départementale elle-même* ».

Les partenariats ont d'abord pour objectif l'amélioration de la gestion des dossiers individuels, mais ils présentent également d'autres intérêts, plus collectifs, sur l'organisation générale. L'implication des MDPH dans de nombreux groupes de travail, tant locaux que nationaux, en est notamment la preuve.

1.5.4. Participation de la MDPH à des groupes de travail

Si la participation des MDPH est toujours aussi soutenue dans les groupes de travail réunis au plan national, celle-ci est d'abord significative au niveau départemental et local. Les MDPH participent en effet à de nombreuses réunions, les suscitant quelquefois, notamment pour dresser l'état des lieux et identifier régulièrement les problématiques pour une meilleure mise en œuvre de la politique du handicap dans le département.

Ces rencontres permettent aux maisons départementales :

- de participer aux travaux relatifs aux schémas départementaux (schéma enfance handicapée, schéma pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées...);
- de présenter leurs missions aux partenaires et le bilan des actions qu'elles engagent, par exemple en direction des nouveaux directeurs des établissements et services médico-sociaux ou des, services du Conseil général;
- d'analyser et d'harmoniser les pratiques médico-techniques et les procédures administratives dans le département;
- de développer les liens entre le domicile, les services et les établissements, en recherchant si possible une offre intermédiaire, dans une logique de continuité du parcours de vie;
- de rencontrer et de visiter les établissements, en développant l'analyse et les échanges de pratiques (relations entre la CDAPH et les établissements et services médico-sociaux, rationalisation des listes d'attente et de l'orientation des personnes, procédures d'admission...);
- d'organiser des journées de formation à destination des professionnels partenaires, spécialement les paramédicaux;
- de participer aux rencontres proposées par les associations et à leurs assemblées générales annuelles;
- d'analyser les textes règlementaires (décrets et circulaires...) et les décisions de la jurisprudence déjà disponibles;
- de s'engager dans un commencement de contrôle de gestion et de rationalisation des moyens (par ex. : la réduction de l'affranchissement par l'organisation d'envois regroupés, la dématérialisation des dossiers présentés à la CDAPH, les enveloppes réutilisables...).

Parmi les exemples significatifs de la place que peuvent prendre les MDPH dans le paysage général de la politique du handicap, on peut citer la participation de l'une d'elles à l'élaboration d'une norme AFNOR « entreprises handi-accueillantes », à l'initiative de grands groupes industriels ou encore l'intégration d'un représentant de la maison départementale au pôle culture du conseil général. D'autres exemples sont d'ailleurs repris depuis trois ans par la CNSA dans sa publication « *Les MDPH, d'un département à l'autre* »

On ne peut que se réjouir qu'au-delà de leurs missions propres de mise en œuvre de la compensation, les MDPH apparaissent de plus en plus impliquées dans des projets transversaux, tant dans le champ de l'accessibilité que dans celui de la culture, des sports et des loisirs. Leurs professionnels sont ainsi reconnus comme **experts des situations de handicap dans la cité**, comme étant ceux qui peuvent parler des besoins des personnes handicapées, défendre leur accès aux services de droit commun et favoriser ainsi leur pleine citoyenneté.

1.6. La CDAPH stabilise son fonctionnement

L'année 2010 a été marquée par le renouvellement des membres des **commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées**. Bien que la majorité des rapports relatent cette procédure, il est par contre impossible de préciser quelle est la personne qui, à la suite de ce renouvellement, a été désignée comme président. Il semble toutefois qu'on ait assisté à une évolution et qu'un plus grand nombre de représentants des personnes handicapées aient été élus; sans chiffre précis, on peut avancer qu'aujourd'hui un tiers des présidences sont tenues par des administrateurs d'associations.

1.6.1. Les modalités de fonctionnement

Le rythme des séances de la commission est toujours aussi soutenu; il est d'ailleurs remarquable que très peu de départements fassent part des difficultés qu'ils auraient à obtenir le quorum pour ces réunions; c'est le contraire qui est souvent indiqué dans les rapports dont les rédacteurs se félicitent de l'engagement des membres dans la durée. Alors que ces instances sont composées de vingt-trois titulaires, on loue généralement leur assiduité.

Pour cette fonction, comme dans d'autres, les départements présentent une large diversité de procédures et du rythme de travail.

Si la majorité des maisons départementales réunissent leur CDAPH de deux à quatre fois par mois, il en est quelques-unes où ce nombre de réunions est très largement supérieur, par exemple jusqu'à quatre réunions par semaine dans deux grands départements du Midi.

Outre les chiffres quantifiant le travail de ces instances, il manque encore des indicateurs pertinents pour apprécier la dynamique du dispositif, à savoir **le nombre de personnes reçues** par la commission et **le nombre de dossiers effectivement ouverts en séance** alors que l'immense majorité des décisions sont prises sur liste. Il est également impossible de connaître de façon détaillée le contenu de ces listes. Il y aurait probablement là une étude spécifique à mener par la CNSA avec quelques départements témoins.

Bien que les chiffres soient sans corrélation avec la population départementale, on peut citer deux petits départements de l'Est dont les CDAPH ont reçu 200 à 300 personnes chacune en séance, alors que tel gros département du Midi n'en recevait que 105 en un an, ce dernier chiffre ayant d'ailleurs été diminué de moitié d'une année sur l'autre, signe d'une pratique organisationnelle qui a sans doute sensiblement changé.

Sans que l'on puisse dessiner un panorama significatif, et encore moins une cartographie exhaustive des pratiques locales, les commissions ont, semble-t-il, davantage réfléchi en 2010 sur **la qualité de leur fonctionnement**. Ce travail devrait pouvoir être repris par la CNSA, au titre d'une meilleure régulation nationale.

Parmi les améliorations réalisées, on peut citer :

- l'élaboration d'une charte de fonctionnement en complément du simple règlement intérieur plus administratif,
- des informations régulières transmises aux membres de la commission, avec même un bulletin de liaison périodique,
- des sessions de formation proposées aux membres de la CDAPH, titulaires et suppléants,
- la commission intégrée dans le projet de service de la MDPH, voire des services sociaux du conseil général.

Différents départements précisent que des séances d'information plus longues sont proposées régulièrement sur diverses thématiques et qu'elles donnent souvent lieu à des échanges fructueux. Une MDPH du Nord-Ouest indique par exemple qu'« en 2010 sa commission a bénéficié des présentations suivantes :

- le point sur les jeunes relevant de l'amendement Creton,
- les transports scolaires, pour l'année 2010-2011,
- l'examen du rapport d'activité 2009 de la CDAPH,
- l'utilisation du chèque emploi service universel - CESU,
- les missions des nouvelles administrations du secteur sanitaire et social, agence régionale de santé et direction départementale de la Cohésion sociale».

1.6.2. Identification des bonnes pratiques

Parmi les « bonnes pratiques », on peut donner l'exemple d'un département de l'Ouest qui a formalisé un « cahier des procédures » et un « cahier de jurisprudence », dans lesquels sont notamment traitées les questions suivantes :

- les types de situations à présenter de manière formelle en commission,
- celles demandant à être traitées en urgence,
- le libellé compréhensible des notifications pour les situations les plus difficiles,
- les seuils de dépenses mensuelles pour les compléments d'AEEH,
- les demandes de double orientation en établissements et services (foyer d'accueil médicalisé – maison d'accueil spécialisé).

Ces questions sont quelquefois traitées avec des données de gestion, par exemple :

- les dépenses à prendre en compte au titre de la PCH (ordinateur, téléphone, vacances adaptées, frais de crèche, etc.),
- les cas particuliers des factures antérieures à la date du premier jour de la demande.



D'autres thèmes d'information des membres de la CDAPH sont mentionnés, c'est le cas des interventions :

- des directeurs et des équipes professionnelles qui accueillent la CDAPH au sein de leur établissement médico-social, pour présenter leur organisation et les éclairer sur les missions spécifiques remplies par des structures ayant les mêmes agréments,
- de ces mêmes établissements en séance de la commission sur des questions d'actualités, pour présenter par exemple leur nouvel agrément ou leur nouveau projet médico-technique,
- des enseignants référents, dont la place mérite encore d'être précisée...

Au titre d'une meilleure régulation, on trouve une maison départementale qui tient « *trois réunions annuelles permettant à tous les membres de la CDAPH de faire le bilan du fonctionnement de la commission et de décider des ajustements nécessaires* ».

Au cours de ces séances, le point peut aussi être fait sur la veille juridique, si celle-ci a été mise en œuvre par la MDPH, ainsi que peuvent être présentées les réponses aux questions posées à la CNSA venant de tous les départements et qui sont reprises régulièrement dans le bulletin bimensuel « Infos-réseau MDPH ».

Ce souci de « fixer » une jurisprudence, au-delà de la seule harmonisation des pratiques, existe dans un très grand nombre de commissions départementales ; beaucoup tiennent ainsi des séances régulières dites « fonctionnelles », au cours desquelles aucune demande n'étant étudiée, des débats peuvent être menés sur la doctrine et les bonnes pratiques de la commission.

Dans le même sens, se développent des rapports plus confiants entre l'équipe pluridisciplinaire et la commission, avec un souhait de clarification des fonctions de chacun. Ainsi, une MDPH parle de « *la démarche dialectique commune* » entre ces deux instances ; une autre de « *la révision du référentiel d'aide à la décision élaboré en 2009 et enrichi des positions prises au cours de l'année 2010* ».

Sur ce sujet, les experts de la CNSA interviennent souvent dans les départements, à la demande des directeurs, pour améliorer la compréhension des rôles respectifs de l'équipe pluridisciplinaire et de la CDAPH et favoriser l'appropriation des bonnes pratiques par ces acteurs de nature différente mais ayant à connaître des mêmes dossiers.

Le témoignage d'une MDPH peut être repris, comme un exemple parmi d'autres de cette dynamique institutionnelle : « *la rationalisation des méthodes de travail des instructeurs a été engagée, mettant en regard le volume des dossiers à traiter avec les contraintes matérielles et le temps de travail de chaque professionnel. Un groupe de travail spécifique composé de trois agents instructeurs et piloté par le chef du service droits et prestations s'est réuni durant un trimestre afin de réunir les éléments d'analyse. En juin 2010, a pu être finalisé un Guide de bonnes pratiques de l'instruction, permettant une organisation optimale du travail des instructeurs. L'efficacité de ce guide s'est traduite par une amélioration régulière des retards d'enregistrement, tant au niveau des demandes déposées que des dossiers à saisir en priorité* ».

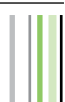
Une autre indique que « *grâce à l'optimisation des pratiques professionnelles, tant dans l'instruction que de l'évaluation, le nombre de demandes qui ont pu être présentées en CDAPH a crû considérablement* ».


Une autre enfin témoigne de « *l'intérêt de certains membres à être davantage associés aux travaux de fond menés au sein de la MDPH sur la doctrine et sur des sujets de fond comme, par exemple, le travail sur l'AAH en liaison avec le concept d'employabilité des personnes handicapées* ».

Parmi les difficultés rencontrées, avec quelquefois des critiques émises, on trouve :

- le formulaire officiel qui favoriserait les demandes multiples de façon excessive, sans rapport avec les réels besoins de l'utilisateur,
- la mauvaise qualité de certains certificats médicaux, souvent incomplets, peu précis, ou « *comportant quelquefois des appréciations discutables* »,
- le nombre de dossiers réellement ouverts et étudiés en commission, considéré comme étant beaucoup trop faible.

Sur ce dernier sujet, on remarque que les départements n'ont pas fait le choix, comme on avait pu le penser en 2006, de tenir des réunions de **commission par territoire infradépartemental**, à l'exception de deux ou trois d'entre eux. On peut le regretter d'autant plus, qu'aujourd'hui, le concept de territorialisation de l'action sociale est de plus en plus utilisé dans l'organisation des politiques sociales.





En contradiction avec cette remarque, on notera que certaines séances de la CDAPH sont tenues hors les murs dans des établissements médico-sociaux, permettant ainsi d'informer, voire de former les membres de la commission sur les réponses médico-sociales données par ces structures aux besoins des personnes qui y sont admises.

Il n'est pas possible de terminer ce chapitre sans donner d'indications sur **les délais de traitement** des demandes, en application de l'article R 241-33 du CASF qui indique que « *le silence gardé pendant plus de quatre mois par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées à partir du dépôt de la demande mentionné à l'article R 146-25 auprès de la maison départementale des personnes handicapées vaut décision de rejet* ».

Avant la mise en place d'un système d'information unifié dans le cadre du SipaPH, seules les statistiques transmises par les départements chaque trimestre à la CNSA permettent d'apprécier ces délais. Ceux-ci sont en effet très peu traités dans les différents rapports annuels.

De fait, ils apparaissent encore longs dans certains départements, au-delà de la période légale ; c'est souvent le cas de la prestation de compensation du handicap qui demande le plus long temps de traitement.

1.7. La prestation de compensation du handicap

Comme on vient de l'indiquer, en l'absence du système d'information national, les résultats présentés ci-dessous sont issus de l'enquête mensuelle effectuée auprès des MDPH par la CNSA pour suivre la montée en charge de cette nouvelle prestation mise en place avec la réforme en 2006.

1.7.1. La progression des demandes de PCH ralentit, mais elle reste toujours très soutenue

Alors qu'elles avaient augmenté de 43 % entre 2009 et 2008, les demandes de prestation de compensation augmentent de près de 30 % en 2010. L'analyse des premiers mois de 2011 montre que la tendance reste à la hausse : plus 24,1 % de demandes entre le premier semestre 2011 et le second semestre 2010. Si la croissance se ralentit, elle reste toujours très soutenue.

Il faut relativiser cette progression, car le nombre de premières demandes ne représente plus en 2010 que 74 % des demandes déposées, les renouvellements dépassant maintenant le quart des demandes.

- Depuis le 1^{er} avril 2008, à la place des compléments d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), les enfants peuvent être attributaires de la prestation de compensation, en plus des éléments dont ils pouvaient déjà bénéficier (aménagement de logement, de véhicule et surcoûts liés aux frais de transport). À ce titre, ils ont droit au financement d'aides humaines, d'aides techniques, de charges spécifiques et exceptionnelles, et animalières. Cette nouvelle possibilité d'aides a fait apparaître de nouvelles demandes de prestation de compensation, avec un impact important sur l'activité des MDPH. Les demandes relatives aux mineurs continuent de progresser, mais plus modérément : en 2010, elles représentaient 10,9 % de l'ensemble des demandes de prestation de compensation ; elles comptent pour 11,4 % du total au cours du premier semestre 2011.

En moyenne, chaque mois de 2010, 15 500 demandes de prestation de compensation ont été déposées dans les MDPH. Au cours du premier semestre 2011 elles sont près de 19 000.

Cette hausse des demandes de PCH implique un redimensionnement des équipes professionnelles pour l'accueil et l'information en premier lieu et pour l'évaluation et l'instruction des demandes

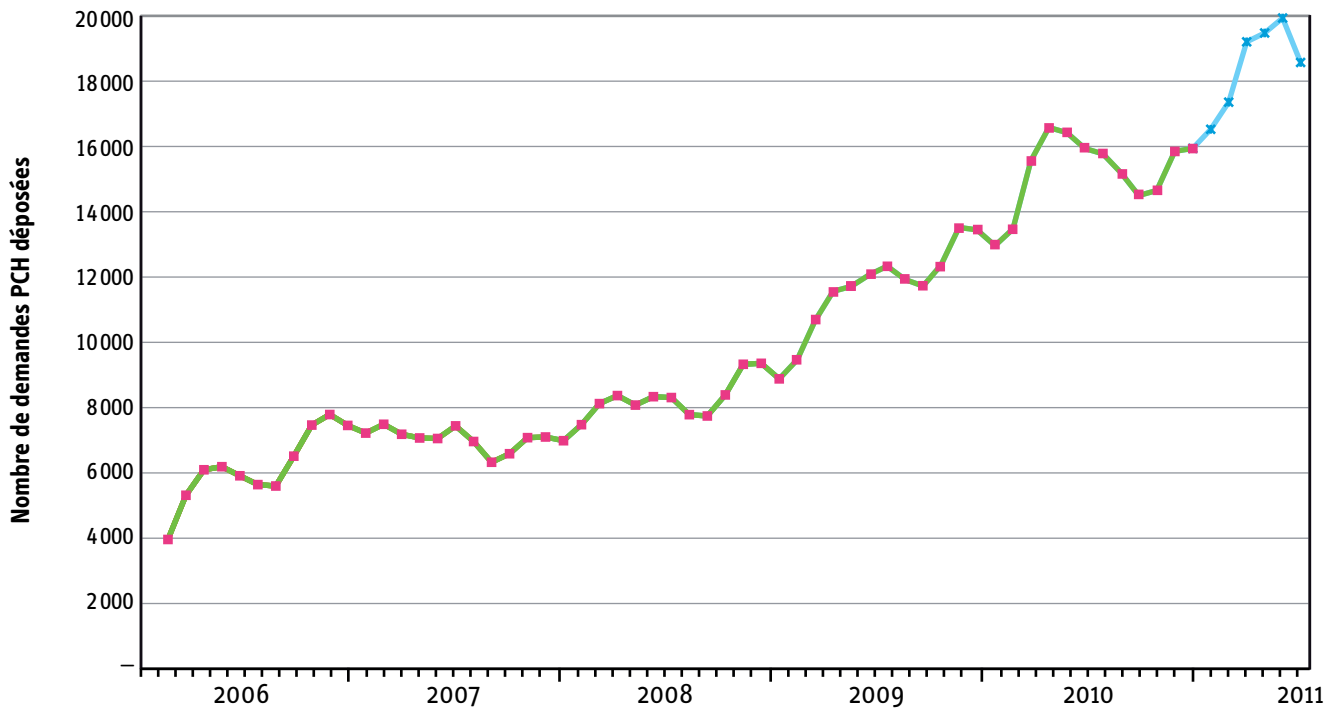
La prestation de compensation représente 6,8 % du total des demandes déposées auprès des MDPH en 2010. Cette part reste stable sur le premier semestre 2011 : 6,6 %.

Il est intéressant d'observer que l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) qui ne baissait pas au début de l'instauration de la PCH, ne représente aujourd'hui que moins de 1 % des demandes dans les MDPH (0,8 % en 2010 et, 0,6 % sur les premiers mois de 2011).



Si la mutation entre l'ACTP et la PCH ne se produit que très progressivement, c'est que, comme le montre une étude réalisée par la DREES¹¹ et cofinancée par la CNSA, les publics de l'ACTP et la PCH n'ont pas les mêmes besoins ni les mêmes caractéristiques. Il apparaît ainsi que les déficiences permettent non seulement d'orienter le choix pour l'une ou l'autre prestation, mais surtout que les allocataires de l'ACTP qui ont opté pour la PCH ont des besoins relativement élevés aussi bien en aides humaines qu'en aides matérielles. L'observation des premières années est ainsi confirmée : la loi nouvelle a révélé des besoins peu connus et parmi les plus lourds. Cette observation, qui a étonné certains acteurs qui pourtant travaillaient depuis longtemps dans ce champ social, mériterait une étude qualitative approfondie.

Évolution mensuelle lissée des demandes PCH 2006 - 1^{er} semestre 2011 - Estimation France entière



Source : Questionnaire mensuel.

1.7.2. Les décisions de prestation de compensation : avec 15 000 décisions par mois, une augmentation annuelle de l'activité de 27,3 %

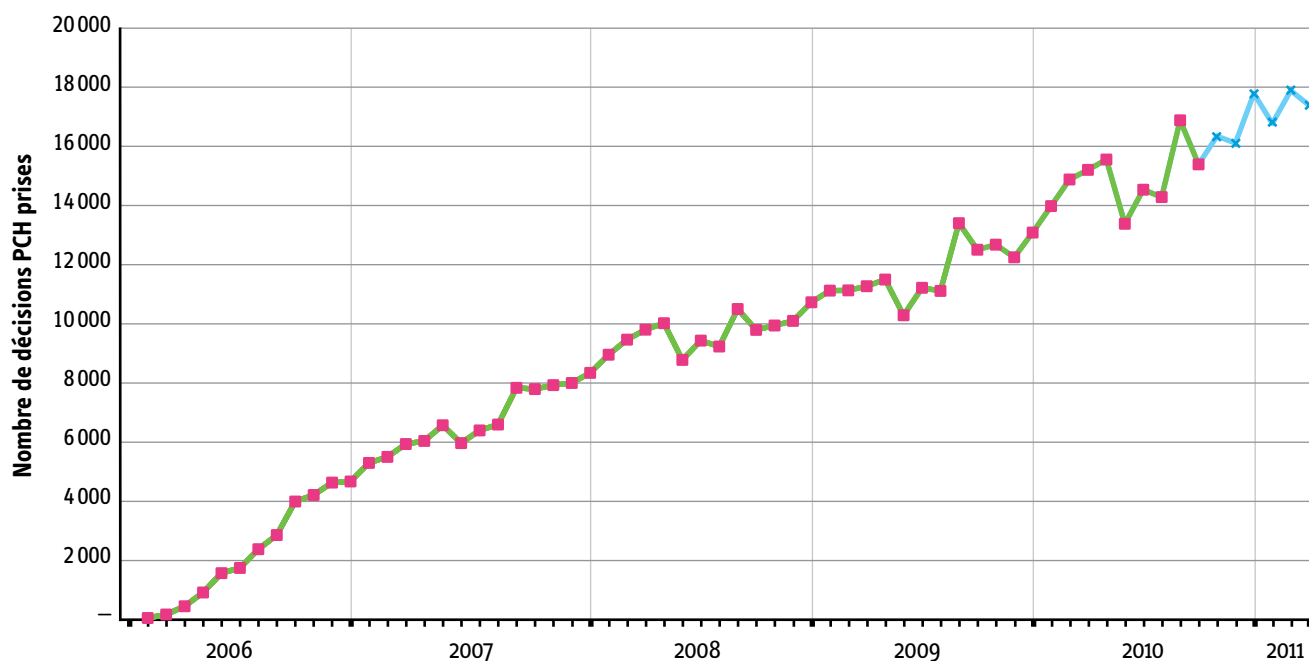
Le nombre de décisions de PCH continue d'augmenter : près de 175 000 décisions ont été prises en 2010, contre 137 000 en 2009, soit une hausse annuelle de 27,3 %, supérieure donc à celle constatée l'année précédente où l'augmentation avait été de 22,3 %.

- En moyenne, au cours de chaque mois de l'année 2010, les CDAPH ont pris 14 600 décisions ; cette donnée mensuelle monte à 17 600 pour les premiers mois de 2011.
- L'entrée en vigueur de la PCH enfant se ressent dès le deuxième semestre 2008 en termes de décisions, leur nombre progresse, correspondant à 9,2 % du total des décisions PCH en 2010 et à 9,8 % au premier semestre 2011
- En 2010, 6,3 % des décisions prises par la CDAPH concernent la prestation de compensation et début 2011, elles comptent pour 6,7 %.

¹¹ « Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes », Études et Résultats n° 772 août 2011, DREES



Évolution mensuelle lissée des décisions PCH 2006-2011 - Estimation France entière

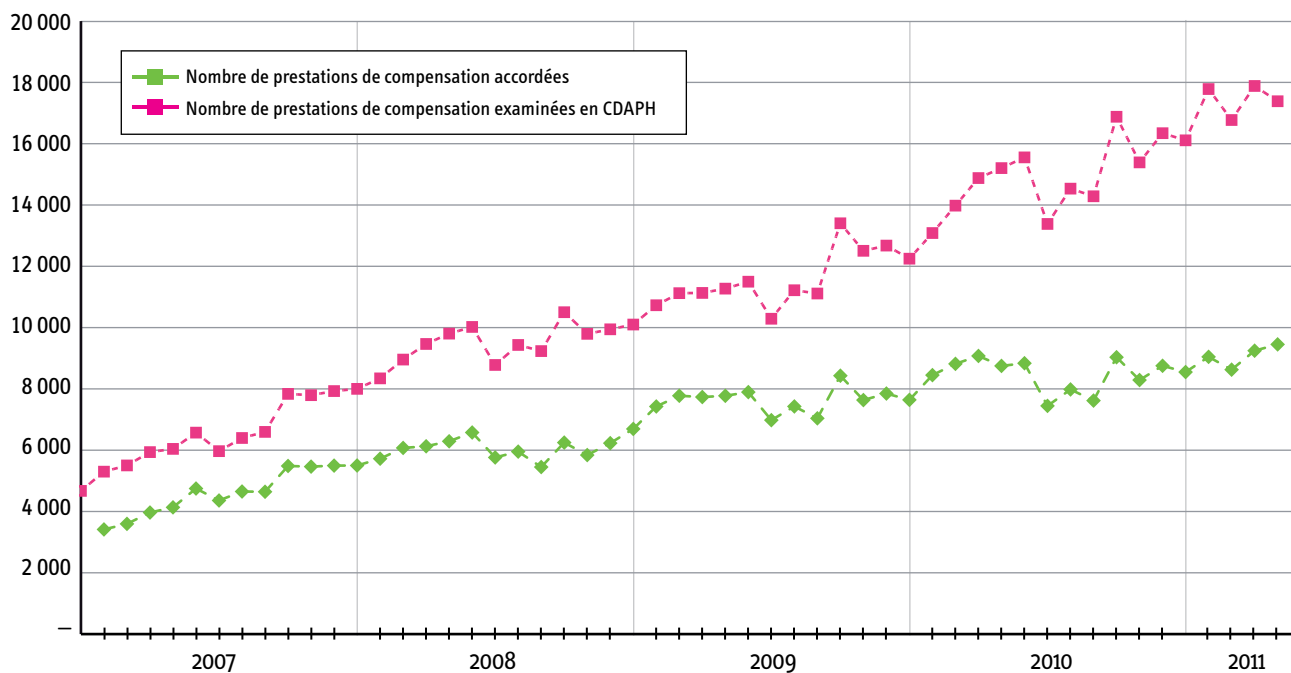


Source : Questionnaire mensuel.

1.7.3. Les prestations de compensation accordées : 2010, une année de rupture

100 400 accords de PCH ont été décidés par les CDAPH en 2010, ce qui correspond à 56,7 % des demandes déposées. Ce taux d'accords est en rupture totale avec les données des années précédentes, puisqu'il apparaît que le taux est en 2010 à la baisse et qu'il est le plus faible depuis 2007. Cette tendance à la baisse semble se confirmer au cours du premier semestre 2011 où 51,9 % des prestations de compensation examinées par les CDAPH auraient été attribuées.

Évolution mensuelle lissée des PCH accordées 2007-2011 - Estimation France entière



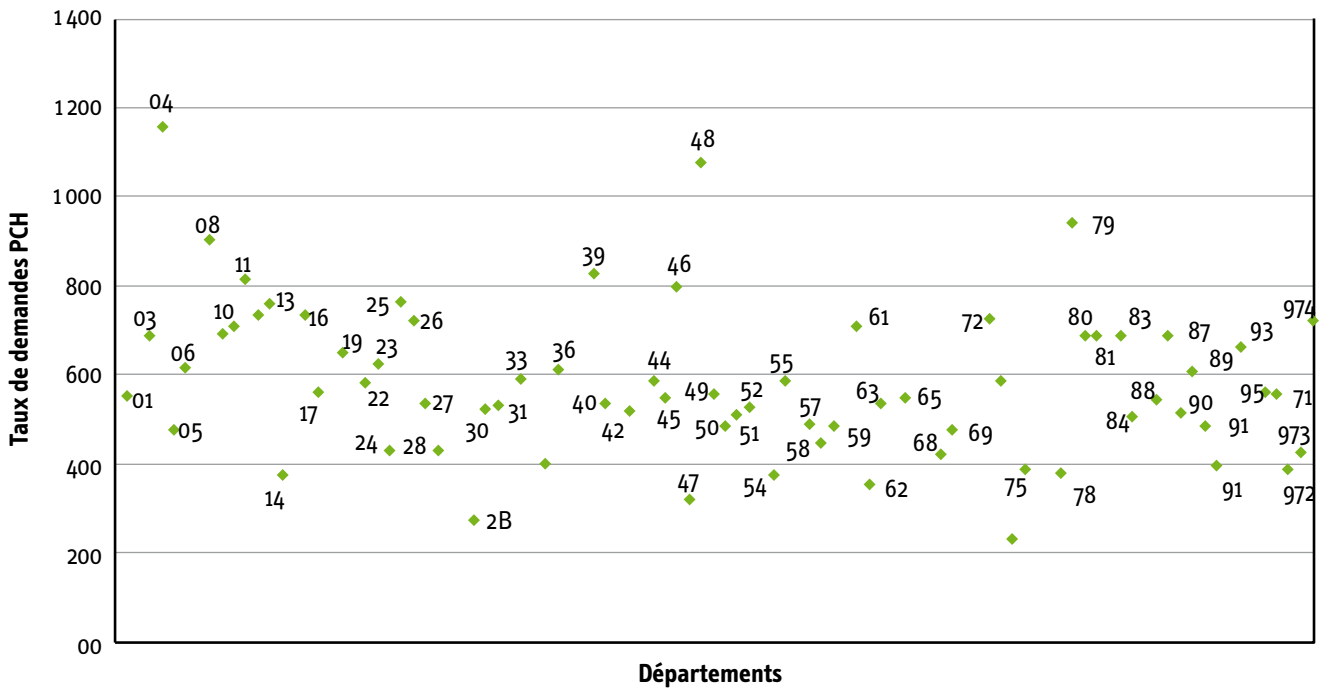
Source : Questionnaire mensuel.

1.7.4. Des disparités départementales importantes qui persistent

Le taux d'accords de PCH en moyenne nationale, comme l'évolution nationale lissée des demandes de ce type, masque des différences importantes entre départements.

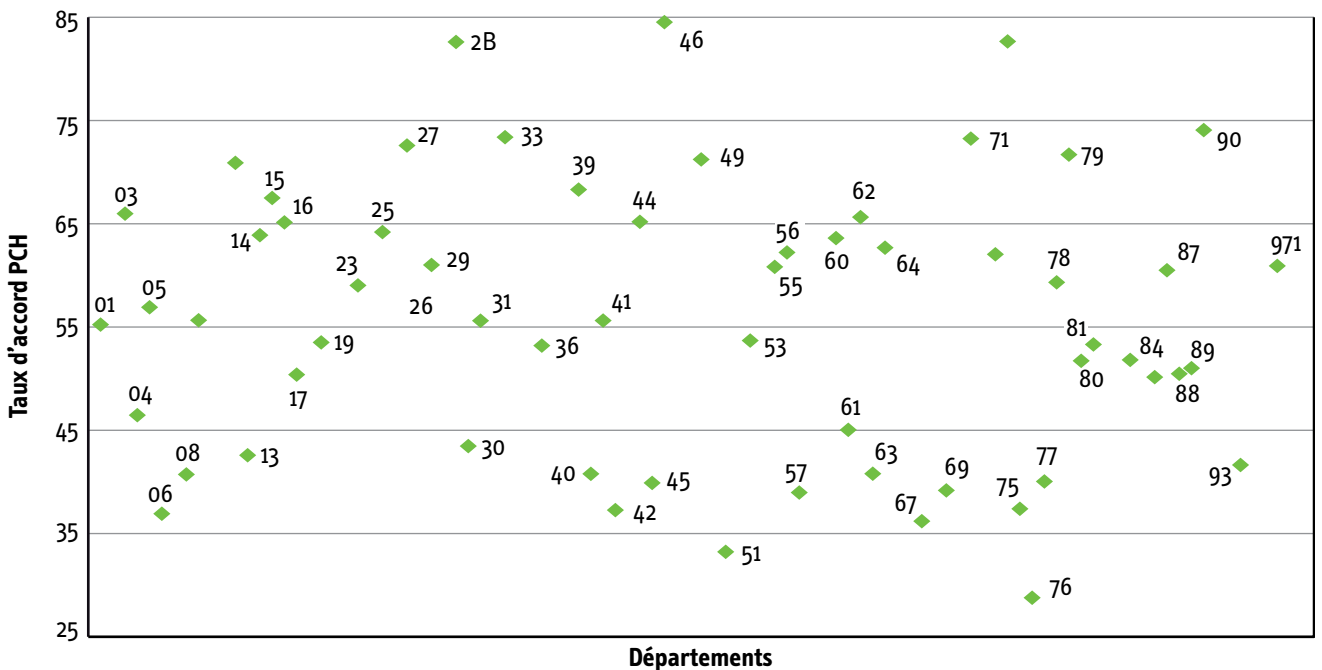
- Les demandes de prestations de compensation adressées aux MDPH rapportées à la population s'échelonnent entre 232 et 1160 demandes pour 1 000 habitants.
- Les taux d'accords varient entre 29 % et 85 % selon les départements. Les pratiques départementales (accueil et information des personnes et de leurs proches, orientation des demandes, travail de pré-tri, qualités des évaluations, politique des commissions) et la nature des demandes selon les différentes catégories de handicap et la situation sociale des personnes auraient des conséquences majeures sur les taux d'accords.

Le nombre de demandes de PCH varient entre 232 et 1160 pour 100 000 habitants
Échantillon : 73 MDPH



Source : Questionnaire mensuel - Année 2010.

Les taux d'accords varient entre 29 % et 85 % dans les départements
échantillon : 61 MDPH.



Source : Questionnaire mensuel - 1^{er} semestre 2011.

1.7.5. Les éléments de la prestation de compensation évoluent

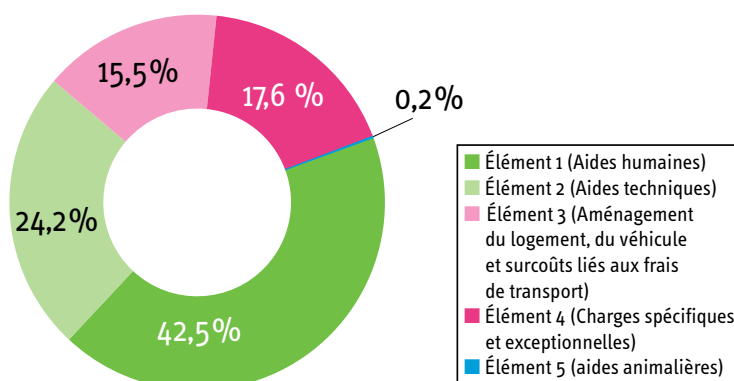
C'est d'abord le cas de la répartition des différents éléments de la PCH

Le graphique suivant illustre les tendances dans l'évolution de la structure de la PCH de 2007 à 2010,

Il montre tout d'abord que la part de l'aide humaine (élément n° 1) et celle de l'aménagement du logement, du véhicule et des surcoûts liés aux frais de transport (élément n° 3) sont en constante diminution. À l'inverse, la part occupée par les aides techniques (élément n° 2) et par les charges spécifiques et exceptionnelles (élément n° 4) progresse. Enfin, quelle que soit l'année, la part, très faible, des aides animalières (élément n° 5) reste stable.

S'agissant des observations plus récentes (premier semestre 2011), les aides humaines et les charges exceptionnelles et spécifiques progressent respectivement de 0,8 % et 0,7 % par rapport à 2010, les aménagements de logement, du véhicule et les surcoûts liés aux frais de transport diminuent quant à eux de 1,5 point.

Répartition des éléments de la PCH attribués - 1^{er} semestre 2011



Source: Échanges annuels départements/CNSA.

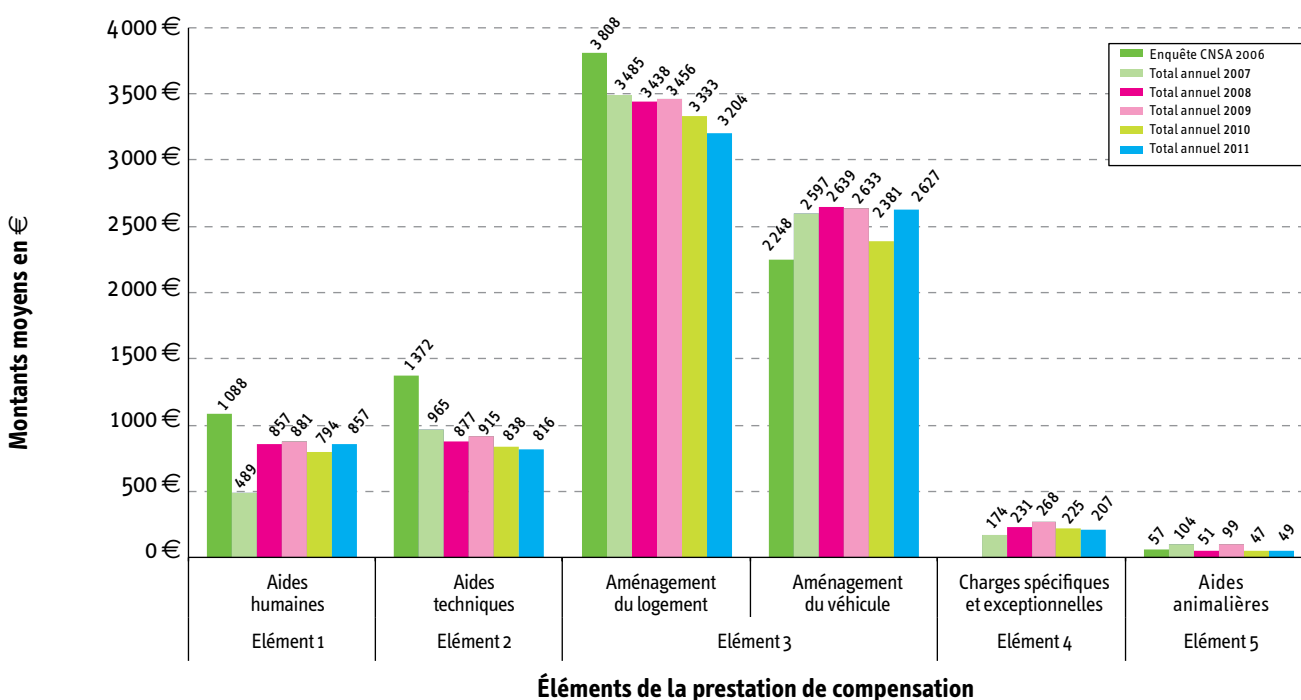
Les montants des éléments décidés par la CDAPH évoluent aussi

En 2010, tous les éléments de la prestation de compensation sont à la baisse par rapport à l'année précédente :

- En 2010, les montants attribués mensuellement pour les aides humaines sont en moyenne de 794 €, alors qu'ils étaient de 881 € en 2009.
- Ceux attribués, le plus souvent en seule une fois au titre des aides techniques sont de 838 €, pour 915 € l'année précédente.
- Les montants moyens d'un aménagement de logement et d'un aménagement de véhicule, eux aussi attribués en un seul versement, diminuent en 2010 et s'élèvent respectivement à 3 333 € et 2 381 €. Les frais de transport baissent très fortement puisqu'ils sont divisés par quatre (166 € en 2010 contre 593 € en 2009) ; on sait que s'agissant de dépenses répétitives ils ont été intégrés après de longs débats dans les forfaits des établissements, ceci pouvant expliquer cela
- L'élément n° 4, relatif aux charges spécifiques et exceptionnelles, voit également son montant moyen diminuer en 2010 à 225 € contre 268 € précédemment.

Mais les données relatives au premier semestre 2011 viendraient inverser cette tendance pour les aides humaines et l'aménagement du véhicule.

Évolution des montants moyens attribués par élément de la prestation de compensation



Source: Questionnaire mensuel.

Des travaux complémentaires seront poursuivis à partir de ces chiffres pour mieux comprendre les causes de ces évolutions, tant en moyenne nationale que pour les différences constatées entre les départements. Il conviendra d'analyser les caractéristiques de la population concernée, de distinguer les premières demandes des renouvellements, de tenir compte du maintien de l'ACTP. De façon plus qualitative, il faudra aussi apprécier les pratiques d'évaluation et l'organisation des processus de traitement des demandes, ainsi que les politiques des commissions selon les décisions positives prises et les montants accordés.

Ces analyses plus approfondies seront possibles dès que les données pertinentes seront transmises de manière automatisée **grâce au SipaPH, à partir de 2012 en année pleine.**

1.8. Le fonds départemental de compensation

Ce service reste l'un des plus difficiles à gérer dans le fonctionnement de la MDPH ; il est aussi l'un de ceux qui ont été le plus souvent traités dans les rapports annuels ; c'est le cas dans quatre départements sur cinq.

Compte tenu du peu de visibilité nationale qu'on pouvait avoir sur ce dispositif, de l'incertitude même de sa pérennité du fait de l'arrêt des financements de l'État à partir de 2009, des enquêtes particulières ont été réalisées par la CNSA.

Aussi, le chapitre présent est-il à la fois écrit à partir de l'analyse des rapports annuels et des indications recueillies lors de l'enquête spécifique menée début 2011 auprès des MDPH, ainsi que des éléments fournis par les maquettes budgétaires.

C'est d'ailleurs cette dernière analyse qui donne la meilleure visibilité sur la situation financière des fonds.

D'après ces données les dépenses totales des fonds se sont élevées à 21 714 202 € en 2010, et leurs recettes ont atteint 17 961 510 €¹².

On remarque aussi que la maison départementale reste le gestionnaire de ce fonds dans la très grande majorité des cas.

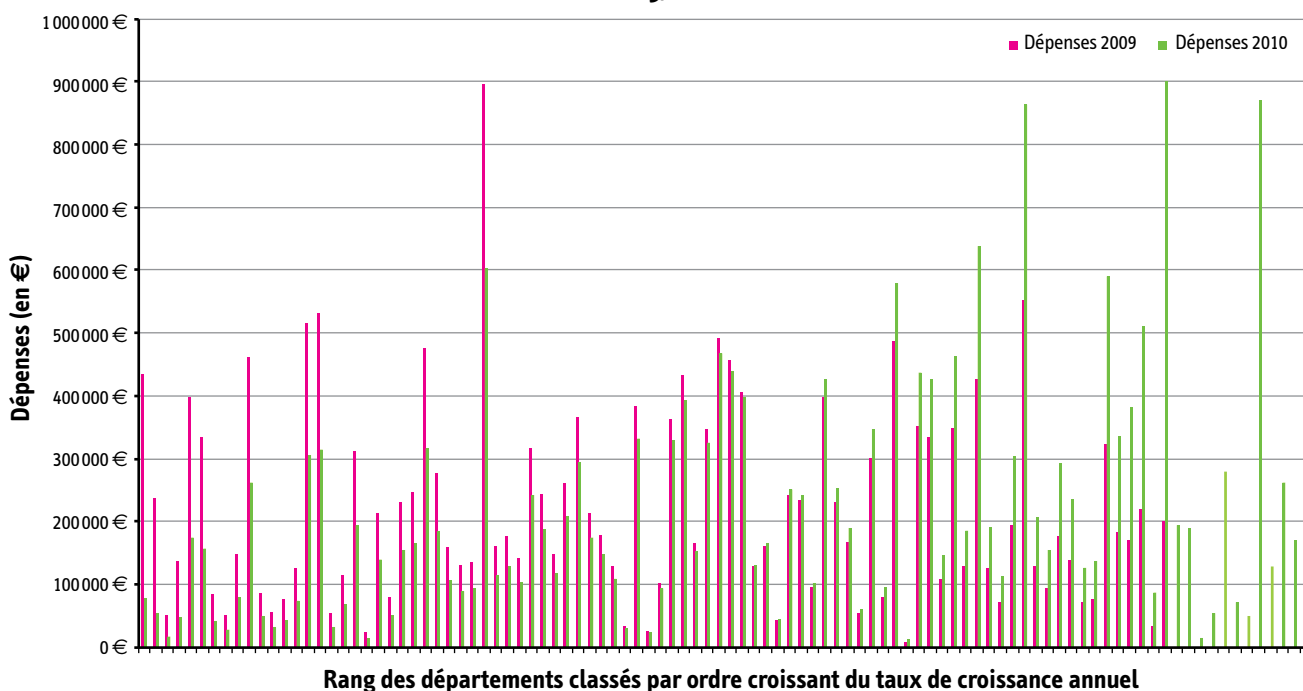
1.8.1. Les dépenses payées

Les dépenses payées au titre des fonds départementaux de compensation ont diminué dans 60 % des départements entre 2009 et 2010 (sur un échantillon significatif de 88 départements). À titre de comparaison, un tiers des fonds avait réduit les dépenses payées entre 2008 et 2009.

Dans ces départements, les dépenses de l'exercice 2010 ont plus que doublé dans 4 d'entre eux, elles ont chuté d'au moins 20 % dans 37 départements et ont été divisées au minimum par deux dans 7 autres.

Pourtant, les dépenses réalisées ont diminué en moyenne de 2 % entre 2010 et 2009. Les départements qui connaissent une augmentation des dépenses du fonds de compensation viennent presque compenser la baisse des autres départements.

Dépenses payées au titre du fonds de compensation par département - 2009/2010 -



Source: Maquettes budgétaires 2009 2010.

La dépense moyenne pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans varie de 115 € à 1 500 € selon les départements. Celle-ci est très dépendante de la situation de chaque fonds, mais aussi du règlement intérieur qui définit les modalités de participation. Chaque fonds départemental de compensation a son propre périmètre d'intervention (publics éligibles, nature des aides) et ses propres règles d'attribution (forfaits, montants plafonds, conditions de ressources...). C'est dire combien l'égalité de traitement ne peut se trouver dans ce dispositif créé complémentairement à la PCH, mais distribué de façon très aléatoire.

12 Hors reports des années antérieures

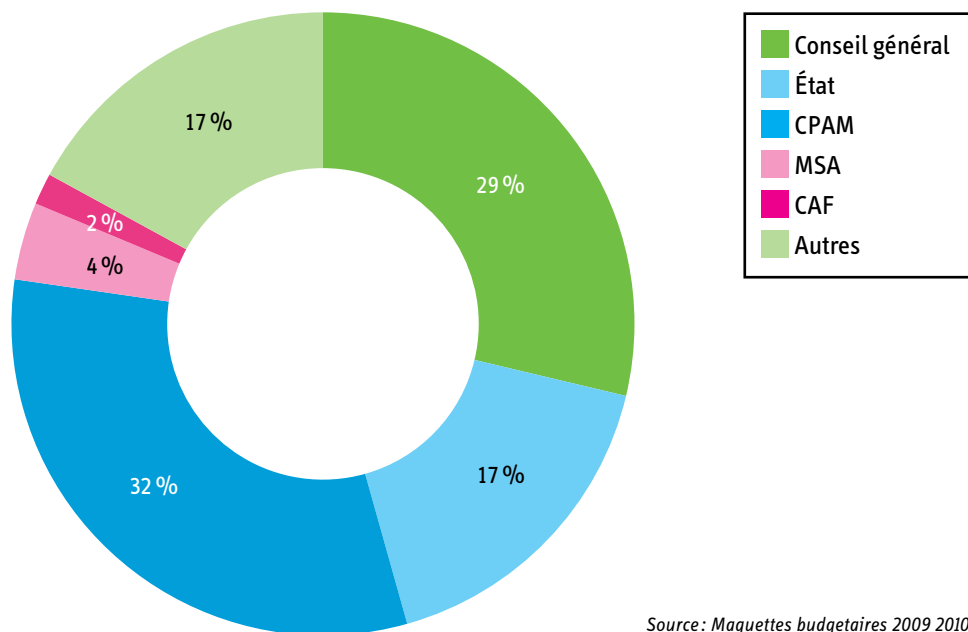
1.8.2. Les recettes

Soixante fonds départementaux de compensation ont perçu une contribution de la part des conseils généraux en 2010 et soixante-dix caisses primaires d'assurance maladie ont contribué au financement des interventions. Les caisses de Mutualité sociale agricole participent au fonctionnement de cinquante et un fonds, tandis que les caisses d'allocations familiales (CAF) interviennent dans dix-neuf départements ; par ailleurs on compte quarante-six fonds disposant d'aides financières de partenaires « autres », sans qu'ils soient explicitement identifiés dans les tableaux budgétaires. On apprend, à la lecture des rapports, qu'il s'agit à la fois de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), de l'Association nationale pour la gestion du fonds d'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH), des mutuelles, de certaines communes ou même de régions.

La sécurité sociale (CPAM et MSA) et les conseils généraux sont toujours, en 2010, les premiers contributeurs aux fonds, la part des CPAM devant celle des conseils généraux pour la première année.

On sait que, depuis 2008, l'État a interrompu ses versements qui lors de la création des fonds départementaux étaient de loin les plus importants. Pourtant, la participation de l'État apparaît non négligeable dans la répartition des contributions 2010 dans un certain nombre de départements car, par le jeu des écritures comptables, sont inscrits en recettes les excédents des crédits de l'État des années antérieures.

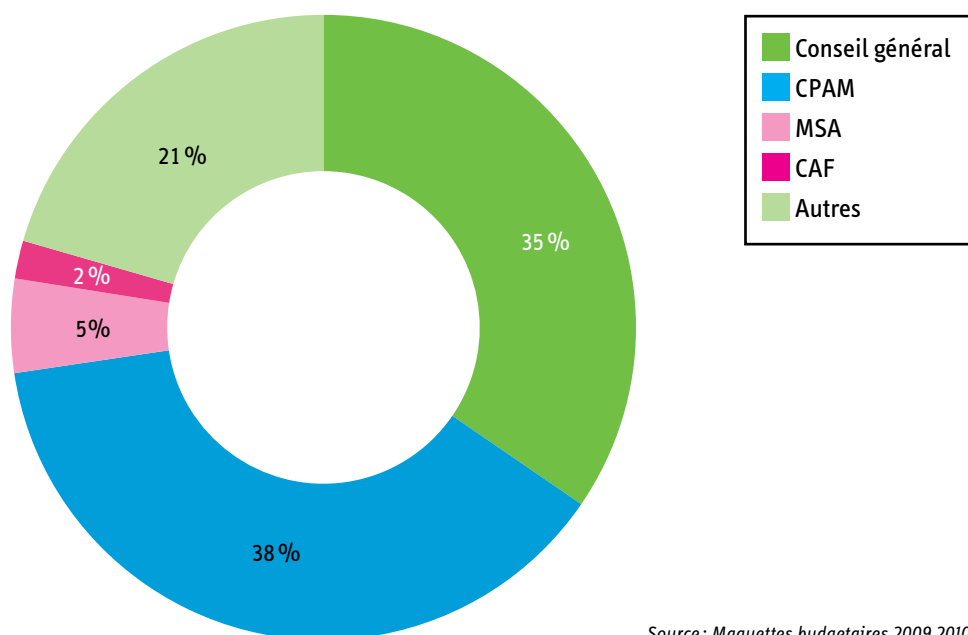
Répartition des participations 2010 déclarées des fonds départementaux de compensation par contributeur 99 FDC



Source : Maquettes budgétaires 2009 2010.

En retirant les participations de l'État, issues des reports historiques, la répartition illustrée ci-après montre les apports réels pour 2010 : 37 % du total des apports proviennent des CPAM et 35 % des conseils généraux. Les caisses de la MSA et les CAF contribuent respectivement pour 5 % et 2 %. La rubrique « Autres » demeure toutefois non négligeable, puisqu'elle atteint 21 % du total des recettes.

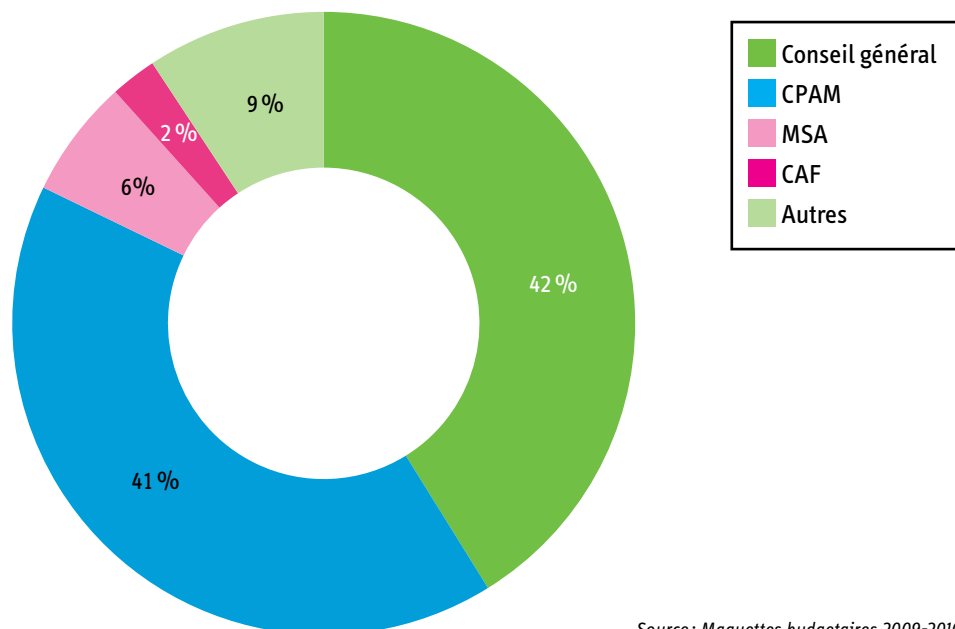
Apports 2010 aux fonds départementaux de compensation par contributeur 99 FDC



Source : Maquettes budgétaires 2009 2010.

Une particularité parmi les départements, ceux d'Ile-de-France qui bénéficient d'une participation importante du Conseil régional. Ils sont caractérisés en outre par une contribution des CPAM nettement plus importante que la moyenne nationale, égale à plus du double en moyenne de celle des autres départements. La répartition des apports hors départements d'Ile-de-France s'en trouve ainsi notablement modifiée, selon l'image ci-après.

Apports 2010 aux fonds départementaux de compensation par contributeur (Hors départements d'Ile-de-France) 91 FDC

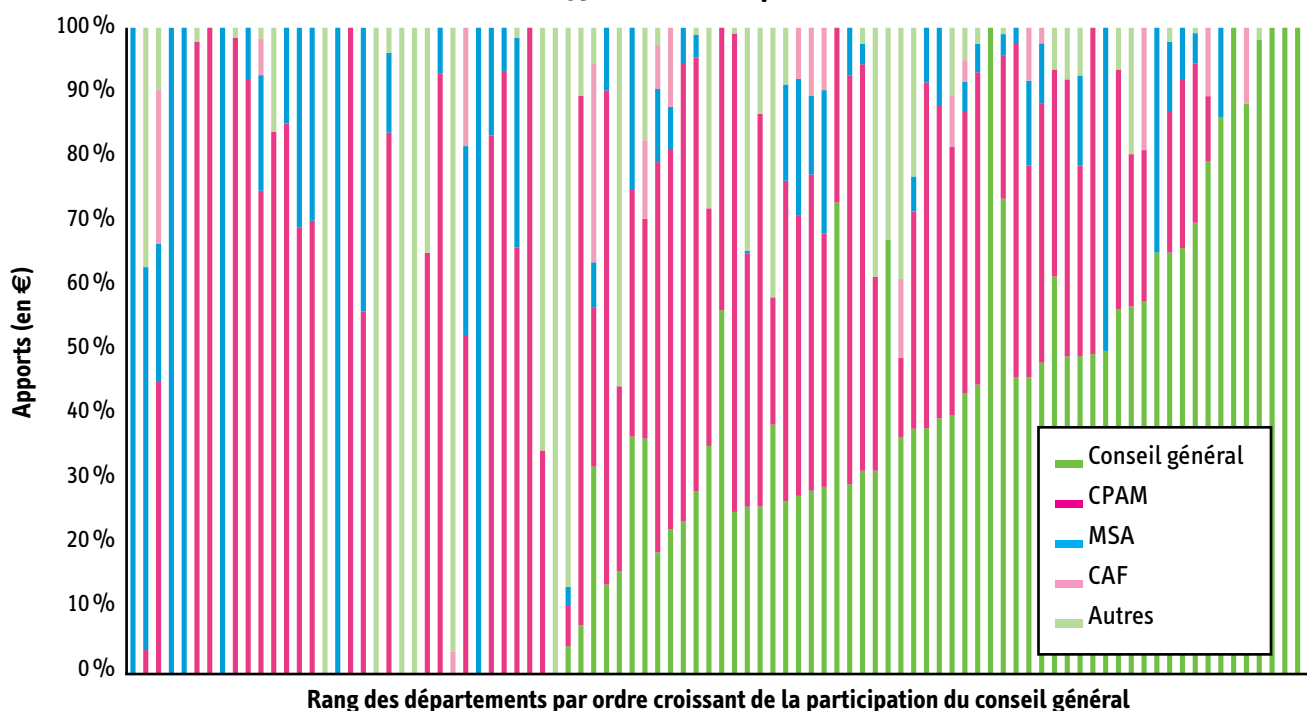


Source : Maquettes budgétaires 2009-2010.

Dans les départements – hors ceux d'Ile de France – la part des conseils généraux ajoutée à celle des CPAM constitue 83 % du total des apports 2010. Les autres partenaires jouent un rôle non négligeable égal à 9 %. Les MSA et CAF apportent respectivement 6 % et 2 %.

La répartition moyenne des apports masque des disparités départementales importantes du point de vue des montants, comme de celui de la structure des contributions, ainsi que l'illustre le graphique suivant.

Structure des apports 2010 aux fonds départementaux de compensation 93 fonds de compensation

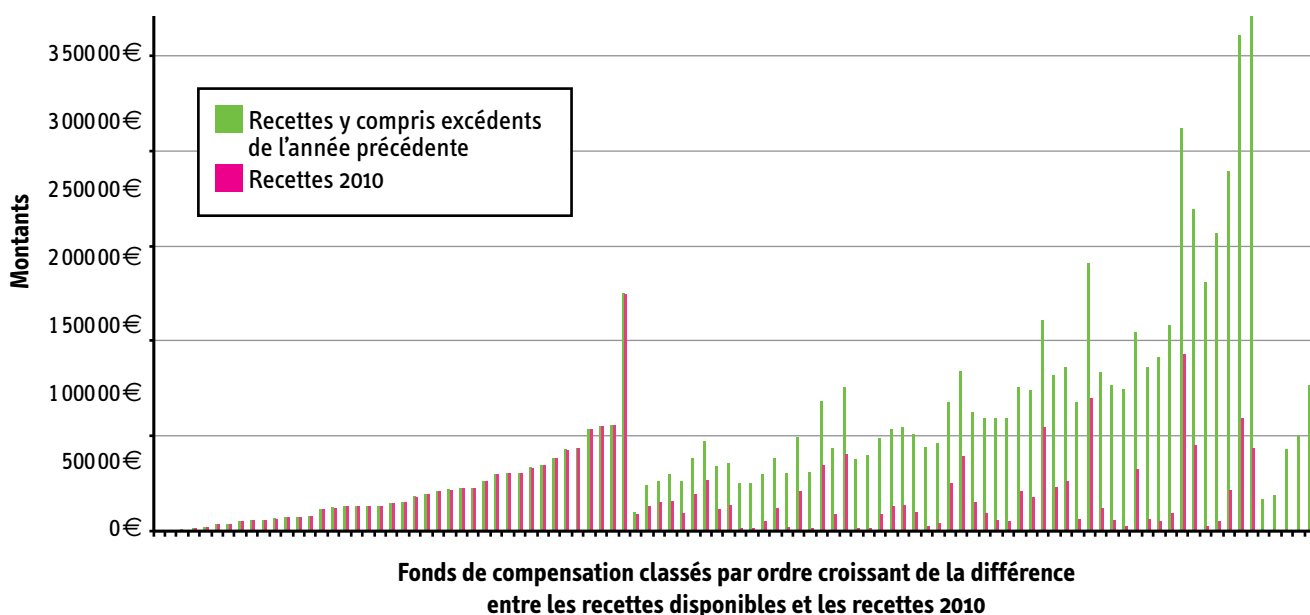


Source : Maquettes budgétaires 2009-2010.

Les montants perçus en 2010 sont sensiblement biaisés du fait des excédents des années antérieures et compte tenu des particularités de chaque département (taille du département, rôle et implantation du fonds départemental de compensation, mobilisation de partenaires financeurs, publics éligibles...).

Cinq départements n'ont perçu aucun apport en 2010, un département n'a perçu aucun apport en 2010 et ne dispose pas d'excédent et quarante et un départements ne disposent d'aucun excédent des années antérieures.

Recettes des fonds départementaux de compensation



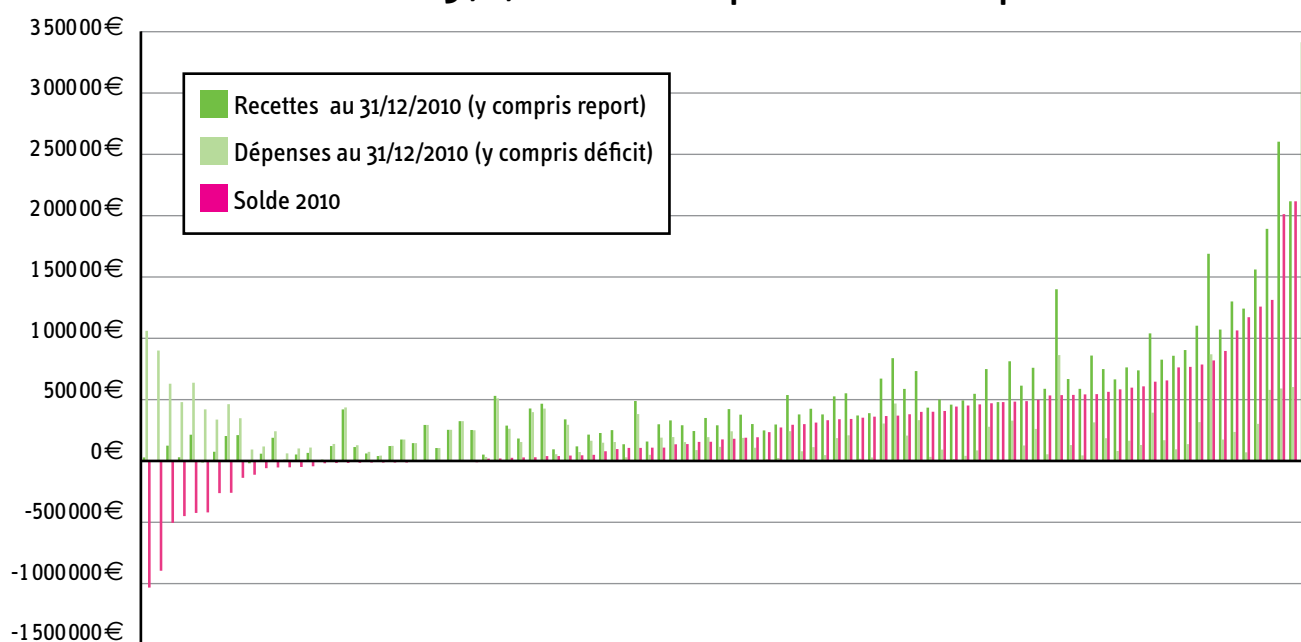
Source : Maquettes budgétaires 2009-2010.

1.8.3. La situation financière des fonds de compensation à fin 2010

Cette situation est très paradoxale car, malgré le désengagement massif de l'État, les fonds départementaux de compensation affichaient un solde positif égal à 28 995 663 € au 31 décembre 2010, Toutefois, cette situation globale masque une diversité importante de situations départementales et même si près des trois quarts des départements ont un solde positif à fin 2010, la pérennité n'est pas assurée pour tous en l'état actuel.

- Vingt-deux fonds départementaux affichent un solde négatif à fin 2010 et six ont un solde nul à fin 2010. Ces vingt-huit départements ont fonctionné en 2010 uniquement sur les recettes 2010 puisqu'ils ne disposaient à fin 2009 d'aucun report des années antérieures.
- Parmi les soixante-douze autres départements, le solde disponible à fin 2010 peut permettre à quarante-neuf d'entre eux de faire fonctionner leur fonds encore au moins un an, sans nouvelles recettes et si les dépenses de 2011 ne dépassent pas celles de 2010.

Solde au 31/12/2010 des fonds départementaux de compensation



Départements rangés par ordre croissant du solde à fin 2010

Source : Maquettes budgétaires 2009 2010.

1.8.4. Les procédures et pratiques observées dans la gestion des fonds

La question de l'organisation est première, car elle impacte les soldes affichés dans les finances des fonds départementaux. Celui-ci peut être organisé :

- avec une caisse pivot composée uniquement des contributeurs : le comité de gestion étudie les dossiers selon un règlement intérieur et décide des projets à financer, indépendamment de la source de financement. Ce type de fonds est donc complètement mutualisé.
- avec une caisse pivot mixte : les contributeurs ayant chacun ses règles propres d'attribution de subvention individuelle.
- avec les seuls financeurs : chaque financeur intervenant avec ses propres critères d'intervention étudiée, au cas par cas, sa participation pour chaque demande relevant de son public.
- de façon mixte, dans un système combinant les contributeurs et les financeurs qui interviennent selon des critères propres ou de clientèle ; les fonds sont alors mutualisés entre certains contributeurs, puis il est recherché des financements supplémentaires, dossier par dossier, cette pratique allongeant d'autant les délais...



Il est quelquefois difficile de comprendre le fonctionnement du fonds dans certains départements car, outre des procédures extrêmement variables, le vocabulaire utilisé lui-même varie; on parle ainsi: de « membres contributeurs », de « membres associés », de « co-financeurs », de « partenaires » de façon indifférenciée, de simples « financeurs », sans autre précision.

Les comités de gestion se réunissent régulièrement, sans considération a priori du nombre de dossiers, en général une fois par mois. Certains gestionnaires du dispositif à la MDPH sont chargés de rechercher, en plus des contributions du fonds départemental, des financements supplémentaires, ce qui constitue une sorte de « fonds de compensation au carré », un travail sans fin... et probablement très long, voire épuisant tant pour les usagers que pour les professionnels eux-mêmes.

Compte tenu de la situation financière, avec le désengagement de l'État et par réaction, le retrait d'autres contributeurs, un grand nombre de départements ont choisi de **restreindre les critères d'accès** au fonds de compensation pour diminuer les dépenses. Ils ont pu aussi revoir le circuit des demandes; ainsi dans certains départements, le fonds vient après les autres aides extralégales, ce qui est pour le moins anormal.

En effet, si le fonds départemental a un financement aléatoire et des règles différentes d'un département à l'autre, ce dispositif ressort de l'obligation légale qui le rend mobilisable aussitôt après la prestation de compensation.

Illustration d'un vrai malaise, des remarques semblables à celle-ci sont faites par plusieurs MDPH: « *L'annonce faite aux professionnels de terrain que le budget du fonds s'amenuise, a pour conséquence de limiter, voire de supprimer les demandes, celles-ci ne pouvant plus être correctement comptabilisées pour apprécier les réels besoins* ».

L'indispensable équilibre financier du dispositif et la non-visibilité des financements a souvent conduit les maisons départementales à une révision des critères d'intervention dans les règlements intérieurs des fonds départementaux, déjà disparates d'un département à l'autre. Toutes se posent la question suivante: « *comment gérer des demandes arrivant régulièrement, alors qu'on ne connaît pas l'enveloppe annuelle dont on disposera?* ».

Les départements ont aussi du modifier les règles d'attribution par:

- la baisse des plafonds,
- l'augmentation du ticket modérateur sur les forfaits,
- la modification des conditions de ressources, par exemple en tenant compte des capitaux placés,
- la définition d'un nouveau périmètre du fonds: public éligible revu, par exemple en limitant l'accès aux seuls bénéficiaires de la PCH,
- la révision des circuits de demandes: le fonds n'intervenant qu'en dernier recours après les autres financements extra-légaux.

Des exemples de modification du règlement intérieur peuvent ici être donnés:

- une régulation comptable par plafonnement du montant à engager par séance (par exemple: 15 000 € par réunion),
- la sollicitation d'un maximum de co-financeurs, le tour de table pouvant d'ailleurs prendre quelque temps...
- la présentation possible des dossiers une seule fois devant le comité de gestion,
- l'introduction, dans la notification de décision, d'une date limite de validité, au-delà de laquelle les aides octroyées sont annulées.
- la fixation d'un montant minimal pour déclencher l'intervention du fonds en fonction du reste à financer après déduction des aides légales: par exemple, à partir d'un reste à charge de 300 € pour les aides techniques ou de 500 € pour les travaux liés à l'habitat.
- des interventions du fonds départemental plafonnées en fonction de la nature du projet; par exemple dans le cas de prothèses auditives: 1000 € maximums par prothèse pour les personnes de moins de 60 ans et 200 € par prothèse au-delà de 60 ans ou dans celui du matériel « basse vision »: 500 € pour les personnes de 60 ans.

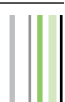
Telle MDPH établit une priorité dans ses financements; c'est souvent le cas des aides auditives (entre le tiers et 70 % du total des aides allouées selon les départements).

Dans telle autre, ce sont les surcoûts liés aux frais de transport qui seront financés.

Toutefois, ce sont les aides techniques et les aides à l'habitat qui apparaissent très majoritairement prioritaires, avant les aménagements de véhicule ou d'autres aides moins conventionnelles.

Les fauteuils roulants électriques et les transformations de salle de bains sont également mentionnés.

On trouvera une conséquence vertueuse de cette plus grande rigueur financière dans la pratique, qui se généralise, de demander systématiquement un devis supplémentaire, lorsque le premier apparaît trop élevé.



La dépense moyenne par dossier est très variable d'un département à l'autre. Liée au règlement intérieur, elle varie fortement selon les aides concernées : les aides techniques coûtent moins cher au fonds que les aménagements de logement, qui eux-mêmes coûtent moins que les transformations de véhicule.

L'intervention du fonds oscille entre 16 % et 75 % du coût total des projets. Les restes à charge sont ainsi très différents selon les départements, allant de 14 à 31 % de la dépense.

On notera que l'appréciation par les valeurs moyennes des dépenses (montants moyens versés par type d'aide, restes à charge...) n'est pas significative et qu'elle ne permet pas de comprendre la situation très éclatée de ce dispositif, tant la variété des situations départementales est importante.

Pour comprendre l'état actuel du dispositif, il faut également savoir qu'il existe un décalage, dans le temps et dans les aides effectives, entre les dépenses engagées et les dépenses mandatées, les dépenses engagées étant supérieures aux dépenses mandatées et toutes les dépenses engagées n'étant pas toujours entièrement versées.

1.8.5. Quelques données détaillées sur les aides techniques

Bien que seules une vingtaine de MDPH aient fait figurer dans leur rapport d'activité des données détaillées sur les montants versés en matière d'aides techniques, il est possible de faire un focus sur celles-ci, puisqu'elles sont particulièrement touchées par l'actuelle situation des fonds.

Les chiffres des montants moyens versés par type d'aide, avec les restes à charge, ne sont pas, on l'a déjà dit, statistiquement représentatifs et ils masquent des situations départementales très diverses.

Le coût moyen d'aides techniques cache en outre des différences importantes entre les matériels très coûteux, pouvant atteindre par exemple 16 000 € pour un fauteuil électrique et quelquefois autant pour des aides techniques courantes.

On observe aussi une grande variabilité dans le temps des coûts moyens des demandes présentées aux fonds ; quelques exemples peuvent être repris :

- Dans un département du Midi, ce coût moyen a plus que doublé entre 2008 et 2010.
- Dans un autre du nord de la Loire, c'est le coût moyen des dossiers de fauteuils qui a augmenté de 64 % en un an, alors que celui des audioprothèses a diminué de 42 %.
- Entre les départements, le montant moyen le plus faible est d'environ 200 €, le plus élevé de 4 700 €, soit un rapport de 1 à 23... Pour les prothèses auditives, ces montants vont du simple au double entre 500 et 1 000 € et du simple au triple pour les fauteuils roulants électriques de 1 100 à 3 900 €.
- Le montant moyen des projets financés par les fonds de compensation peut varier significativement dans le temps en fonction de la nature des aides techniques sollicitées (ex. : demandes ou renouvellements de fauteuils très onéreux), avec des hausses de l'ordre de 25 % à 45 % d'une année sur l'autre.
- D'autres MDPH signalent au contraire une baisse significative des montants accordés, pour des raisons budgétaires, mais sans que cela apparaisse de manière suffisamment chiffrée dans les rapports d'activité.
- Les fourchettes de dépenses peuvent être larges pour un même fonds de compensation, par exemple de l'ordre de 200 € pour une aide technique peu coûteuse à plus de 30 000 € pour une aide technique très sophistiquée.

Le montant des restes à charge des aides techniques varie selon la nature des matériels. **Les restes à charge les plus lourds concernent principalement les audioprothèses**, ainsi que certains moyens de communication très récents ou bien encore des appareils de verticalisation.

Toutefois, dans ce sombre panorama lié aux difficultés financières rencontrées du fait du désengagement des financements de l'État et d'autres financeurs, tous les départements soulignent **l'intérêt de ce dispositif complémentaire à la prestation principale** et ils demandent qu'il soit pérennisé par des textes contraignants qui assurent des financements obligatoires. C'est donc après les associations que cette revendication est maintenant présentée par les acteurs départementaux eux-mêmes.

Aussi apparaît-il indispensable de savoir quelle politique sera appliquée en 2012 pour ce dispositif qui pourrait plutôt être appelé « fonds départemental complémentaire à la prestation de compensation du handicap ».

2. La volonté d'offrir un service personnalisé de meilleure qualité

Après les travaux d'organisation tant immobiliers que dans la constitution des équipes professionnelles, le souci de qualité est aujourd'hui présent dans les préoccupations des directeurs comme chez les autres responsables départementaux ; les rapports annuels donnent maints exemples de ces préoccupations de la qualité des services rendus à une population particulièrement inquiète et fragile.

C'est d'abord le cas de l'accueil, qui, dès la création des maisons départementales, apparaissait comme le premier service à structurer.

2.1. L'accueil

Même si peu de rapports en parlent de façon détaillée, on sait qu'aujourd'hui la majorité des maisons départementales sont installées dans **des locaux de qualité** correspondant à ce qui est attendu de leurs nouvelles missions. On peut à cet égard saluer les efforts faits par les assemblées départementales dans ce but, alors que les questions immobilières ne sont pas des dossiers simples.

L'effet de traitement de masse est très sensible à la lecture des rapports. Si on considère le nombre de personnes qui se présentent à la MDPH c'est ce qui apparaît majeur. Mais si le nombre des personnes reçues croît toujours, le souci d'humanité dans l'accueil est très souvent mentionné, chaque personne accueillie demandant en général plus des deux minutes d'écoute qui avaient été initialement évoquées quand on étudiait la mise en place du nouveau dispositif...

L'effort de formation des personnels d'accueil est souligné, les MDPH souhaitant disposer à l'accueil de véritables professionnels dont la fonction dépasse la simple orientation et les simples renseignements administratifs de base.

On peut donc dire que cette fonction a été complètement prise en compte par les responsables départementaux ; on se rappelle qu'elle avait été placée en première place des préoccupations des associations, lorsque la CNSA avait mené les travaux de concertation, dès le second semestre de 2005, pour préparer l'ouverture des MDPH au 1^{er} janvier 2006.

Dans beaucoup de départements, l'accueil est organisé de façon adaptée aux demandes présentées, avec un premier niveau à la banque d'accueil, ouverte dès la porte d'entrée et un deuxième niveau avec des bureaux prévus pour un entretien personnalisé, cet entretien pouvant être programmé sur rendez-vous.

Dès ce moment-là, l'articulation est prévue avec le service instructeur, faisant de **l'accueil le premier lieu du traitement de la demande**.

Bien qu'autonome dans son organisation, l'accueil est souvent considéré comme une des vitrines des services départementaux ; les publications des conseils généraux présentent souvent l'image de l'accueil de la MDPH comme illustration de leurs missions de solidarité et d'action sociale au sens large.

Cette préoccupation fait de la MDPH un lieu qui, au-delà d'un seul guichet spécialisé, est reconnu par le grand public comme étant un véritable « groupement de ressources ». Ce public est en effet des plus variés pouvant présenter les demandes les plus diverses, concernant à la fois le logement et l'accessibilité de façon générale, autant que les questions de compensation du handicap. La maison départementale tend ainsi à devenir la « maison commune » que beaucoup d'acteurs appelaient de leurs vœux lors de la discussion de la loi de 2005 ; ce succès présentant évidemment le risque que toutes les demandes présentées ne puissent pas trouver une solution immédiatement...

Parmi les nouveaux progrès on peut citer la création d'un secteur de documentation installé dans cet espace d'accueil, permettant aux personnes qui passent de recueillir des informations qu'elles n'auraient pas nécessairement pu obtenir à l'appui de leur stricte demande.

L'accueil physique n'est pas la seule manière de contacter la MDPH. Les modalités d'accueil et d'information se multiplient : site Internet ou courriels pour lesquels un engagement de qualité est pris par la MDPH, avec une réponse prévue dans les 48 heures.

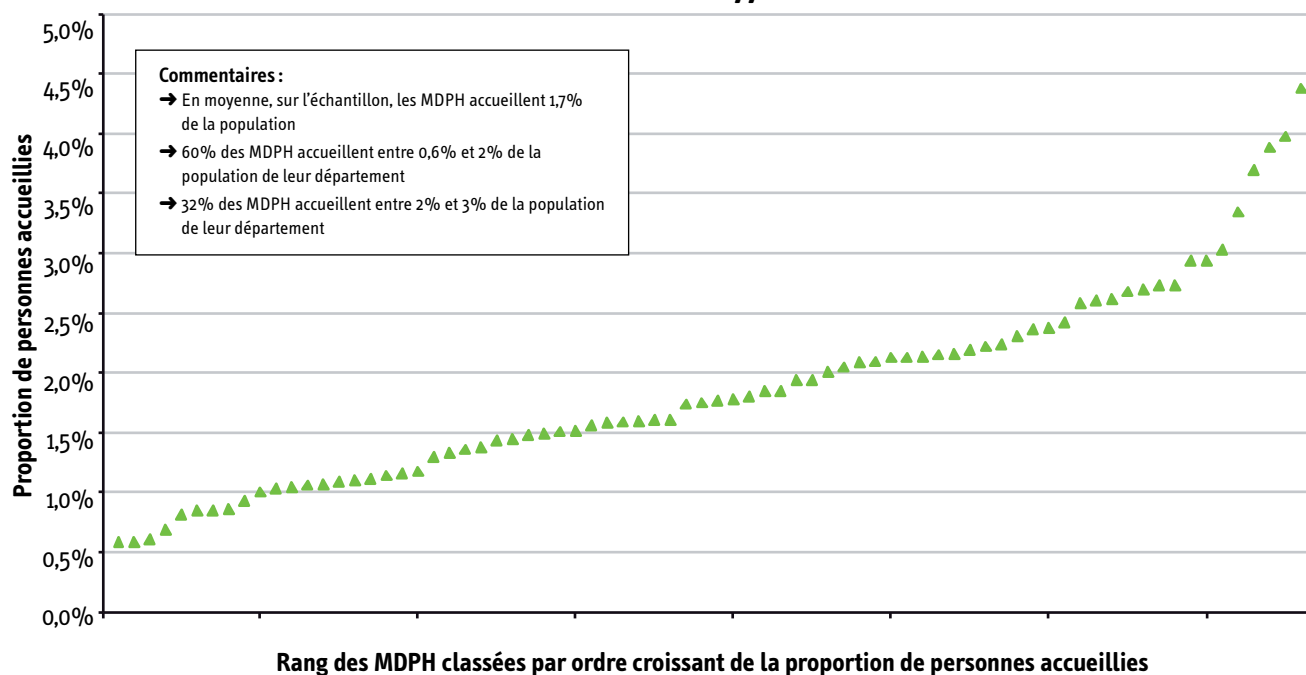
De la même manière, les appels téléphoniques – qui étaient considérés comme scandaleusement déficients dans l'ancien dispositif – semblent mieux organisés, avec la mise en place de logiciels pouvant comptabiliser le nombre

d'appels décrochés en un temps convenable et ceux qui ne le sont pas. Alors que le numéro vert légalement obligatoire avait été peu mis en place dès 2006, il y a maintenant des départements qui l'ont repris, avec des réponses plus détaillées que les seuls renseignements de base relatifs à l'adresse et aux heures d'ouverture du service.

Quelques observations locales

- L'augmentation des courriers reçus des usagers.
- La majorité des appels téléphoniques concerne des demandes d'information sur l'état du dossier.
- Si la première préoccupation des MDPH est de réduire les temps d'attente au téléphone et de fournir les informations les plus fiables, certaines souhaitent la création d'un centre d'appels national.
- L'organisation de l'accueil physique est réalisée avec des agents assurant également les réponses aux appels téléphoniques et pouvant être appelés à traiter l'instruction des demandes. Cette polyvalence des emplois est à la fois utile pour la permanence du service public et bénéfique pour le dynamisme des équipes.
- La polyvalence s'étend aujourd'hui aux publics reçus, personnes handicapées et personnes âgées ; cette évolution existe évidemment dans les trois départements qui expérimentent officiellement une « maison départementale de l'autonomie », expériences suivies et soutenues par la CNSA dans le Cantal, en Corrèze et en Côte d'Or, mais qui se rencontre aussi dans une quinzaine d'autres départements ayant d'ores et déjà organisé leur service d'accueil pour toutes les personnes en perte d'autonomie
- le pilotage de la territorialisation de l'accueil, s'appuyant soit sur le service social départemental à partir des unités territoriales d'action sociale ou des « maisons de la solidarité », soit avec la collaboration des CCAS ou des CLIC.
- La formation des agents d'accueil se poursuit, pour faire de ces personnes de vrais professionnels du service public du handicap, premier maillon de la réponse proposée aux personnes handicapées et à leurs familles.
- L'organisation de rendez-vous permettant d'assurer des entretiens plus longs et plus personnalisés, quelquefois aussi plus spécialisés, selon les demandes présentées et les situations réelles des demandeurs.
- Une analyse régulière des publics qui se présentent à la MDPH pour faire évoluer l'organisation, par exemple en gérant les présences des personnels en fonction des horaires les plus judicieux.
- Cette analyse doit aussi permettre de se poser la question des emplois et des contenus des différentes fonctions disponibles à la MDPH ; le référent pour l'insertion professionnelle qui existe dans tous les départements peut être parfois appelé à recevoir lui-même des personnes, voire à faire des permanences.

**Proportion de personnes du département accueillies physiquement par les MDPH en 2010
(et éventuellement par leurs relais lorsque l'accueil est territorialisé)
Échantillon : 77 MDPH**



On remarquera que dans un tiers des départements, 2 à 3 % de la population est reçue à l'accueil de la MDPH, ce qui représente un taux assez important pour un service public spécialisé.

Les maisons départementales sont désormais reconnues comme un partenaire essentiel pour l'accompagnement des personnes handicapées dans leur département. Elles sont souvent amenées à jouer un rôle fédérateur au niveau local ; aussi pourraient-elles, dans cette fonction, suppléer utilement les « comités départementaux consultatifs des personnes handicapées », organismes totalement absents des rapports annuels. Elles interviennent ainsi dans des journées d'échanges ou des colloques, organisent des assises départementales du handicap et elles participent souvent à la formation continue des travailleurs sociaux sur le terrain. Beaucoup d'entre elles ont constitué des groupes de travail thématiques sur l'insertion professionnelle, sur l'enfance pour les orientations médico-sociales, sur les établissements spécialisés, sur le logement des personnes en perte d'autonomie, voire sur les soins palliatifs.

2.2. Les missions de l'équipe pluridisciplinaire

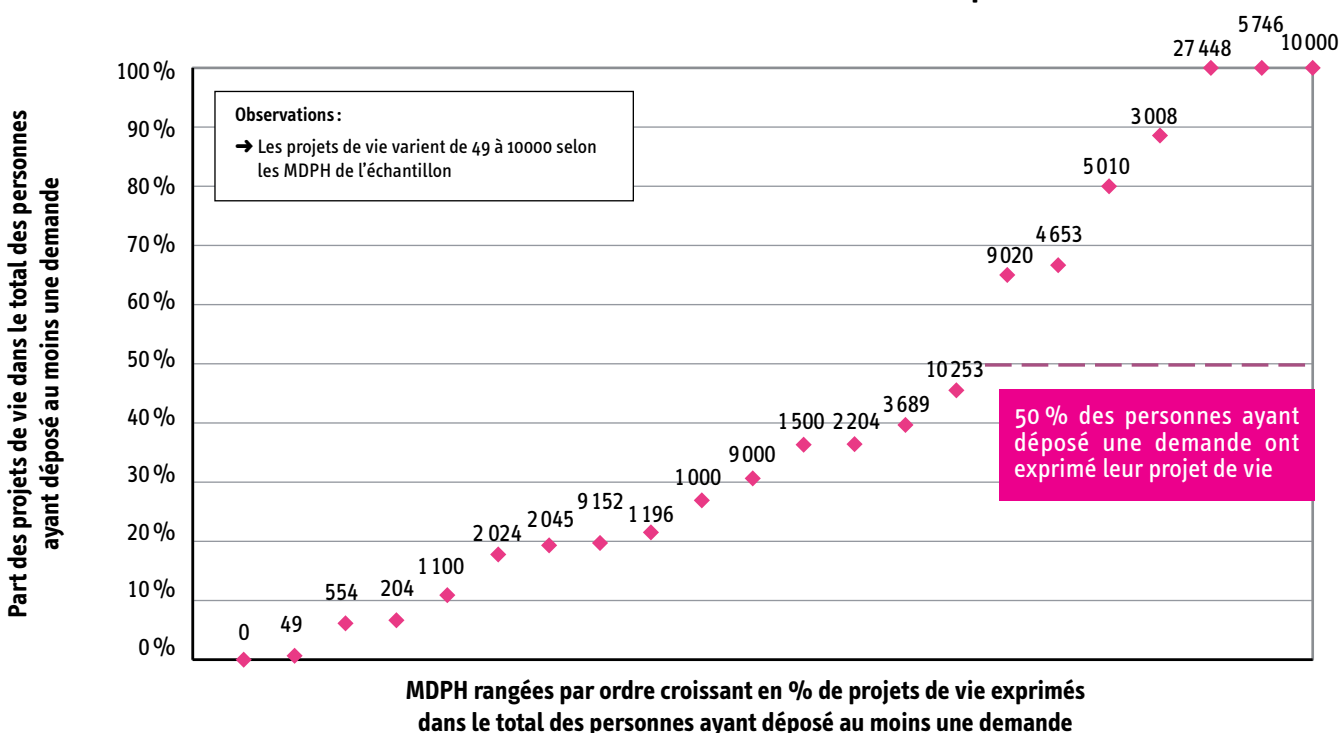
2.2.1. Quelques observations qualitatives sur le travail des équipes

À la lecture des rapports annuels, on doit d'abord faire trois remarques préalables :

- Le thème de l'évaluation, dont est en charge l'équipe pluridisciplinaire, est essentiellement traité avec des données chiffrées relatives au nombre de demandes déposées, au nombre de demandeurs et, éventuellement, à la composition de l'équipe. Il est ainsi regrettable que les contenus de ces rapports ne soient pas plus qualitatifs ; ils auraient à présenter des informations sur les pratiques professionnelles, sur les partenaires rencontrés, les outils utilisés ou les suites données aux préconisations faites.
- Alors que l'année dernière, le sujet du handicap psychique était mis en avant, il semble que pour 2010, ce soient les sujets relatifs aux établissements médico-sociaux et à l'enfance qui sont davantage traités.
- Le projet de vie et le plan personnalisé de compensation, s'ils ne sont pas complètement absents des rapports, sont assez peu traités en profondeur, ce qui est regrettable.

Sur ces thèmes, on dispose toutefois de quelques données chiffrées, recueillies dans un nombre de départements pouvant apparaître encore trop faible.

Part des projets de vie dans le total des personnes ayant déposé au moins une demande à la MDPH en 2010 – Échantillon : 24 MDPH



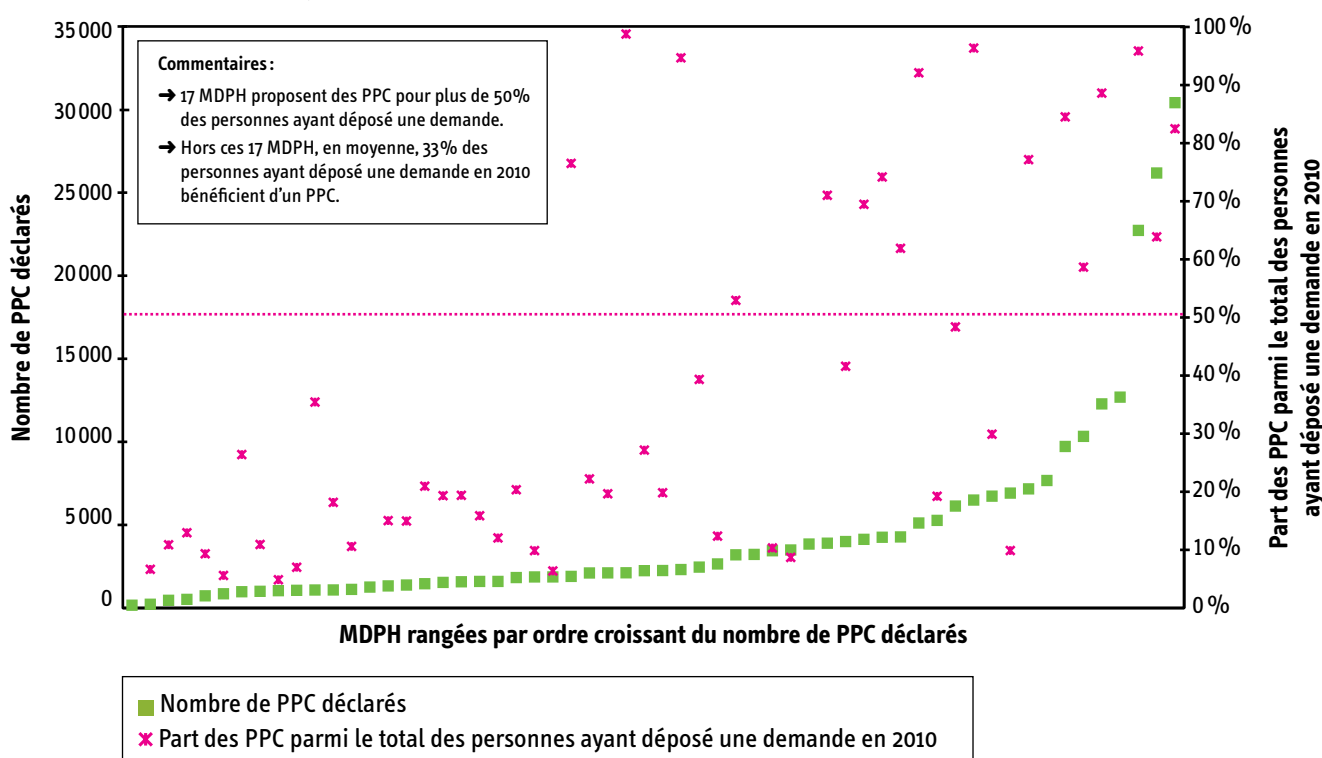
Source : Échanges annuels départements/CNSA.

Les personnes ayant exprimé un **projet de vie** à l'appui de leurs demandes sont encore très minoritaires...

Concernant les **plans personnalisés de compensation (PPC)**, les chiffres sont eux aussi assez faibles, puisqu'ils n'existent, en moyenne, que pour un tiers des personnes ayant fait une demande à la MDPH. Cette situation n'est pas satisfaisante, puisque la réforme de 2005 a fait de ce plan personnalisé un de ses piliers. Toutefois la généralisation des PPC à la totalité des demandes n'est sans doute ni possible ni souhaitable, car toutes les demandes n'ont pas le même poids ; un travail d'approfondissement serait donc à faire pour identifier les demandes qui nécessitent la formalisation d'un véritable PPC.

Si les chiffres donnés permettent des comparaisons depuis 2006 et font apparaître une hausse de l'activité les trois premières années, l'activité de la mission « évaluation » n'apparaît plus en augmentation sensible. Aussi peut-on se demander comment, face à la poursuite de la montée en charge des demandes et des dossiers, les équipes pluridisciplinaires des MDPH font leur choix parmi ceux qui relèveraient d'une intervention plus approfondie.

Nombre de PPC formalisés et part des PPC parmi le nombre des personnes ayant déposé une demande en 2010 – Échantillon : 58 MDPH



Source: Échanges annuels départements/CNSA.

2.2.2. L'augmentation du nombre de demandes déposées dans les MDPH

Des remarques et des commentaires similaires sont trouvés dans plusieurs rapports, indiquant les causes des hausses d'activités, une tendance continue depuis la création du nouveau service :

Les demandes de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé progressent dans un département du Sud de 14 % en 2010, soit une hausse de 37 % depuis 2007. Il semble que la sensibilisation à la problématique de l'insertion professionnelle des personnes handicapées se concrétise dans la progression notable des demandes déposées.

Les demandes de compléments de ressources sont également en hausse : + 17 % en 2010 ; on constate en effet souvent, des premières demandes qui sont couplées entre l'allocation d'adulte handicapé et les compléments de ressources.

Les cartes de stationnement sont aussi en augmentation sensible, notamment en première demande par des personnes âgées de plus de 60 ans.

Pour les enfants, on constate une augmentation notable des demandes d'auxiliaires de vie scolaire (+ 26 % de premières demandes d'AVS) et du matériel pédagogique adapté dans le cadre scolaire (+ 32 % de premières demandes).

Les différents rapports recherchent les raisons de ces augmentations et proposent des éléments d'explication liés :
 – à la réforme de l'allocation aux adultes handicapés – AAH dans sa deuxième année, obligeant les MDPH à évaluer systématiquement l'employabilité des allocataires et à leur proposer toute mesure utile pouvant favoriser

leur insertion professionnelle (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé – RQTH, orientation de reclassement professionnel – ORP...);

- à la mise en place du formulaire unique, favorisant les demandes multiples;
- au fait que les usagers sont plus et mieux informés par les MDPH sur l'accès aux droits et aux possibilités données par la loi nouvelle;
- aux évolutions démographiques et notamment celles liées au vieillissement de la population qui influeraient nécessairement sur l'augmentation des demandes de cartes d'invalidité ou de stationnement;
- au renforcement des pénalités relatives à l'obligation d'emploi;
- à la situation de l'emploi, enfin et à la conjoncture économique générale.

Certains départements indiquent aussi que de nombreuses demandes ne sont pas liées exclusivement au handicap mais, fréquemment, à une situation sociale difficile et à une demande de reconnaissance sociale et « de réparation ». Celles-ci ne peuvent alors trouver de réponse dans une simple notification de décision accordant une aide financière.

Si l'augmentation des demandes pèse d'abord sur les équipes, elle a une conséquence évidente sur les délais de traitement des dossiers; pour certaines demandes, c'est le cas par exemple, pour les premières demandes d'AAH, ces délais s'allongeraient sensiblement par rapport aux deux années précédentes.

Les difficultés de recrutement des médecins sont très souvent notées et contribuent au manque de fluidité du traitement des demandes. Généralement les délais sont plus courts pour les demandes d'orientation scolaire et ils sont plus élevés pour les orientations professionnelles et pour la prestation de compensation du handicap; souvent à cause du temps nécessaire à la recherche d'informations complémentaires et parce que les professionnels ont un souci de réaliser une évaluation globale complète de la situation individuelle.

Beaucoup d'acteurs pourraient sans doute dire comme une maison départementale dans son rapport annuel: « *Il y a une amélioration réelle, mais fragile, des délais d'instruction* ».

Les tâches d'évaluation des besoins sont quelquefois reprises en interne, alors qu'elles avaient été externalisées au début de l'installation des nouveaux services; il semble que ce soit le cas dans quelques départements en matière d'expertise sur les aides techniques et les aménagements de logements. Cette reprise d'activité, dans un cadre renouvelé, viserait à améliorer les délais de traitement, en conservant toutefois les coopérations avec des équipes très spécialisées extérieures, comme celles du PACT-Arim.

2.2.3. Une volonté de développer la qualité des évaluations

Malgré l'augmentation du nombre de demandes, les équipes pluridisciplinaires d'évaluation ont la volonté permanente de progresser sur le concept de **pluridisciplinarité** et d'interdisciplinarité. Un relatif renforcement des personnels en interne est apparu au cours de l'année 2010, grâce à une plus grande diversité des profils professionnels présents dans certaines MDPH: ergothérapeutes, médecins du travail, assistantes sociales, enseignants spécialisés...


La pluridisciplinarité est souvent mise en avant « *pour apporter un regard complémentaire et pour développer une culture commune* » et allant dans le sens de l'évaluation globale de la situation des personnes.

Ce souhait affirmé de qualité passe aussi par le développement des **relations partenariales**, notamment avec les établissements et services médico-sociaux, avec les écoles et dans une moindre mesure - malheureusement ! - avec les secteurs publics de psychiatrie.

Les maisons départementales nouent des liens avec ces structures dans l'objectif de créer des outils communs et des pratiques partagées pour favoriser cette culture commune qui est au cœur de la loi nouvelle. Une MDPH de l'Ouest indique exactement cela quand elle dit: « *Le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire témoigne qu'un réseau de partenaires assidus s'est construit, partageant l'intérêt d'une complémentarité dans l'évaluation des besoins et favorisant ainsi la construction d'une culture commune* ».

Un exemple parmi d'autres, recueilli dans le rapport d'une MDPH du Centre, « *La MDPH, en relation avec les responsables des établissements et services médico-sociaux, les services de l'Éducation nationale et l'agence régionale de santé, a piloté deux groupes de travail concernant:*

- *d'une part, la gestion de la demande de prise en charge en établissement et service médico-social pour jeunes et des listes d'attente (IME, ITE, IEM, SESSAD)*
- *d'autre part, l'organisation et le fonctionnement des SESSAD.* »



Cette action a abouti à la création de la liste d'attente départementale des établissements et services médico-sociaux pour jeunes et la mise en place d'un comité de suivi de cette liste qui se réunit régulièrement. « Cette initiative a également préparé la démarche concertée pour une analyse de la demande et des besoins d'accueil en établissements et services médico-sociaux pour jeunes, utile pour réfléchir à une programmation des équipements ».

Dans leur recherche d'une meilleure qualité de l'évaluation, des équipes pluridisciplinaires engagent un travail, dit "de **GEVA-compatibilité**". Cette notion, au nom certes un peu compliqué, traduit la volonté des acteurs de se coordonner et de partager les informations pertinentes relatives à la situation de handicap d'une personne ; cette pratique permet de gagner du temps et d'éviter les évaluations redondantes dans une logique d'efficacité et également d'efficacité. Dans ce but, il est nécessaire d'avoir un langage commun, autour de la définition du handicap et de ses différentes dimensions qui ressortent des éléments quanti-qualitatifs du GEVA.

Tel département met l'accent sur l'échange de données avec les établissements et services médico-sociaux pour adultes et pour enfants, avec les établissements scolaires, ainsi qu'avec certains partenaires du secteur sanitaire, comme, par exemple, le centre régional de diagnostic et de ressources sur l'autisme et les troubles envahissants du développement (CRDRA) ou bien avec l'équipe d'orientation spécialisée de Pôle emploi.

Tel autre a créé un poste de "référé départemental des établissements et services", comme il existe officiellement un référé pour l'insertion professionnelle.

La question de l'égalité de traitement sous-tend également les travaux engagés avec les partenaires de l'évaluation. Une MDPH du Sud-ouest fait, dans ce sens, la remarque suivante : « Il a fallu également préserver l'égalité de traitement des demandes des personnes handicapées et harmoniser les conceptions et les pratiques d'évaluation des professionnels ; c'est pourquoi deux formations leur ont été dispensées sur l'utilisation et l'appropriation du guide d'évaluation multidimensionnelle (GEVA) ainsi que sur les principes et méthodologies de l'évaluation du handicap ».

2.2.4. Les échanges développés avec les usagers

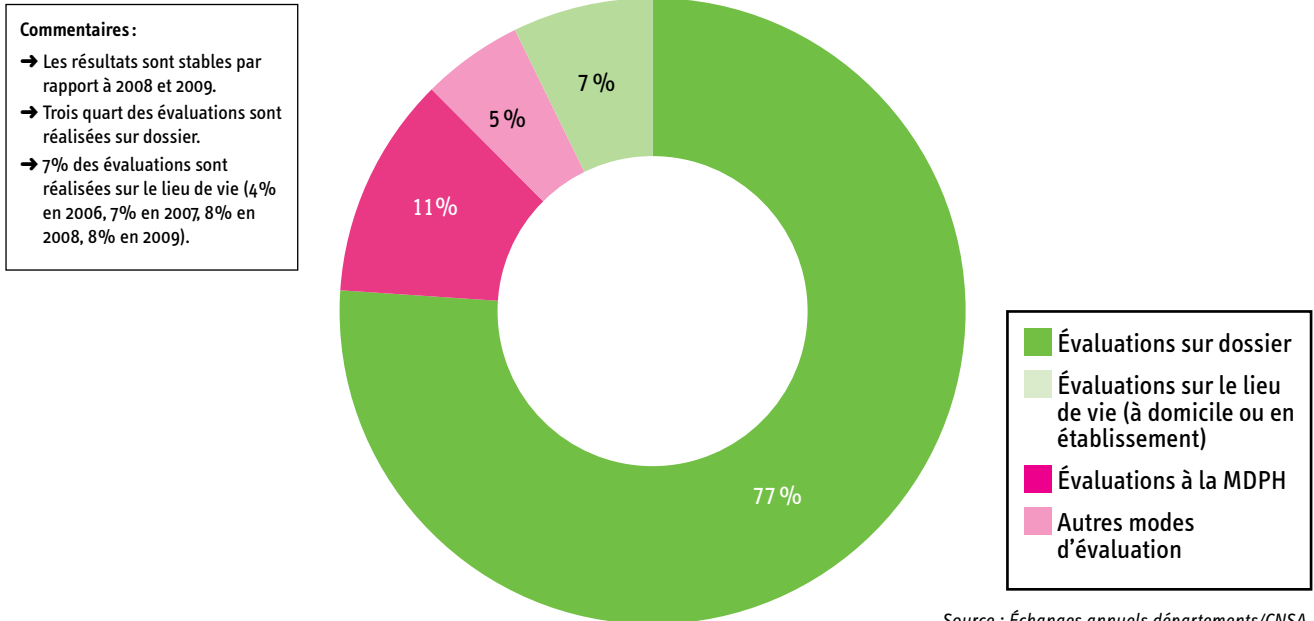
Enfin, cet impératif de qualité trouve un point d'application dans **les rencontres des usagers**, soit dans les locaux de la maison départementale, ou à leur domicile ; ces rencontres permettent de mieux connaître l'environnement de l'utilisateur et d'avoir une vision globale de sa situation, ainsi que de recueillir plus facilement ses souhaits et de préciser au-delà des formulaires ses demandes.

On peut toutefois regretter que ces pratiques, qui ressortent pourtant de l'esprit de la loi, restent encore très minoritaires, puisque **moins d'une personne sur cinq serait physiquement rencontrée**.

Le tableau ci-après montre en effet que **l'évaluation sur dossier est très largement la règle commune**, cela restant sans évolution sensible cette année. Plus des trois quarts des situations personnelles sont étudiées sur dossier. Même si certaines demandes ne justifient pas des investigations approfondies, ce chiffre reste encore particulièrement bas.

Parmi les autres modes d'évaluation, on trouve les entretiens téléphoniques, les échanges réalisés en d'autres lieux, comme l'école, l'agence de Pôle emploi ou telle permanence associative qui peut toutefois donner des éléments de qualité sur la situation réelle de la personne.

Répartition des modes d'évaluation en 2010 Échantillon: 48 MDPH



Pour autant, on trouve des exemples vertueux ; on peut ainsi citer un rapport : « Dans le cadre de cette mission [évaluation], l'équipe pluridisciplinaire a développé une démarche qualité qui tend à privilégier une rencontre avec la personne, afin d'évaluer au mieux le besoin de compensation des conséquences du handicap, et cela pour 55 % des cas, dans l'environnement de la personne, à domicile ou en établissement scolaire ou médico-social ».

Ainsi de nombreux rapports annuels indiquent-ils que les professionnels des MDPH ont le sentiment de consacrer plus de temps qu'avant à l'information des personnes handicapées sur leurs droits, à la création des liens avec les partenaires et avec les différents intervenants qui connaissent la personne handicapée. Les visites à domicile sont généralement limitées aux demandes de prestation de compensation, aux mesures d'accompagnement social personnalisé, ou encore dans le cadre de l'aménagement du logement.


On peut dire que, si la stricte évaluation de la situation individuelle avec la personne elle-même à domicile reste minoritaire, les équipes ont intégré, dans leur réflexion collective, **l'intérêt de rencontres effectives pour l'évaluation des besoins**.

Si autant de rapports font référence à ces débats internes, c'est sans doute aussi pour attirer l'attention des pouvoirs publics et pour solliciter des moyens humains supplémentaires pour cette mission d'évaluation chez l'utilisateur. Sans doute les moyens humains existants sont-ils en cause, mais sont-ils les seuls ?

2.2.5. L'organisation des procédures d'évaluation se poursuit

La qualification des dossiers selon l'importance du travail que représentent les diverses demandes s'est avérée nécessaire pour favoriser la fluidité du traitement. Sans que le terme soit à considérer comme péjoratif quand on parle d'un « tri des dossiers à l'arrivée », il existe maintenant, en maints endroits, une cellule de pré-évaluation, permettant une première analyse des demandes, avec parfois une orientation directe vers la commission des droits et de l'autonomie. Certaines organisations départementales favorisent la prise en compte de logique de situation, qui, moins administrative, permet une réponse plus rapide à la demande, lorsqu'évidemment celle-ci apparaît comme étant suffisamment simple.

Cette instance, qui peut être appelée de « **première lecture** », permet l'étude en flux tendu de toutes les premières demandes, ou des renouvellements si la situation de la personne a changé.



Constituée d'au moins trois professionnels ayant des compétences différentes : médicale, médico-sociale, voire administrative cette instance permet, au début de l'instruction d'un dossier, une approche globale et pluridisciplinaire, le repérage des situations à traiter en urgence et un traitement immédiat des dossiers les plus simples pouvant être facilement conclus.

Après cinq ans d'expérience, le constat est fait que ce travail préliminaire structure de façon importante le fonctionnement de la MDPH. Il a permis l'émergence d'un début de culture commune de l'ensemble des personnels de la maison départementale en matière d'évaluation des situations.

Cette organisation apparaît assez généralisée pour l'étude des demandes des adultes, mais elle est moins présente pour les situations d'enfants, situations dont l'examen demande d'associer très souvent des personnes extérieures à l'équipe pluridisciplinaire, notamment les enseignants référents.

Dans certains départements, ces compétences sont mobilisées selon les thèmes prédominants dans les demandes présentées, notamment pour les situations liées à l'emploi, à la scolarisation, ou aussi parfois liées à la déficience qui semble principale.

Mais, dans la plupart des maisons départementales, une **organisation « traditionnelle »**, celle des anciennes commissions a été maintenue, avec des « pôles » enfants et adultes ; il y a souvent été ajouté un pôle spécialisé pour instruire les demandes de prestation de compensation du handicap. Bien que cette organisation du travail ne corresponde pas à ce qu'a voulu la loi, on peut estimer que la pluridisciplinarité peut être recherchée au sein des équipes de chaque pôle.

Sans se répéter de façon excessive, après déjà plusieurs années de fonctionnement, les MDPH disposent :

- pour les enfants et adolescents, de psychologues scolaires, d'enseignants référents, de responsables d'établissements et services médico-sociaux,
- pour les adultes, du service social de la CARSAT, de l'AFPA, Pôle Emploi, Cap Emploi, quelquefois de l'union départementale des associations familiales – UDAF, chargée des mesures de tutelle ou de curatelle, notamment pour traiter des premières demandes de prestation et d'insertion professionnelle.

Souvent les maisons départementales se félicitent de **l'appui méthodologique de la CNSA**, qui insiste régulièrement, tant dans ses interventions de terrain que dans ses productions écrites, sur la prise en compte de la logique de situation de la personne, à la place de la seule logique administrative de réponse trop souvent « automatique » à une demande. Les groupes de travail autour du handicap psychique, proposés à la suite du colloque CEDIAS/CNSA de mars 2009 sont dans ce sens positivement cités.

Certains départements mentionnent aussi la participation de leurs professionnels à des réunions de travail à la CNSA, comme les réunions, maintenant régulières trois fois par an, des coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires, des référents pour l'insertion professionnelle et depuis peu des correspondants scolarisation, ainsi que les « jeudis pratiques de la compensation », qui proposent des rencontres mensuelles sur un thème donné.



2.3. La scolarisation des enfants

L'augmentation d'activité et la saisonnalité fondent l'organisation des équipes

2.3.1. L'augmentation de la scolarisation ordinaire se traduit par des demandes croissantes

En 2010, la hausse du nombre de demandes concernant les enfants adressées aux MDPH s'explique pour l'essentiel par la persistance de l'augmentation des demandes en matière de scolarisation. Cette augmentation touche l'ensemble des actions d'adaptation possibles : scolarisation en CLIS et en ULIS, avis de transport scolaire, avis d'attribution de matériel pédagogique adapté, accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire. Nombreuses sont les MDPH qui pointent l'augmentation de ces demandes, à deux chiffres d'une année sur l'autre et parfois à trois chiffres si l'on remonte à 2005. Certaines constatent cependant l'amorce d'un « tassement » qui se traduit pour l'heure par des augmentations moins fortes que les années précédentes.

Plusieurs facteurs explicatifs sont avancés par les maisons départementales, tenant à la prise en compte différente de certains types de troubles. Ainsi, des enfants présentant des troubles du comportement ou des troubles envahissant du développement seraient désormais plus souvent scolarisés et les parents d'enfants présentant des troubles dits « DYS » se tourneraient plus souvent vers la MDPH.

2.3.1.1. Cette activité a une saisonnalité propre...

La moitié environ des demandes déposées pour des enfants ont trait à la scolarité et ces demandes sont majoritairement concentrées sur les six premiers mois de l'année civile, pour des décisions qui doivent être prises avant la rentrée scolaire. Dans tel grand département d'Ile de France, ce sont 80 % des demandes en matière de scolarisation qui sont reçues entre janvier et juin, tandis que 80 % des décisions sont prises entre mai et septembre. Cette concentration, qui peut avoir des conséquences sur la mise en œuvre des dernières décisions prises dans les premiers jours de la rentrée scolaire, n'est pas complètement évitable. En effet, les évaluations réalisées par les équipes pluridisciplinaires s'appuient, notamment à l'occasion des renouvellements, sur une appréciation des équipes éducatives après au moins un trimestre de scolarisation.

2.3.1.2. ...qui entraîne des modes d'organisation spécifiques

Plusieurs MDPH décrivent les organisations mises en place et les réflexions engagées en vue de réduire les délais d'instruction des demandes et simplifier les modalités de travail telles que le développement de la polyvalence des agents. Il s'agit pour elles d'absorber les flux importants de demandes d'orientation et d'accompagnement scolaire, ou encore le changement de modalités d'évaluation de certains dossiers d'orientation scolaire, la participation des agents de l'unité d'instruction administrative aux équipes pluridisciplinaire pour permettre l'enregistrement instantané des réponses, ou la révision de la périodicité des équipes pluridisciplinaires.

Une concertation avec les établissements et services médico-sociaux est parfois menée pour décaler le rythme de renouvellement des décisions d'orientation. Pour diminuer la fréquence des décisions, certaines MDPH mettent en place des plans personnalisés de scolarisation ou prononcent des orientations (en CLIS ou en ULIS) correspondant à la durée du cycle considéré. Pour autant, de telles dispositions ne sont pas possibles pour toutes les décisions, les attributions d'AVS sont par exemple généralement revues tous les ans.

Au-delà des possibilités de réorganisation interne, les MDPH peuvent être amenées à solliciter des renforts ponctuels auprès de l'Éducation nationale, notamment pendant les congés scolaires de février, d'avril et de l'été.

2.3.2. La demande d'auxiliaire de vie scolaire (AVS) : éléments d'analyse

En matière de scolarisation, le nombre d'enfants accompagnés par un auxiliaire de vie scolaire (62 000 à la rentrée 2010) rejoint désormais le nombre d'élèves scolarisés en classe d'intégration scolaire - CLIS et en unité localisée pour l'inclusion scolaire - ULIS (63 000 à la même date). Cette évolution est le résultat d'une progression constante des attributions d'auxiliaires de vie scolaire depuis 2005, progression observée et analysée dans plusieurs rapports d'activité des MDPH.



2.3.2.1. La demande d'AVS continue d'augmenter

Les MDPH sont nombreuses à observer qu'en scolarité individuelle, ce sont surtout les nouvelles demandes d'AVS qui continuent d'augmenter, allant jusqu'à évoquer une « augmentation exponentielle ». Plusieurs départements constatent une augmentation de 10 à 20 % des décisions et insistent, chiffres à l'appui, sur la constance de ce phénomène depuis plusieurs années.

Mais la progression des décisions est en premier lieu le fruit d'une progression des demandes sur laquelle les MDPH s'interrogent (cf. infra). Plusieurs soulignent une évolution inverse des taux d'accords par la CDAPH : ici il n'est plus que de 75 %, là il a baissé de 10 points en un an.

Enfin elles sont conscientes des difficultés que cette progression des attributions peut entraîner pour l'Éducation nationale et certaines font la distinction entre les décisions prises par la CDAPH et les accompagnements effectivement mis en place.

2.3.2.2. Les MDPH s'interrogent sur les raisons de ce phénomène

Plusieurs rapports annuels consacrent de longs développements au phénomène que constitue l'évolution de la demande et des attributions d'AVS, avec une double interrogation, à la fois quantitative et qualitative.

L'interrogation quantitative porte avant tout sur l'origine de l'augmentation des demandes. Même si cette augmentation « conséquente » est très souvent considérée comme la concrétisation de la politique de scolarisation des enfants handicapés en milieu scolaire ordinaire prônée par la loi du 11 février 2005, les MDPH soulignent le rôle des familles et des professionnels qui, en particulier en maternelle, revendiquent souvent l'attribution d'un AVS comme condition de la scolarisation.

Plusieurs départements ont notamment observé qu'au moment du dépôt de la demande, un emploi de vie scolaire attribué à l'école pour une aide administrative pouvait déjà être en situation d'accompagnement du jeune et qu'il devient dès lors difficile à l'équipe pluridisciplinaire de proposer un refus.

L'interrogation qualitative porte plus particulièrement sur les finalités et les modalités de l'accompagnement. Il est parfois difficile d'obtenir une évaluation réelle et fiable de l'apport d'un accompagnement individualisé, dont l'issue peut dans certains cas être un échec, l'arrêt de l'accompagnement entraînant parfois des réorientations en institut médico-éducatif - IME, en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique - ITEP, en CLIS ou en section d'enseignement général et professionnel adapté - SEGPA...

A contrario la scolarisation avec accompagnement peut également être considérée comme une scolarisation par défaut, en l'absence d'alternative médico-sociale ou en scolarité adaptée pour les enfants d'âge de maternelle, mais aussi faute de place en établissement (cf. infra).

Certaines MDPH évoquent enfin la difficulté à établir des quotités de temps d'AVS correspondant aux besoins des enfants, mais également à les mettre en œuvre, puisqu'il est parfois très difficile de mettre en place des auxiliaires de vie pour des petites quotités d'accompagnement, de l'ordre de 6 heures seulement par exemple par semaine.

Outre le nécessaire rappel des critères d'attribution d'un AVS pour « éviter des dérives », plusieurs rapports d'activité évoquent la participation de la MDPH aux travaux menés dans ce domaine au niveau national, conjointement avec les services de l'Éducation nationale et la CNSA, pour améliorer l'articulation entre les besoins de l'enfant et les réponses possibles.

2.3.3. Une scolarisation mise en perspective avec le secteur médico-social

Le développement de la scolarisation en milieu ordinaire n'a pas fait disparaître les possibilités de scolarisation en établissement médico-social. Bien au contraire, une articulation complexe se joue entre ces deux modes, entre alternative et complémentarité, selon les latitudes permises par l'offre de places et le dynamisme des coopérations.

2.3.3.1. L'accompagnement par un AVS est resitué dans la palette des possibilités de scolarisation

En analysant les causes du recours aux AVS, les maisons départementales mentionnent régulièrement cet accompagnement comme la condition d'une scolarisation en milieu ordinaire, pour des enfants qui jusqu'alors étaient orientés en établissement médico-social (cf. supra). Cette scolarisation en milieu ordinaire peut alors, soit répondre à une demande expresse des parents, soit être une solution d'attente avant que l'enfant n'atteigne l'âge d'entrée en établissement spécialisé, soit enfin être une réponse par défaut à un manque de places



dans le département. Dans cette dernière hypothèse, l'accompagnement individuel en classe ordinaire peut être proposé à des enfants qui sont par ailleurs en attente de place en établissement médico-social ou en CLIS.

2.3.3.2. Des MDPH se penchent sur l'articulation entre les diverses orientations possibles

Si pour les trois quarts des situations, la première réponse à la demande, dans la perspective d'un parcours individuel, est la scolarisation en milieu ordinaire, la prise en charge médico-sociale s'organise en complément à la scolarisation, dans le cadre d'un service ou d'un établissement médico-social (IME, ITEP...). En dépit de la forte progression de la scolarisation en milieu ordinaire enregistrée depuis 2005, le nombre d'orientations en établissement reste stable ou ne diminue que légèrement. En effet, certaines MDPH sont amenées à constater que le dispositif, tel qu'il est actuellement organisé dans leur département, ne permet pas à court terme d'apporter une réponse appropriée aux nouvelles demandes d'accueil des enfants et adolescents les plus lourdement handicapés, comme les jeunes autistes sévères et les enfants polyhandicapés...

D'un département à l'autre cela se traduit par des listes d'attentes et par les « orientations par défaut » régulièrement évoquées par les MDPH.

Le développement de la scolarisation en classe ordinaire a aussi des répercussions sur les établissements eux-mêmes ; ainsi une MDPH constate-t-elle que pour les IME accueillant des enfants déficients intellectuels légers, la politique d'inclusion scolaire les a conduits à procéder à des accueils qu'ils n'auraient pas effectués il y a quelques années, accueils que l'on retrouvait plutôt dans les IME accueillant des enfants déficients moyens, qui eux-mêmes ont accueilli des jeunes présentant plus de troubles associés, issus notamment des services de pédopsychiatrie. Certains passent ainsi de jeunes atteints d'une déficience intellectuelle moyenne, mais homogène du point de vue du comportement, à des déficiences beaucoup plus graves, et surtout liées à des troubles du comportement majeurs, ceci, avec un environnement familial et social souvent dégradé.

Enfin, si plusieurs MDPH considèrent que la progression de la scolarisation en CLIS et en ULIS devrait s'accompagner de plus de places en service d'éducation spéciale et de soins à domicile - SESSAD, elles mentionnent très rarement le développement de l'accueil des élèves à temps partagé entre IME, Institut médico-professionnel - IMPRO, école et collège.

2.3.3.3. Et elles pointent l'incidence en cascade des « amendements Creton »

L'élément le plus récurrent dans l'articulation entre scolarisation en milieu ordinaire et orientation en établissement médico-social est l'incidence des amendements Creton sur l'ensemble des orientations.

Il est utile de rappeler que « l'amendement Creton » est la possibilité pour un jeune d'être maintenu au-delà de l'âge de 20 ans dans l'établissement pour mineurs où il était accueilli, en attente d'une place dans un établissement médico-social pour adultes handicapés. Plusieurs MDPH observent que cette possibilité juridique occasionne des effets en chaîne avec, notamment, des maintiens dérogatoires dans les IME qui admettent des enfants et des adolescents jusqu'à l'âge de 14 ans. Dans plusieurs départements, le suivi détaillé des listes d'attente en IME, mais aussi en établissements pour adultes, conduit à l'hypothèse que la création de places pour les adultes pourrait avoir pour effet de supprimer les listes d'attente en IME, mais également dans une certaine mesure en CLIS et en ULIS, voire de permettre des redéploiements pour la création de places de SESSAD.

2.4. L'insertion professionnelle

Les demandes liées à l'insertion professionnelle et à l'emploi représentent la moitié des demandes adressées aux MDPH s'agissant des adultes. La plus emblématique de ces demandes est la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Les MDPH doivent également répondre à des demandes d'orientation professionnelle, soit vers le marché du travail, soit vers le milieu protégé, ou encore vers la formation, par le biais des centres de réadaptation professionnelle. Enfin, au travers des demandes d'allocation aux adultes handicapés, les équipes pluridisciplinaires sont également amenées à évaluer les possibilités d'insertion professionnelle de la personne handicapée.

L'ensemble de ces demandes connaît une forte augmentation. Pour y répondre les maisons départementales s'appuient sur des outils communs à l'ensemble du territoire, mais aussi parfois sur des dispositifs spécifiques à leur département.

2.4.1. L'augmentation d'activité et l'impact de la réforme de l'AAH

2.4.1.1. Une augmentation globale de l'activité en matière d'insertion professionnelle

Bon nombre de rapports d'activité font état d'une augmentation du nombre de demandes très importante en 2010. Il s'agit d'une augmentation à deux chiffres, qui touche toutes les demandes relevant du champ de l'insertion professionnelle. L'évolution réglementaire des prestations ainsi que celle de l'environnement économique expliquent cet accroissement d'activité.

2.4.1.2. La réforme de l'AAH explique une bonne part de cette augmentation

La forte hausse du nombre de décisions de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et d'orientation professionnelle est liée à la mise en place de la réforme de l'AAH qui nécessite un traitement systématique des questions liées à l'emploi pour tout traitement de la demande d'AAH. En effet, depuis l'évolution législative entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, les procédures de reconnaissance de qualité de travailleur handicapé et d'orientation professionnelle sont systématiquement engagées à l'occasion de l'examen de toute demande d'AAH. Cette réforme a été mise en place progressivement en 2009 et 2010 est la première année permettant d'en mesurer les effets en grandeur réelle. Certaines MDPH attribuent à cette réforme une augmentation des décisions en matière d'insertion professionnelle qui peut atteindre 50 % par rapport à l'année précédente.

Plusieurs départements émettent également l'hypothèse que l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés pour les entreprises de plus de 20 salariés et les services des trois fonctions publiques (6 % de travailleurs handicapés pour toutes les entreprises de plus de 20 salariés) et l'augmentation des contributions lorsque le taux n'est pas respecté, peuvent avoir amené les employeurs à orienter leurs salariés en difficulté vers la MDPH pour les faire reconnaître travailleurs handicapés. N'y aurait-il pas là une dérive de l'esprit de la loi ?

Les MDPH mettent également en avant un contexte de l'emploi difficile et une gestion de la reconversion professionnelle insuffisamment anticipée. Ainsi, des personnes, souvent peu qualifiées, se retrouvent-elles sans emploi après de longues carrières professionnelles passées dans le même domaine d'activité.

2.4.2. Les outils d'évaluation de la situation professionnelle

2.4.2.1. Les MDPH mobilisent différents outils d'évaluation

Pour faire face à l'accroissement des sollicitations dont elles font l'objet en matière d'insertion professionnelle, les MDPH disposent de différents outils d'évaluation spécifiques. Ces outils sont d'autant plus nécessaires que la question de l'employabilité rend les situations examinées plus complexes. Si certains d'entre eux sont mobilisables par la plupart des MDPH, d'autres sont spécifiques à un département. Plusieurs MDPH font également état de leur participation à l'expérimentation d'un outil d'évaluation de l'employabilité sous l'égide de la DGCS.

2.4.2.2. Des outils largement répandus et d'autres, plus spécifiques

En matière d'insertion professionnelle, trois dispositifs largement répandus viennent enrichir les évaluations des équipes pluridisciplinaires ; il s'agit du dispositif « appui projet », des prestations d'orientation professionnelle spécialisée - POPS et des centres de pré-orientation. Ils sont ici analysés :

(1) Le dispositif « Appui projet » proposé par l'AGEFIPH

Ce dispositif, permettant d'étendre la palette des expertises précédant une orientation professionnelle prononcée par la CDAPH, s'adresse aux personnes handicapées, titulaires de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), et demandeurs d'une orientation professionnelle.

Cet outil, créé et financé par l'AGEFIPH, permet, en mobilisant différents modules en fonction des besoins, de pratiquer de courtes immersions dans le monde professionnel, afin d'amorcer une ébauche de projet professionnel, ou tout au moins de confronter le projet professionnel, s'il existe, à la réalité du monde du travail.

Pour les MDPH, nombreuses à détailler leurs modalités de recours à ce service innovant, son intérêt réside dans les éléments suivants :

- la prescription, qui se situe en amont de la décision de la CDAPH et doit constituer une aide à la décision,
- le dispositif est rapidement mobilisable (délai de 15 jours pour le prestataire),
- les séquences en entreprise permettent de faire émerger des pistes d'orientation professionnelle.

Les MDPH souhaitent en général qu'il puisse être pérennisé, se plaignant à cette occasion que trop de services nouveaux ne restent qu'au stade de l'expérimentation et que souvent « les responsables administratifs nationaux passent à autre chose trop rapidement ».

(2) La prestation d'orientation professionnelle spécialisée (POPS)

Mises en place en 2010, les POPS peuvent être sollicitées par les MDPH auprès des psychologues de Pôle Emploi. Ces prestations permettent de valider un projet de formation ou d'insertion professionnelle. Elles succèdent à un dispositif jusqu'alors mis à disposition des MDPH par l'AFPA et désormais transféré à Pôle Emploi.

Plusieurs MDPH font état des difficultés rencontrées en 2010 pour l'accès à cette prestation, considérée comme fort utile, mais dont la volumétrie, les modalités et le public cible ont parfois beaucoup évolué à l'occasion du transfert.

(3) Le centre de pré-orientation (CPO)

Les centres de pré-orientation accueillent des travailleurs reconnus handicapés orientés par la CDAPH et dont l'orientation professionnelle pose des difficultés particulières. Ces centres proposent aux personnes handicapées de se placer dans des situations de travail caractéristiques de catégories de métiers différents, afin d'élaborer un projet professionnel. Le projet peut déboucher sur une formation professionnelle ou une recherche directe d'emploi.

Le stage de pré-orientation dure de 8 à 12 semaines et se conclut par un bilan formulant une proposition qui doit être validée par la CDAPH.

Le développement de situations dont l'évaluation est plus complexe fait apparaître dans certains départements une augmentation à deux chiffres du nombre d'orientations vers les CPO. Pour autant, les échanges avec les usagers révèlent parfois des obstacles à la mise en œuvre de ce bilan, le premier d'entre eux mis en avant étant l'éloignement. Il n'existe pas en effet de centre de pré-orientation dans chaque département.

(4) Les dispositifs locaux, souvent propres à chaque département

Plusieurs MDPH ont recours à des outils conçus spécifiquement pour compléter, quantitativement et qualitativement, la palette des outils d'évaluation dont elles disposent.

- L'outil d'aide à l'orientation (OAO), par exemple, s'applique plutôt aux personnes déficientes intellectuelles : sur la base d'une convention passée entre la MDPH et une association spécialisée, l'objectif est d'aider l'équipe pluridisciplinaire à réaliser un diagnostic d'orientation professionnelle ou d'employabilité. L'évaluation pouvant être longue (de 4 à 9 mois en moyenne), une décision d'orientation d'une durée de 1 an est prise par la CDAPH.
- L'outil diagnostic de compétence a le même objectif d'« outil d'aide à la décision » en matière d'insertion professionnelle. Cet outil expérimental à la main des MDPH, à visée régionale et financé par le FSE, est porté par un centre de pré-orientation. S'adressant aux travailleurs handicapés, inscrits ou non à Pôle emploi, voire en indemnités journalières, la session proposée se déroule sur une demi-journée et permet d'accueillir quatre personnes qui toutes rencontrent un médecin, un psychologue, un travailleur social et un formateur pour un premier diagnostic complet de compétences. Celui-ci fait l'objet d'une synthèse restituée à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.
- Le dispositif « Action d'insertion professionnelle » a été créé dans trois départements d'une même région. Il répond à un besoin repéré par différents acteurs de terrain (missions locales, Cap Emploi, les établissements médico-sociaux, l'Inspection académique) sur le manque d'étayage pour les jeunes de la tranche d'âge 16-25 ans souhaitant s'insérer sur le marché du travail. Une équipe pluridisciplinaire spécifique étudie les demandes des jeunes de 16 à 25 ans sortant d'établissements spécialisés, ou faisant une première demande d'orientation ou de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, etc., et cela, notamment afin de faciliter la lisibilité de la transition du pôle enfants vers le pôle adultes de la MDPH. Les différents évaluateurs de la MDPH (médecin, psychologue, assistante sociale, responsable d'établissement, le service public de l'emploi, un référent de l'Éducation nationale, etc.) sont chargés d'analyser la possibilité d'accéder au marché du travail et plus encore à la qualification via l'apprentissage compte tenu des difficultés identifiées. Suite à l'évaluation de la faisabilité, un plan personnalisé de compensation sera transmis au jeune et/ ou à son représentant légal.

Les nombreuses initiatives prises en ce sens par les MDPH, qui ne peuvent pas toutes être mentionnées ici, illustrent le besoin de développer de nouveaux outils d'évaluation de l'employabilité.

2.4.2.3. Vers de nouvelles modalités d'évaluation de l'employabilité

Faisant suite aux orientations fixées lors de la Conférence nationale du handicap de juin 2008, le rapport intitulé « L'emploi : un droit à faire vivre pour tous », remis au gouvernement en janvier 2010, préconise d'évaluer, selon un processus dynamique, l'employabilité des personnes formulant une demande de prestation auprès de leur MDPH.

À la demande des ministres en charge de la Santé et des Affaires sociales, la direction générale de la Cohésion sociale a lancé, en concertation avec la CNSA, une expérimentation visant à tester la pertinence et l'efficacité de nouveaux processus d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées associant recueil d'informations, accompagnement et mise en situation.

Dix maisons départementales des personnes handicapées ont été retenues pour cette expérimentation qui est directement liée à la réforme de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et qui a pour objectif :

- de favoriser un parcours plus efficace et plus rapide vers l'accès à l'emploi des personnes handicapées ;
- de prévoir la généralisation de pratiques d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées ;
- de préparer la mise en œuvre d'une réforme de l'AAH permettant de distinguer les situations et les droits et devoirs des allocataires selon les perspectives d'insertion professionnelle des personnes concernées ;
- d'améliorer l'orientation des personnes concernées vers le Service public de l'emploi (SPE) et améliorer la transmission des éléments nécessaires au SPE pour exercer ses missions.

D'ores et déjà, et même si le déroulement proprement dit de l'expérimentation ne démarre qu'en 2011, plusieurs des dix MDPH impliquées font état dans leur rapport d'activité des travaux préparatoires et des enjeux de l'expérimentation, depuis la nécessaire information des usagers jusqu'aux conditions de sa généralisation, en passant par l'impact de ce type de démarche sur l'organisation des équipes.

2.5. La conciliation, la médiation, les recours

Ces missions ont mis quelque temps à être organisées dans les maisons départementales, car elles ne paraissaient pas être prioritaires lors de la création des nouveaux services, notamment au regard des attentes sur les missions d'accueil et d'évaluation des situations. Elles existent aujourd'hui partout et apparaissent relativement bien intégrées dans le fonctionnement général des MDPH.

Les missions de conciliation et de gestion des contentieux sont celles qui sont les plus développées : la structuration, le suivi et la prévention des contentieux sont les trois axes sur lesquels les MDPH développent leurs actions, mais elles le font à des degrés divers selon les départements.

Si encore peu de départements ont constitué un véritable service juridique pour traiter ces problématiques, il y a de plus en plus de postes de juriste ou de postes dédiés au traitement des recours dans les MDPH. Sans que la corrélation ait été spécifiquement étudiée, on note d'ailleurs que plusieurs maisons départementales mentionnent une diminution des recours.

2.5.1. La médiation

Comme les années précédentes, la médiation est très peu évoquée dans les rapports des maisons départementales. Cette activité semble donc très faible ou, si elle est mise en œuvre, elle apparaît peu formalisée dans l'organigramme des services. Il n'y a pas d'initiative spécifique mentionnée dans les rapports d'activité à ce sujet.

Comme on le sait, le législateur voulant promouvoir le concept de médiation a créé deux niveaux dans la « contestation gracieuse » : la conciliation (CASF, art. L.146-10) pour les affaires ayant donné lieu à décision de la CDAPH et dont sont chargées des personnes qualifiées inscrites sur une liste dans chaque département et, par ailleurs, la médiation proprement dite (CASF, art. L.146-13) pour le traitement amiable des litiges, relatifs aux droits fondamentaux reconnus à tout citoyen.

Pour remplir cette fonction, une personne « référente » est désignée au sein de chaque maison départementale pour orienter 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.



Aussi peut-on regretter que la médiation ne soit pas davantage utilisée, alors qu'elle serait de nature à faciliter les démarches des personnes handicapées sur certaines questions de leur vie citoyenne et que cet exercice ferait encore mieux reconnaître la MDPH comme cette « maison commune » à laquelle on peut s'adresser pour tout problème concernant la vie sociale et citoyenne de la personne en situation de handicap. On sait pourtant que dans la loi nouvelle le terme « citoyenneté » a été mentionné dans le titre même du texte.

2.5.2. La conciliation

La fonction de « conciliation » semble maintenant bien structurée au sein des MDPH. Le rôle du « conciliateur » (mission souvent exercée par plusieurs personnes dans un même département) est bien identifié ; son action se développe autour de trois axes :

- L'explication de la décision d'abord, en permettant à la personne de s'approprier la décision de la CDAPH la concernant, quelquefois de simplement la comprendre de façon correcte... de trouver un temps et un lieu d'écoute supplémentaire pour exprimer mieux ses besoins et d'approfondir les éléments de motivation de la décision.
- L'examen, si nécessaire, d'une proposition de révision de la décision.
- L'information de la personne handicapée ou de ses proches sur le droit régissant sa demande ou sur d'autres textes ou dispositifs utiles pouvant répondre aux besoins et à la situation particulière.

Dans les observations recueillies, c'est le temps d'écoute supplémentaire pouvant être accordé aux personnes qui est le plus souvent mentionné.

Plusieurs MDPH confirment, comme l'année passée, que la conciliation joue aussi un rôle dans la prévention des contentieux ; elle est de fait un premier recours gracieux.

Mais plusieurs maisons départementales confirment aussi certaines difficultés :

- D'abord celles liées au statut des conciliateurs, à la fois contraignant et peu valorisant, qui ne facilite pas leur recrutement local. En effet cette mission demande un lourd investissement en temps, elle est exercée à titre gratuit, dans des conditions parfois difficiles dans les relations avec les personnes ; leurs titulaires restent encore sans formation a priori, même si beaucoup de conciliateurs sont d'anciens professionnels du champ du handicap ou de l'action sociale au sens large.
- Des difficultés liées aussi à la méconnaissance de cette procédure et à un doute sur son utilité de la part des personnes handicapées, des services sociaux qui les conseillent ou de certains personnels de la MDPH eux-mêmes... L'intérêt de la conciliation est parfois contesté au sein des maisons départementales, dans la mesure où le conciliateur, ne pouvant rien décider de lui-même, certaines personnes handicapées préfèrent engager directement un recours gracieux, considérant que cette démarche sera plus sûre et plus rapide.
- Quelques départements soulignent que l'intérêt de la conciliation n'est pas toujours bien perçu et correctement admis par certaines équipes de professionnels comme un élément du processus normal des relations entre la MDPH et ses usagers.
- On souligne aussi le peu d'intérêt de l'intervention du conciliateur lorsqu'est contesté le taux d'incapacité, car le conciliateur n'ayant pas accès aux données médicales ne se sent pas compétent pour apporter des éléments de compréhension dans ce domaine. Ce problème a conduit certaines maisons départementales à ne pas mobiliser de spécialiste à ce sujet ; les demandes de conciliation sont alors transformées directement en recours gracieux officiel.

Parmi les actions originales relatées par les rapports annuels, certaines méritent d'être signalées, car elles permettent un meilleur accomplissement de cette mission, c'est le cas :

- Du coupon-réponse autorisant ou non la MDPH à produire le rapport du conciliateur en cas de recours, que cela soit devant la CDAPH en cas de recours gracieux ou devant le tribunal en cas de recours contentieux.
- Des réunions de travail sur l'organisation de la mission avec les conciliateurs, avec un bilan réalisé périodiquement.
- D'une rencontre régionale des conciliateurs, comme celle citée en Rhône Alpes : une journée, qui a réuni des conciliateurs de six MDPH avec la présence de la CNSA, a permis des échanges sur le sens et l'organisation de la mission.
- D'un travail sur les liens à créer entre l'équipe pluridisciplinaire et le conciliateur, avec la construction d'outils pour faciliter les différentes étapes de la conciliation. Il peut ainsi être proposé aux conciliateurs de se joindre aux sessions de formation organisées pour les membres de la CDAPH et de rendre destinataires les conciliateurs des synthèses de situation réalisées pour la commission des droits et de l'autonomie.



2.5.3. Les recours gracieux et contentieux

On peut dire que pour l'ensemble de ces recours, l'implication croissante des maisons départementales ressort beaucoup plus nettement dans les rapports de cette année ; c'est ainsi que :

- Le suivi des contentieux est beaucoup plus fin, une analyse en termes d'infirmité et de confirmation des décisions est souvent réalisée.
- Au-delà du simple décompte des recours, les MDPH développent leurs réflexions en matière de prévention des contentieux, en mettant par exemple en place une vraie cellule juridique qui intervient à la fois par rapport aux recours, qu'ils soient gracieux ou contentieux, et auprès des personnes sur les suites de leur recours gracieux. Cette cellule travaille sur la sécurité juridique des procédures, grâce à la vision transversale qu'elle a des différentes tâches administratives et techniques réalisées par la MDPH, et cela dans un objectif de prévention des contentieux.

Cette volonté de prévenir les recours présentés par les personnes handicapées donne lieu à davantage d'explications et à des informations plus claires, grâce à :

- L'amélioration de la lisibilité des notifications.
- Une permanence téléphonique périodique pour les questions juridiques.
- La proposition faite aux personnes handicapées de les rencontrer s'il y a un désaccord, notamment par rapport au plan personnalisé de compensation. Une MDPH souligne par exemple que, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme AAH – RQTH, des rencontres ont été organisées par un travailleur social de manière systématique avec les personnes primo-demandeuses d'AAH et qu'on a ainsi constaté que le taux de recours sur l'AAH avait diminué.

Le traitement des recours gracieux est marqué par un souci de multiplier les contacts avec la personne et de faire de cette démarche juridique un moment d'explication pour la personne ou de réévaluation de son dossier au regard des nouveaux éléments apportés ou des compléments donnés. Le souhait final est de limiter, autant que faire se peut, le nombre de recours contentieux, souvent dus au manque de compréhension des décisions par les personnes handicapées, par leurs proches, voire par les services sociaux intermédiaires, dont certains, on peut le regretter après cinq ans, connaissent encore mal la nouvelle réglementation.

S'agissant spécifiquement des recours contentieux, des difficultés structurelles existent dans un très grand nombre de départements, où le directeur de la MDPH ne dispose généralement pas de la compétence pour ester en justice et représenter le GIP-MDPH, ou le département selon le cas. Les règles de procédure civile ressortant du code de la sécurité sociale sont alors difficilement applicables.


En matière de recours contentieux, parmi les exemples d'actions menées par certaines MDPH, on peut citer :

- Des recours en Cour de cassation afin de créer de la jurisprudence, par exemple en matière d'AEEH, trois arrêts de la Cour de cassation ayant permis de confirmer la bonne interprétation du texte par la MDPH.
- Des travaux engagés avec les tribunaux du contentieux de l'invalidité (TCI) en vue de proposer des formations à la PCH, d'améliorer la transmission des pièces et des mémoires en défense...
- La présence systématique aux audiences du TCI, pour expliquer les éléments d'évaluation et les raisons qui ont fondé les décisions de la CDAPH. Une MDPH souligne que, pédagogiquement, cela permet également un temps d'échange supplémentaire avec la personne handicapée présente à l'audience.

Les progrès dans ce domaine donnent des perspectives intéressantes pour mieux cibler les dossiers sur lesquels la MDPH fera appel, pour contribuer au développement de la jurisprudence, tant sur des questions d'application de la législation que sur des points pour lesquels la CDAPH a pris une position locale qu'elle souhaiterait « faire valider » de façon officielle.

Concernant les chiffres caractérisant ces compétences, on remarquera encore cette année que le nombre et le taux des recours, gracieux et/ou contentieux, sont extrêmement variables d'un département à l'autre, sans corrélation réelle a priori avec la taille du département. Dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres dans le fonctionnement des MDPH, la place des pratiques et le contexte local sont déterminants de ces différences apparentes, et souvent mal comprises par les associations...

Malgré cette diversité dans les situations départementales, on peut toutefois affirmer que le souci d'organisation de la mission relative au contentieux existe à peu près partout aujourd'hui, et qu'elle est devenue, dans de nombreux départements, un véritable pilier fonctionnel qu'on peut considérer comme structurant de l'ensemble du nouveau dispositif.



Il est également utile d'indiquer ici que, parmi **les services que la CNSA rend aux MDPH**, l'assistance juridique est l'un des plus appréciés et reconnus. Sans que les nombreuses réponses faites par la juriste aux questions des départements puissent constituer un véritable service juridique national, ces liaisons quotidiennes représentent un travail sensiblement supérieur à un temps plein pour les 1 500 questions-réponses traitées en 2010 par messagerie électronique (sans compter les appels téléphoniques). Les plus significatives des affaires étudiées – une centaine par an – sont ensuite diffusées dans le bulletin de liaison que la CNSA envoie deux fois par mois, un vendredi sur deux, aux directeurs des maisons départementales : « Infos-réseau MDPH ». Elles sont également mises en ligne sur l'Extranet de la Caisse. Au-delà du service ainsi rendu, ces liaisons juridiques régulières constituent un des leviers de l'égalité de traitement des pratiques sur tout le territoire dont la CNSA est chargée par la loi.

2.6. La mise en œuvre et le suivi des décisions

Moins d'un tiers des rapports traitent de l'aval du dispositif, en consacrant un chapitre particulier au suivi des décisions de la CDAPH, celui-ci faisant pourtant partie des missions des MDPH au titre de l'accompagnement des personnes handicapées. Cette absence a déjà été lourdement regrettée dans les précédentes synthèses. À l'exception d'une MDPH qui traite également du suivi des bénéficiaires de la PCH, le sujet est exclusivement traité pour les décisions concernant les orientations en établissement et services médico-sociaux.

Dans ce champ, il s'agit de la gestion, plus ou moins élaborée, d'une liste des personnes orientées en attente d'une place en structure spécialisée. Certaines MDPH vont même jusqu'à mettre en place une procédure d'admission, en fonction des situations prioritaires et de l'état des places éventuellement disponibles. Dans un département du Sud, une étude a été menée avec le Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées - CREAI pour l'élaboration d'un « document unique de candidature » en établissement et service ; dans un autre, un système de fiches navettes entre la MDPH et les associations gestionnaires a été institué.

Un autre exemple est donné par un département qui indique que « *le tableau de suivi des effectifs, adressé aux établissements, continue de fonctionner. La majorité des établissements se montre ponctuelle dans leur réponse. Cependant la transmission d'informations de la part des établissements sur les entrées et sortie des usagers, notamment sur le secteur adulte, reste limitée* ».

Dans l'attente de la mise en place d'une plateforme de gestion des listes d'attente, tel autre a organisé un échange trimestriel sur un tableur *Excel*, permettant de disposer périodiquement des informations nécessaires aux deux parties. Ce département a pu ainsi montrer « *qu'il y avait un excédent de places pour les personnes en situation de handicap moteur, alors que celles en direction des personnes handicapées mentales étaient nettement insuffisantes* ». Ces observations peuvent aussi faire ressortir les difficultés que rencontrent les professionnels dans l'accompagnement médico-social des personnes atteintes de certains troubles ; c'est le cas notamment des enseignants et des AVS pour les enfants touchés par l'autisme ou des troubles envahissants du développement. À partir de là, les nécessités de formation et de soutien de ces mêmes accompagnants sont posées.


Cette gestion est le plus souvent réalisée par des outils bureautiques classiques. Deux MDPH mentionnent l'utilisation d'un module de gestion intégré dans le système *IODAS*, une autre dans *Génésis* de l'éditeur SIRUS. Quelques autres ont réalisé, ou vont réaliser, leur propre application.

La collaboration des organismes tiers au suivi des décisions (CAF, Service public de l'emploi, assurance maladie...) n'est pas toujours assurée, la CDAPH n'ayant pas la charge d'aller plus loin que sa décision. Cette question doit être évoquée au sein de la commission exécutive du GIP de la MDPH dont la composition plurielle peut contribuer à la coordination des acteurs. Mais, au-delà de la coordination des institutions, c'est bien la question de la répartition des tâches d'accompagnement auprès de chacune des personnes dont la situation apparaît la plus lourde qui est aujourd'hui posée.

Toutes les MDPH qui gèrent **des listes de placements** ont établi un partenariat, plus ou moins étendu, avec les structures médico-sociales afin de recueillir les informations nécessaires sur les personnes accueillies.

Ce suivi des orientations permet d'objectiver une insuffisance des places en établissements et services médico-sociaux en faisant apparaître des listes d'attentes. Il constitue en cela un instrument essentiel pour l'élaboration des schémas régionaux et départementaux, voire pour la réorientation souhaitable des politiques locales.

La MDPH, en passant de la gestion des situations individuelles à une démarche de connaissance collective des besoins, doit devenir le partenaire habituel de l'ARS et des services du Conseil général. Cette fonction



d'observation reconnue par la loi commence à être organisée par les maisons départementales qui suscitent quelquefois la création d'un « observatoire du handicap » ou de façon plus large d'un « observatoire social » avec les autres services départementaux d'action sociale.

Le souci du long terme apparaît ainsi dans les préoccupations départementales, alors que les MDPH sont le plus souvent retenues par la gestion des situations en urgence.

Un autre résultat bénéfique de ces pratiques réside dans le développement du partenariat avec les établissements et les services médico-sociaux et dans les possibilités d'échanges autour des situations personnelles. La MDPH est alors identifiée par les établissements comme un centre de ressources, où ils peuvent trouver des informations sur les droits, mais aussi un lieu d'échange, tant dans leurs pratiques que pour des réflexions plus théoriques. Dans les départements où les établissements et services sont peu nombreux, et dans lesquels les professionnels peuvent souffrir d'une relative solitude intellectuelle, ce service rendu par la maison départementale, carrefour d'échanges des savoirs est particulièrement utile.

Si l'on s'attache aux difficultés les plus souvent rencontrées, le passage à l'âge adulte avec les « amendements Creton » revient comme un leitmotiv dans de nombreux rapports.

Dans l'accompagnement des personnes handicapées dans le temps, la désignation d'un référent semble judicieuse car, au-delà des difficultés d'orientation, ce travail régulier est indispensable ; il demande au moins une veille et doit garantir les possibilités d'alerte, en cas d'urgence. La fonction de **coordonnateur - gestionnaire de cas**, déjà présente à titre expérimental dans d'autres politiques sociales (plan Alzheimer) serait utile à mettre en place.

La question du financement, du positionnement et du périmètre d'intervention de ces futurs professionnels se posera inévitablement à terme, si l'on veut garantir aux personnes en situation de handicap un accompagnement à la mise en œuvre de leur projet de vie et une véritable coordination des parcours et ainsi ne pas se limiter aux décisions d'orientation ou de prestations ou à des interventions en urgence.

2.7. L'animation par la CNSA du réseau des MDPH

Il n'apparaît pas nécessaire de rappeler cette année les relations régulières que la CNSA entretient avec les maisons départementales des personnes handicapées, tant celles-ci sont habituelles et devenues quasi traditionnelles, depuis près de six ans maintenant. On indiquera qu'elles restent soutenues, même si les visites des experts de la Caisse dans les départements ont été un peu moins nombreuses en 2010 qu'elles l'avaient été au cours des premières années de la mise en place des MDPH. Réunions de différents groupes de travail thématiques, jeudis pratiques de la compensation, journées nationales des directeurs, rencontres professionnelles des coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires, des référents pour l'insertion professionnelle et maintenant des correspondants de la scolarisation sont les instruments de l'animation de ce réseau, sans parler de la transmission tous les quinze jours d'« infos-réseau MDPH », véritable bulletin de liaison.

Mais il est intéressant de remarquer, que dans l'autre sens, les demandes venant des territoires sont de plus en plus nombreuses, qu'elles proviennent des différentes équipes des maisons départementales ou des services des conseils généraux et quelquefois d'autres acteurs comme les associations, notamment pour la participation conjointe à des journées d'étude ou des colloques locaux.

Aujourd'hui, notamment grâce aux dispositions rendues possibles par les financements de la section IV du budget de la CNSA, les rapports avec d'autres services départementaux se développent. Il convient d'ailleurs de veiller à ce que ces relations ne tiennent pas à l'écart les MDPH dans les départements où des conventions relatives à la modernisation des services à domicile sont signées, tant ceux-ci sont indispensables dans les réponses de la politique du handicap au niveau local.

Ces liens étroits, même s'ils n'ont pas la même densité partout, ont été repris dans les pages de ce document, comme autant d'exemples du fonctionnement de ce qu'on peut appeler un véritable réseau partenarial, puisqu'il ne s'agit pas de relations hiérarchiques entre un niveau central et des services locaux.

L'interpellation mutuelle est la règle qui préside à ces rapports et a structuré les relations entre la CNSA et les MDPH depuis leur création.

L'arrivée prochaine du SipaPH, système d'information partagé, en permettant à l'ensemble des membres de ce réseau partenarial d'analyser et d'échanger autour de données fiables et communes contribuera à son enrichissement.

Conclusion

Au-delà des difficultés rencontrées, souvent très présentes dans les différents rapports des maisons départementales des personnes handicapées, il est possible de témoigner des réelles **perspectives d'évolution** et de **vraies ambitions** qui existent dans ces nouveaux services publics. On peut citer dans ce sens l'émergence de la fonction d'observation de la MDPH sur l'adéquation des réponses aux besoins, une meilleure prise en compte des situations individuelles, le développement de la connaissance de l'offre des services dans le cadre d'un début de coopération avec les agences régionales de santé, la participation des départements aux schémas régionaux d'organisation médico-sociale, la mission statistique qui commence à être développée en interne.

Jusqu'alors peu préoccupées de mettre en place un véritable **suivi des situations individuelles** après les décisions de leurs commissions, les maisons départementales considèrent aujourd'hui cette fonction comme étant nécessaire et intrinsèque à leurs missions ; elle est même considérée par beaucoup comme indispensable. Les efforts des départements apparaissent déjà importants, notamment en matière d'orientation vers les établissements et services médico-sociaux et vers le marché de l'emploi, de graves tensions de l'offre existant dans ces deux domaines. On peut citer dans ce sens l'exemple du document unique de candidature en établissement spécialisé au niveau départemental. Comme cela a pu être dit lors des précédents rapports de synthèse, le suivi du parcours des personnes handicapées dans le temps sera un véritable marqueur de la réussite de la réforme de 2005.

Parmi les ambitions affichées pour l'avenir par maints départements, il y a la volonté de faire progresser simultanément les conditions de travail des personnels et la qualité de la réponse apportée aux usagers. Au titre de la gouvernance du groupement d'intérêt public et de la maison départementale, on peut citer la mise en place d'outils de pilotage de la MDPH, l'amélioration des circuits et procédures de traitement des demandes, le souci de garantir le respect des délais, la recherche de modalités de gestion des listes d'attente en établissements et services médico-sociaux.

Une meilleure connaissance des publics et de leurs besoins, ainsi que l'état de l'offre disponible localement comptent parmi les préoccupations des MDPH ; leur place et leur rôle dépendront de leur capacité à produire cette expertise et à nouer des liens permanents avec les institutions partenaires.

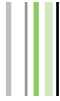
Parmi celles-ci, il faut citer **les nouvelles agences régionales de santé** qui, compétentes en matière d'équipements médico-sociaux et en matière de prévention, auront à faire la preuve de leur intérêt pour ces domaines, sans être trop exclusivement tournées vers le sanitaire au sens étroit du concept. Cette inquiétude exprimée par les associations à l'égard des ARS, partagée par les maisons départementales et les départements est souvent reprise dans les rapports annuels. Il y a là un important point de vigilance pour la politique du handicap.

Cela semble d'autant plus important que beaucoup de départements ont aujourd'hui une réflexion générale sur leur politique locale en direction des personnes handicapées et sur leurs pratiques administratives, en essayant de **passer du droit à des prestations à une véritable réponse globale**, la plus large possible et répondant au plus près à la demande, en fonction des possibilités financières et structurelles locales évidemment.

Aussi les MDPH essaient-elles :

- de rechercher au quotidien des solutions individuelles équilibrées entre respect des droits des personnes et cohérence des dispositifs ;
- de s'assurer de l'équité des propositions, et de leurs possibilités d'application avec souplesse, souvent pour des situations individuelles difficiles ;
- de devenir un véritable centre de ressources pour la mise en œuvre la plus juste du projet de vie.

Certains points de vigilance qui avaient été signalés dans les deux derniers documents de synthèse réalisés à partir des rapports de 2008 et 2009, peuvent de nouveau être repris, qu'il s'agisse des progrès à réaliser pour la présence des projets de vie dans les demandes présentées à la MDPH, de la structuration des équipes pluridisciplinaires appelées à se déplacer davantage au domicile des personnes handicapées et surtout des plans personnalisés de compensation encore bien peu présents de manière formelle dans le parcours du dossier.



Ressortant à la fois des points de vigilance à l'égard des MDPH et des réflexions faites au niveau national, tant par la CNSA que dans les multiples groupes de travail qui sont régulièrement réunis, il peut être utile de formuler ici **quelques interrogations et propositions** pour l'avenir d'une réforme qui atteindra en février 2012 « l'âge de raison » ; par exemple :

- Essayer de mieux définir le niveau optimal des emplois, selon les spécialités, dans chaque maison départementale, selon la charge de travail et le nombre de demandes traitées et en fonction des collaborations avec les services départementaux.
- Se poser la question de l'autonomie des groupements d'intérêt public, dont l'existence vient d'être pérennisée par la loi Paul Blanc, vis-à-vis des autres services des conseils généraux alors que dans le même temps se développe le concept de maison départementale de l'autonomie.
- Examiner le fonctionnement des CDAPH, en appréciant les délais, les dossiers réellement ouverts en séance, les personnes reçues par la commission.
- Effectuer une étude sur l'évolution des renouvellements d'ACTP par rapport aux demandes de PCH.
- Valider quelques « bonnes pratiques » qui au bout de cinq ans d'expérience, peuvent être considérées comme les plus efficaces.
- Réaliser une étude nationale sur les « publics frontière » connus par le dispositif du RSA ou par la MDPH, en évitant toutefois la tendance à parler de « handicap social ».
- Envisager de quelle manière les maisons départementales peuvent se rapprocher des comités départementaux consultatifs des personnes handicapées, voire de se substituer à eux, puisque dans la majorité des départements ils n'ont aucune existence régulière.
- Enfin et cela est sans doute le plus important et déterminant, réinterroger le fonctionnement général des services, afin de garantir, autant que possible et en application de la loi, **l'égalité de traitement sur tout le territoire** ; dans ce domaine on peut en effet s'inquiéter des différences importantes existant d'ores et déjà dans les nombres de demandes et dans les taux d'accord de la prestation de compensation du handicap entre les départements.

Pour essayer de répondre entre autres à cela, la CNSA poursuivra ses actions d'accompagnement des MDPH, avec les directeurs comme avec leurs équipes ; de nombreux rapports en soulignent d'ailleurs l'importance et le souhait. L'appui méthodologique qui leur est apporté facilite l'harmonisation des pratiques et le passage d'une logique de réponse à une demande à la prise en compte de la situation globale de la personne.

Ces modalités de coopération pourront évoluer à la demande des partenaires locaux pour s'adapter à cette nouvelle phase du développement des MDPH marquée, notamment, par la mise en œuvre des dispositions de la loi du 28 juillet 2011.

L'examen des **nouvelles conventions de qualité de service** avec l'ensemble des départements au cours du premier semestre 2012, sera l'occasion, pour les présidents de conseil général comme pour la CNSA, de préciser certaines de ces questions et de définir de concert un cadre renouvelé de leurs relations. L'enjeu n'est pas mince en effet qui est celui de faire vivre cette nouvelle catégorie de services décentralisés que certains, qui ont connu les premières lois de décentralisation voilà près de trente ans, considèrent aujourd'hui comme étant exemplaires.





www.cnsa.fr

Conception-réalisation : meanings