



Rapport d'analyse

Typologies organisationnelles

Février 2015

Sommaire

Sommaire	2
Introduction.....	3
1. Origine de la réflexion sur les typologies organisationnelles.....	3
2. Objectifs du rapport	3
Présentation des 12 idéaux-types.....	5
1. Ligne de force « Territorialisation et organisation »	6
2. Ligne de force « Aiguillage de la demande »	14
3. Ligne de force « Harmonisation et partage »	24
4. Ligne de force « Personnalisation du parcours »	32

Introduction

1. Origine de la réflexion sur les typologies organisationnelles

L'enquête de terrain et les 31 visites sur site ont permis d'enrichir l'analyse des conditions d'attribution de l'APA et de la PCH, et d'identifier des éléments de compréhension de la disparité entre les territoires.

En parallèle de ce travail, qui constituait le cœur de la commande de la CNSA, des axes de réflexion complémentaires liés à l'observation et à la caractérisation des modes d'organisation internes et externes des conseils départementaux et des MDPH ont pu être identifiés.

Cette nouvelle réflexion repose sur l'observation de modes d'organisation caractéristiques, adaptés à la fois par les conseils départementaux et les MDPH. Ces modes d'organisation concernent quatre axes transversaux, que nous avons appelés « lignes de force » :

- **La territorialisation et l'organisation en réseau** : la description des différents modèles d'organisation territoriale des équipes et des processus (accueil, instruction, évaluation et décision) ;
- **L'aiguillage de la demande** : l'identification des différents « parcours de la demande » selon les modalités d'orientation et d'aiguillage des dossiers ;
- **L'harmonisation et le partage au sein des équipes** : la caractérisation des pratiques de partage et d'échange entre les équipes et les partenaires, selon les étapes du processus d'attribution et les profils mobilisés.
- **La personnalisation des parcours d'attribution** : l'évaluation du degré de personnalisation du processus d'attribution en fonction des caractéristiques de la demande.

Afin de qualifier ces axes d'analyse, des « idéaux types » organisationnels ont été construits pour chacune de ces lignes de force, et ce à partir de modalités qui ont été observées sur le terrain. Il s'agit dès lors de proposer, pour chacun de ces 12 idéaux types identifiés, un cadre d'analyse permettant de caractériser :

- Les **prérequis** et les **éléments de contexte** propices ;
- Les modalités **organisationnelles** et les modes de **gouvernance** adaptés ;
- Les **ressources humaines** associées ;
- Les moyens et les outils nécessaires à leur mise en œuvre.

Des exemples directement tirés des visites de terrain viendront illustrer chaque idéal type organisationnel. Pour chacun, des avantages et inconvénients pourront en outre être identifiés.

2. Objectifs du rapport

Le présent document a pour objectifs :

- De présenter les **lignes de force** identifiées ;
- De décrire de la manière la plus simple et intuitive possible la **diversité organisationnelle** observée au sein des MDPH et des CD ;
- De **caractériser** chacun des 12 idéaux types ;
- De proposer des **illustrations** via des cas pratiques et cas métiers observés sur le terrain ;

- D'identifier les **avantages/inconvénients** d'une sélection de modes d'organisation cibles ;
- De proposer une **feuille de route** pour le déploiement de modes d'organisation cibles.

Présentation des 12 idéaux types

Les différentes visites de terrain, puis les analyses organisationnelles nécessaires à la compréhension de la disparité observée entre les départements ont permis de mettre en exergue des modes d'organisation pouvant être décrits selon 4 axes ; les « lignes de force » :

1. **La territorialisation et l'organisation en réseau**
2. **L'aiguillage de la demande**
3. **L'harmonisation et le partage au sein des équipes**
4. **La personnalisation des parcours d'attribution**

Il s'agit ici de présenter les principales caractéristiques de chaque « ligne de force », puis de détailler les « idéaux types » permettant de qualifier ces 4 axes d'analyse.

1. Ligne de force « Territorialisation et organisation »



Territorialisation et organisation

Cette ligne de force décrit l'organisation de la structure au sein du département en termes de découpage géographique du territoire, de répartition des implantations territoriales, et d'organisation des équipes à l'échelle départementale.

3 idéaux types découlent de ce 1^{er} axe d'analyse :

❖ **Idéal type « Centralisation » :**

- Une organisation centralisée avec un unique point d'entrée sur le département pour toute ou partie des étapes du processus d'attribution – *a minima* lors de la réception des dossiers de demande ;
- Les étapes d'instruction de la demande et d'évaluation du besoin des demandeurs sont réalisées en interne, au niveau central, de manière standardisée, et ce, quel que soit le secteur géographique du demandeur (ce qui n'exclut pas une répartition géographique des visites à domicile, ou VAD) ;
- Un réseau de partenaires qui se limite aux expertises spécifiques nécessaires à l'évaluation (par exemple pour les aides d'aménagement du logement).

❖ **Idéal-type « Territorialisation internalisée » :**

- La MDPH ou le conseil départemental se décline sur tout le territoire via des antennes et/ou équipes territorialisées, des permanences au sein de structures partenariales, ou encore des dispositifs spécifiques mis en place par le département (territoires d'action sociale, maisons départementales des solidarités – MDS...) ;
- Les antennes ou représentations locales du conseil départemental ou de la MDPH ont une compétence d'accueil (de 1^{er} et/ou de 2nd niveau), d'instruction et/ou d'évaluation pour tout ou partie des demandes de leur périmètre géographique.

❖ **Idéal-type « Territorialisation externalisée » :**

- La MDPH ou le conseil départemental apparaît au niveau du département comme la tête de réseau des acteurs de l'aide aux personnes âgées/handicapées, constitué des antennes territorialisées, des maisons départementales des solidarités (MDS) et des structures locales avec lesquelles des conventions et/ou partenariats ont été mis en place (CLIC, CCAS, coordinations gérontologiques, associations...)
- Des partenaires sont en mesure d'effectuer par conventions tout ou partie du processus d'attribution (hors prise de décision qui reste du ressort de la commission APA/de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, CDAPH).

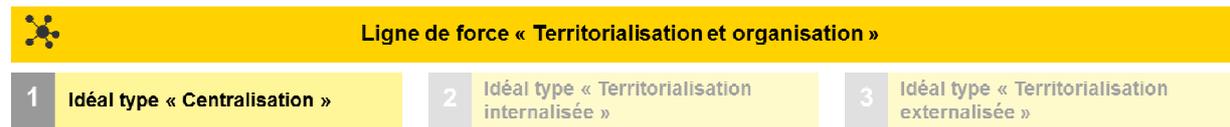
Il est proposé, pour chacun de ces idéaux types, de dresser un cadre précis d'analyse présentant :

- Ses caractéristiques majeures en matière de contexte, de modalités organisationnelles, de ressources humaines et de moyens et outils nécessaires à sa mise en œuvre ;
- Des illustrations directement tirées des visites de terrain ;
- Les principaux avantages et inconvénients identifiés.

Ce travail de qualification est présenté ci-après, par idéal type.

Des cas pratiques sont présentés régulièrement afin d'illustrer une ou plusieurs des caractéristiques d'un idéal type. **Citer un département ne signifie pas que toute son organisation est calquée sur un idéal type** – qui par définition est une construction intellectuelle –, mais qu'un des choix organisationnels qui ont été mis en place présente une compatibilité avec une des caractéristiques avec l'idéal type décrit.

1.1. Qualification de l'idéal type « Centralisation »



Prérequis et éléments de contexte propices

Une centralisation de l'accueil, de l'instruction et/ou de l'évaluation qui peut se motiver par :

- Un territoire peu vaste pour lequel l'existence de relais territoriaux du conseil départemental/de la MDPH n'apparaît pas indispensable ;
- Un maillage associatif/de partenaires peu dense qui rend impossibles l'externalisation et le recours à des tiers pour assurer certaines des étapes du processus d'attribution ;
- La volonté du conseil départemental/de la MDPH de garder la main sur l'ensemble du processus d'attribution.

Modalités organisationnelles et modes de gouvernance adaptés

- L'ensemble des dossiers est centralisé, *a minima* lors de la réception de la demande ;
- Un lieu unique où acheminer l'ensemble des demandes est préalablement identifié, *a priori* le site administratif de la direction PA du CD ou la MDPH ;
- Une clé de répartition est clairement définie afin de redistribuer les dossiers centralisés entre le personnel mobilisé : répartition par secteur géographique, par type de demande, par ordre alphabétique du nom du demandeur, ou encore par ordre d'arrivée des demandes ;
- Un mode d'organisation qui contracte les délais de traitement, en supprimant les délais d'acheminement vers ou en provenance des différents sites de traitement décentralisés.

Ressources humaines associées

- La centralisation et l'internalisation de la procédure d'attribution nécessitent une forte mobilisation des équipes opérant sur le site central, et ce afin de gérer un éventuel afflux de demandes entrantes ;
- Des agents polyvalents capables d'intervenir sur n'importe quel type de demande arrivant sur le site central, dans une perspective de lissage de charge ;
- En particulier si l'accueil est centralisé : des agents polyvalents capables d'assurer l'accueil physique et téléphonique des demandeurs.

Moyens et outils nécessaires à la mise en œuvre

- Une organisation qui nécessite un outil d'affectation et de suivi des dossiers de demande ;
- En cas de guichet unique, la mise en place d'une campagne de communication à destination des personnes âgées/handicapées et de leur entourage afin de diffuser les coordonnées postales et téléphoniques du point d'accueil des demandeurs ;
- Le déploiement de la dématérialisation, en particulier lors du dépôt de la demande via la mise en place de la téléprocédure, et ce afin de limiter les déplacements physiques pour le demandeur.



Illustration 1 : le Conseil départemental de la Charente (16)

Le Conseil départemental a territorialisé son accueil physique de 1^{er} niveau via les 9 maisons départementales des solidarités (MDS) – un accueil étant également proposé au siège administratif du CD. Les demandes d'APA déposées dans les points d'accueil décentralisés sont ensuite toutes envoyées en un point central : le Conseil départemental. Des instructeurs remettent alors les dossiers au binôme gestionnaire/coordonateur gérontologique en charge du secteur géographique concerné.

Ainsi, si l'évaluation est bien sectorisée, elle est internalisée puisque réalisée par du personnel départemental, et centralisée au Conseil départemental où sont rassemblés tous les binômes. À noter que cette centralisation n'est pas originelle puisque les coordinateurs gérontologiques étaient auparavant répartis au sein des secteurs dans les MDS. Ils ont récemment été rapatriés au niveau central.

Enfin, le Conseil départemental a centralisé son accueil téléphonique via la mise en place d'un numéro unique, ayant pour objectif de désengorger le secrétariat administratif du Conseil départemental.



Illustration 2 : la MDPH de la Lozère (48)

La MDPH a centralisé l'accueil physique et téléphonique de 1^{er} niveau des demandeurs de prestation de compensation de handicap (PCH). En effet, elle seule assure la réception, par courrier postal ou par dépôt physique, des dossiers de demande qu'elle saisit directement dans l'outil informatique.



Illustration 3 : le Conseil départemental des Bouches-du-Rhône (13)

Le département a mis en place une plateforme téléphonique « INFO APA 13 » pourvue d'un numéro unique destinée à accompagner les bénéficiaires et leurs familles dans leurs démarches. Cette plateforme joue le rôle de guichet unique pour l'APA et assure un accueil de 1^{er} et de 2nd niveau pour les particuliers, mais également pour les professionnels.

En effet, les conseillers APA 13 disposent d'un très bon niveau de connaissance du dispositif, acquis via de stages et des formations de terrain aux côtés des travailleurs sociaux. Si nécessaire, les conseillers APA peuvent également faire appel à un médecin et délivrer ainsi une expertise complémentaire au demandeur – on peut alors parler d'accueil de 3^{ème} niveau.

Avantages et inconvénients identifiés

Avantages	Inconvénients
Un risque limité de rupture organisationnelle entre les différentes étapes du processus global d'attribution	Un maillage territorial limité du département
Un point d'entrée unique facilement identifiable pour le demandeur	Un risque de saturation du point d'entrée unique (impossibilité pour le demandeur de joindre la plateforme téléphonique, indisponibilité des agents assurant l'accueil de 2 nd niveau...)
La possibilité de lisser la charge entre les agents intervenant sur une même étape	

1.2. Qualification de l'idéal type « Territorialisation internalisée »



Prérequis et éléments de contexte propices

Une territorialisation internalisée de l'accueil, de l'instruction et/ou de l'évaluation qui peut se motiver par :

- La taille ou les caractéristiques géographiques du département, afin de limiter les déplacements de l'usager et de l'évaluateur ;
- Un fort ancrage territorial des antennes et des relais locaux ;
- Un maillage associatif/partenaire peu dense qui rend impossibles l'externalisation ou le recours à des tiers pour assurer certaines des étapes du processus d'attribution ;
- La volonté de garder la main sur l'ensemble du processus d'attribution ;
- Une orientation politique donnée par l'exécutif : la territorialisation comme mode d'organisation des politiques publiques.

Modalités organisationnelles et modes de gouvernance adaptés

- Des représentations locales du conseil départemental/de la MDPH sont mises en place sur les territoires, avec du personnel y assurant une permanence ;
- L'ensemble du circuit n'est pas forcément territorialisé : la représentation locale peut assurer une ou plusieurs étapes du processus (généralement l'accueil et l'évaluation) ;
- Un « éclatement géographique » du parcours qui impose des relais fluides avec le site central pour assurer une continuité de traitement sur les étapes d'accueil, d'instruction, d'évaluation et de décision ;
- L'existence d'une instance supra territoriale unique afin :
 - de définir la jurisprudence locale en matière d'attribution des droits et de délivrance des aides ;
 - d'harmoniser les plans (PPC ou plan d'aide) élaborés par les entités territorialisées, dans un souci d'équité de traitement des demandes sur le territoire ;
 - d'assurer l'animation et la diffusion de l'information entre tous les acteurs intervenants lors du processus d'attribution ;

- de garantir le fonctionnement des organes décisionnaires : commissions APA, CDAPH, commissions de recours...

Ressources humaines associées

- Une forte mobilisation des équipes du conseil départemental et/ou de la MDPH, compte tenu du caractère internalisé du processus d'attribution de la demande ;
- Un enjeu fort d'harmonisation des pratiques entre les équipes territorialisées afin de garantir une prise en charge homogène de la demande selon les zones géographiques (entretien d'une « culture commune » entre les sites) ;
- Un enjeu d'animation et de pilotage des équipes au niveau central, afin d'assurer une bonne remontée et circulation de l'information ;
- Une pluridisciplinarité des équipes territorialisées qui va au-delà de l'équipe pluridisciplinaire/de l'équipe médico-sociale « standard », et ce afin d'assurer les étapes du processus d'attribution assurées par les sites décentralisés.

Moyens et outils nécessaires à la mise en œuvre

- Un partage de référentiels et supports communs entre les sites, en particulier pour l'étape d'évaluation ;
- Une transmission régulière des informations relatives à chaque demande via des outils collaboratifs : fiches navettes...
- Une plateforme numérique facilement accessible aux entités territorialisées et au site central permettant :
 - Le suivi de l'avancement de la demande ;
 - Le partage des informations – en particulier des pièces justificatives et médicales – collectées lors des différentes étapes du processus.

Illustrations



Illustration 1 : la MDPH de la Haute-Savoie (74)

À partir d'un point d'accueil départemental situé à Annecy, la MDPH de la Haute-Savoie coordonne et pilote l'accueil réalisé sur son site central et sur les relais territoriaux du Conseil départemental par les 3 « équipes territorialisées du handicap » (ETH) du département.

Chaque équipe de professionnels médico-sociaux accompagne les personnes dans l'élaboration de leur projet de vie et le renseignement du dossier de demande de PCH (c.-à-d. accueil de 2nd niveau), les conseille et réalise des visites à domicile en fonction des besoins. C'est également l'ETH qui formalise une 1^{ère} proposition de plan personnalisé de compensation (PPC), ensuite revue au niveau central par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Quelques bonnes pratiques sont à relever :

- La MDPH est très bien insérée dans le paysage associatif local, particulièrement dense et dynamique, et diffuse régulièrement de l'information à destination de ses partenaires ;
- La MDPH et les ETH ont mis en place un certain nombre de pratiques et d'outils collaboratifs, comme les fiches navette ;
- L'équipe pluridisciplinaire (EP) reste positionnée au niveau central. Ceci permet la revue et l'harmonisation des PPC élaborés par les ETH décentralisées.



Illustration 2 : le Conseil départemental de Saône-et-Loire (71)

Le Conseil départemental de Saône-et-Loire a fondé sa politique de solidarité sur la territorialisation. Ainsi le département est-il divisé en territoires d'action sociale (TAS), dont le champ d'action va de l'aide sociale à l'enfance à l'aide à l'autonomie des personnes âgées.

Dans chaque TAS, des services et maisons locales de l'autonomie ont été mis en place. Ces instances de coordination prennent en charge, en collaboration avec les partenaires locaux, les étapes d'accueil, d'instruction, d'évaluation et de décision. La direction centrale du Conseil départemental assure quant à elle les missions de définition des droits APA et de délivrance des aides. Elle est en outre garante du fonctionnement des commissions APA (territorialisées) et de la commission de recours (départementale).

Selon les interlocuteurs rencontrés, cette organisation favorise la proximité avec le demandeur mis aussi avec les partenaires locaux. En outre, parce que l'intégralité du processus d'attribution peut se faire de façon décentralisée sans allers et retours avec la direction centrale, cette organisation permet de diminuer les délais de traitement – le délai moyen est ainsi de 1,56 mois en Saône-et-Loire.

Avantages et inconvénients identifiés

Avantages	Inconvénients
Une proximité avec le demandeur et les partenaires locaux	Une potentielle distance avec le siège central (MDPH ou service dédié du conseil départemental)
Une adaptation des pratiques déployées pour traiter les demandes en fonction de l'écosystème local (mobilisation des partenaires...)	Un risque d'hétérogénéité des pratiques entre les différents sites territorialisés

1.3. Qualification de l'idéal type « Territorialisation externalisée »



Ligne de force « Territorialisation et organisation »

1 Idéal type « Centralisation »

2 Idéal type « Territorialisation internalisée »

3 Idéal type « Territorialisation externalisée »

Prérequis et éléments de contexte propices

Une territorialisation externalisée de l'accueil, de l'instruction et/ou de l'évaluation qui peut se motiver par :

- Une présence historique de certains acteurs locaux prompts à assurer toute ou partie des missions du conseil départemental/de la MDPH s'agissant de l'APA et de la PCH ;
- Une relation solide entre le conseil départemental/la MDPH et ses partenaires territorialisés ;
- La taille ou les caractéristiques géographiques du département, afin de limiter les déplacements de l'usager et de l'évaluateur ;

- La volonté du conseil départemental/de la MDPH de développer et de renforcer le partenariat avec les professionnels de proximité, notamment afin de capitaliser sur leurs compétences techniques et de mutualiser certaines étapes du processus (en particulier l'évaluation).

Modalités organisationnelles et modes de gouvernance adaptés

- La MDPH ou le conseil départemental apparaissent au niveau du département comme la tête de réseau des acteurs de l'aide aux personnes âgées/handicapées, principalement des structures locales avec lesquelles des conventions et/ou partenariats ont été mis en place (CLIC, CCAS, coordinations gérontologiques, associations...);
- Des partenaires locaux et territorialisés, avec lesquels le conseil départemental/la MDPH a conventionné, ont en charge tout ou partie des étapes du processus d'attribution (hors prise de décision qui reste du ressort de la commission APA/de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, CDAPH);
- L'ensemble du circuit n'est pas forcément effectué par des partenaires territorialisés;
- L'« éclatement géographique » du parcours impose des relais fluides avec le conseil départemental/la MDPH pour assurer une continuité entre toutes les étapes de l'attribution;
- L'existence d'une instance supra territoriale unique afin :
 - de définir la jurisprudence locale en matière d'attribution des droits et de délivrance des aides;
 - d'harmoniser les plans (PPC ou plan d'aide) élaborés par les partenaires territorialisés, dans un souci d'équité de traitement des demandes sur le territoire;
 - d'assurer l'animation et la diffusion de l'information entre tous les acteurs intervenants lors du processus d'attribution;
 - de garantir le fonctionnement des organes décisionnaires : commissions APA, CDAPH, commissions de recours...

Ressources humaines associées

- Un enjeu de formation du personnel des partenaires territorialisés :
 - aux outils imposés par la réglementation (grille AGGIR...) et mis à disposition par les instances nationales (guides d'évaluation...);
 - aux outils collaboratifs mis en place au niveau départemental;
- Un enjeu fort d'harmonisation des pratiques entre le personnel des partenaires territorialisés afin de garantir une prise en charge homogène de la demande selon les zones géographiques;
- Un enjeu d'animation et de pilotage des partenaires, afin d'assurer une bonne remontée et circulation de l'information.

Moyens et outils nécessaires à la mise en œuvre

- La signature d'une convention entre le conseil départemental/la MDPH et chaque partenaire, souvent accompagnée d'aides financières et/ou humaines et/ou matérielles (financement, mises à disposition de personnel et de locaux...);
- Le cas échéant, signature d'une convention de partenariat assurant la reconnaissance des évaluations réalisées par les partenaires (ex. : évaluation réalisée par les caisses de retraite);
- Un partage de référentiels et supports communs entre les partenaires locaux et les sites centraux, dans un souci d'harmonisation;
- Une transmission régulière des informations relatives à chaque demande via des outils collaboratifs : fiches navettes, interfaçage des systèmes d'information, plateforme dématérialisée et/ou espace partagé pour le partage des documents...



Illustration 1 : le Conseil départemental des Yvelines (78)

Le département des Yvelines est découpé en 9 coordinations gérontologiques locales (CGL) en charge d'informer les demandeurs d'aide sociale (dont les demandeurs d'APA) et de réaliser les évaluations à domicile nécessaires au traitement du dossier. Ces CGL sont animées, selon les secteurs, par du personnel du Conseil départemental, par des associations... Elles rassemblent une équipe de professionnels au service des personnes de plus de 60 ans : travailleurs sociaux, psychologues, médecins, secrétaires...

Le Conseil départemental assume quant à lui un rôle de tête de réseau, en charge d'animer un dialogue de gestion avec chaque coordination.

Avantages et inconvénients identifiés

Avantages	Inconvénients
Une présence au plus près du demandeur et de l'ensemble des services médico-sociaux et de santé (médecins, aides à domicile, liaison gériatrique...)	Une potentielle distance avec le siège central (MDPH ou service dédié du conseil départemental)
Une cohérence entre les découpages territoriaux existants et le maillage ainsi proposé	
Un nombre limité d'agents à mobiliser côté conseil départemental ou côté MDPH, et ce grâce à l'externalisation	Un risque fort d'hétérogénéité des pratiques pouvant nuire à l'équité de traitement entre les demandeurs

2. Ligne de force « Aiguillage de la demande »



Aiguillage de la demande

Cette ligne de force permet de résumer la diversité des parcours du dossier de demande selon le positionnement des étapes de tri et d'aiguillage du dossier, avec l'objectif d'identifier et d'accélérer le traitement des demandes urgentes, d'orienter les demandes moins complexes vers des processus simplifiés ou encore d'écarter du circuit les demandes non pertinentes.

3 idéaux types découlent de ce 2nd axe d'analyse :

❖ **Idéal type « Sélection finale » :**

- L'ensemble des demandes déposées est enregistré et entre indistinctement dans le parcours d'attribution ;
- Aucun prétri en amont lors de l'étape d'instruction : toutes les demandes sont donc instruites puis traitées par les équipes d'évaluation ;
- La sélection des demandes se fait uniquement au niveau de la commission de décision, qui notifie sur l'ensemble des demandes déposées.

❖ **Idéal type « Tri unique » :**

- Les demandes sont triées par un filtre unique situé en amont dans le processus (généralement à l'accueil ou à l'instruction), afin d'identifier et d'écarter les demandes administrativement non pertinentes et d'accélérer le traitement de certaines demandes ;
- Des circuits dédiés sont mis en place en fonction du type de demande ;
- Le refus d'attribution ne fait pas nécessairement l'objet d'une notification par la commission de décision, la demande ayant été sortie du circuit en amont de l'étape de décision.

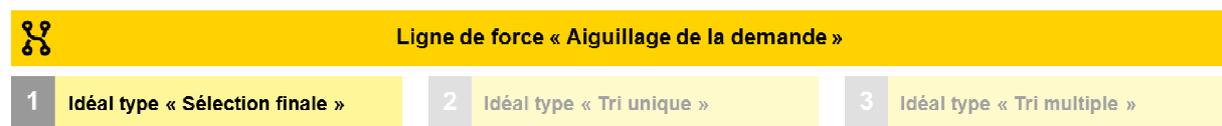
❖ **Idéal type « Tri multiple » :**

- Plusieurs points de tri permettent d'aiguiller la demande, au sein d'une même étape ou tout au long du processus d'attribution (accueil et information, instruction, évaluation, décision) ;
- Des circuits dédiés sont mis en place en fonction du type de demande ;
- Le refus d'attribution ne fait pas nécessairement l'objet d'une notification par la commission de décision, la demande ayant été sortie du circuit en amont de l'étape de décision.

Il est proposé, pour chacun de ces idéaux types, de dresser un cadre précis d'analyse présentant :

- Ses caractéristiques majeures en matière de contexte, de modalités organisationnelles, de ressources humaines et de moyens et outils nécessaires à sa mise en œuvre ;
- Des illustrations directement tirées des visites de terrain ;
- Les principaux avantages et inconvénients identifiés.

2.1 Qualification de l'idéal type « Sélection finale »



Prérequis et éléments de contexte propices

- Des départements ayant un faible nombre de demandes à traiter (que ce soit en stock ou en flux), où l'intérêt de mettre en place des circuits différenciés selon les types de demandes apparaît discutable ;
- Au contraire, des départements confrontés à un nombre de demandes élevé (que ce soit en stock ou en flux), qui ont opté pour une standardisation de l'ensemble du processus d'attribution : tous les dossiers suivent le même cheminement jusqu'à l'étape de décision ;
- Une organisation centralisée du processus d'attribution, facilitant le traitement des demandes reçues au fil de l'eau ;
- Une volonté assumée de ne pas mettre en place de tri, dans une logique d'équité de traitement de l'ensemble des demandes déposées.

Modalités organisationnelles et modes de gouvernance adaptés

- L'ensemble des demandes déposées est enregistré et entre indistinctement dans le circuit d'instruction ;
- Les demandes non pertinentes, telles que les demandes exclusivement liées à de l'aide ménagère pour une PCH ou les demandes déposées par des personnes qui ne remplissent pas les conditions réglementaires (âge, résidence...), suivent l'intégralité du processus d'attribution jusqu'à l'étape de décision ;
- L'étape de décision est donc primordiale puisqu'elle est l'unique phase de sélection mise en place sur l'intégralité du processus d'attribution : est alors écarté l'ensemble des demandes ne pouvant se voir attribuer une APA ou une PCH, que ce soit pour des motifs administratifs (âge, résidence...) ou liés à l'éligibilité du demandeur (personne classée en GIR 5 suite à une évaluation dans le cadre de l'APA...) ;
- L'instance décisionnaire afférente (commission de décision prévue par les textes ou instance *ad hoc* mise en place par le conseil départemental ou la MDPH) :
 - se prononce donc sur l'ensemble des demandes déposées : pour ce faire, un système de listing peut être mis en place. Seules les demandes les plus complexes sont alors étudiées et détaillées en séance ;
 - se réunit régulièrement afin de garantir la fluidité du processus d'attribution.
- Une réflexion à mener quant à la sensibilisation des demandeurs et des partenaires aux conditions d'attribution de prestations, afin de limiter le dépôt – et donc en l'absence de filtre le traitement – de demandes non pertinentes, et la charge de travail afférente pour le personnel mobilisé.

Ressources humaines associées

- Une polyvalence des équipes mobilisées (en particulier les équipes médico-sociales et équipes pluridisciplinaires), capables d'intervenir sur n'importe quel type de demande ;
- De manière générale, une organisation qui implique une forte disponibilité de l'ensemble du personnel afin de traiter rapidement et au fil de l'eau le flux de demandes ;
- Une coordination optimale des équipes intervenant à chaque étape du processus, pouvant être assurée via une supervision globale (coordinateur) ou la mise en place de dispositifs adaptés (binômes instructeur/évaluateur...)

Moyens et outils nécessaires à la mise en œuvre

- Une organisation du traitement nécessitant une gestion attentive du flux de demandes, par exemple via l'utilisation d'un outil assurant le dispatching des dossiers entre le personnel mobilisé ;
- Une organisation du traitement nécessitant la formalisation et le partage :
 - de procédures communes entre tout le personnel intervenant sur une même étape du processus d'attribution ;
 - d'outils pouvant être utilisés, quel que soit le type de demande (ex. : questionnaire adapté aux personnes handicapées adultes et enfants...), en l'absence de différenciation entre les demandes à traiter ;
- Le cas échéant (c.-à-d. si la commission de décision réglementaire est bien réunie dans les conditions prévues par les textes), la nécessité de préparer le travail des membres de la commission en charge de statuer sur l'ensemble de dossiers, et ce via l'élaboration de listings récapitulatifs facilitant la prise de décision ;
- Une réflexion à mener sur les pièces complémentaires à fournir (nature des pièces et modalités de réception) afin de disposer de dossiers les plus complets possible dès leur dépôt et de limiter l'instruction de dossiers incomplets et/ou le temps consacré à la récupération de ces documents.

Illustrations



Illustration 1 : le Conseil départemental de la Charente (16)

Sur l'ensemble du processus d'attribution, le Conseil départemental de la Charente a fait le choix de ne mettre en place aucune étape de tri : *« Il y a des filtres qui peuvent exister ailleurs, mais que nous n'avons pas forcément ».*

Ainsi, les demandes d'APA qui arrivent au siège sont centralisées par le secrétariat de la direction Handicap Dépendance (DHD) pour numérisation. Une étape de répartition – et non de filtrage puisqu'aucun dossier n'est écarté – est alors mise en place afin de distribuer les demandes par secteur géographique. En effet, chacun est pris en charge par un binôme gestionnaire/coordonateur gérontologique.

Toutes les demandes, y compris les demandes de révisions, sont alors indistinctement instruites jusqu'à la réunion de la commission technique, organe décisionnaire qui accepte ou rejette les plans d'aide élaborés par les binômes – en lieu et place de la commission de décision qui consiste en un visa du DGA référent.



Illustration 2 : l'absence de tri, une modalité organisationnelle peu envisageable au sein des MDPH

Gestionnaires de la majorité des aides et dispositifs à destination des personnes handicapées du département (prestations et allocations comme la PCH et l'AAH, cartes d'invalidité, de priorité, de stationnement, orientation vers des établissements spécialisés...), les MDPH reçoivent une multitude de dossiers de demandes dont une minorité – autour de 6 % – sont des demandes de PCH. Aussi doivent-elles nécessairement effectuer un tri pour identifier, parmi tous les dossiers qui arrivent, ceux qui concernent une PCH.

À noter la volonté affirmée de plusieurs MDPH de profiter du dossier unique de demande (formulaire Cerfa qui englobe toutes les prestations gérées par la MDPH) pour assurer une **approche globale** de la situation du demandeur. Si les différentes demandes effectuées au sein du formulaire unique ont bien été distinguées, il s'agit de toutes les traiter en parallèle – et d'assurer notamment la circularisation des pièces justificatives nécessaires et l'alignement des droits d'ouverture des différentes prestations gérées par la MDPH – afin de donner une réponse unique, pour l'ensemble de ses demandes, au demandeur.

Avantages et inconvénients identifiés

Avantages	Inconvénients
La consécration de la commission (ou de l'instance s'y substituant) comme l'instance décisionnaire pour l'attribution de l'APA/la PCH	La nécessité de réunir régulièrement les instances décisionnaires au risque de créer un engorgement au niveau de l'étape de décision
	Le risque de sous-effectif au regard du flux de demandes à traiter, compte tenu de la constance du nombre de demandes du début à la fin du processus d'attribution
L'assurance d'une équité de traitement entre toutes les demandes	Des modalités de traitement inadaptées à certains types de demandes (urgentes, PCH enfants...)
La standardisation du traitement des demandes qui permet d'accélérer le processus	La standardisation du traitement des demandes pouvant induire une standardisation des tâches, susceptible de démotiver le personnel

2.2 Qualification de l'idéal type « Tri unique »



Ligne de force « Aiguillage de la demande »

1

Idéal type « Sélection finale »

2

Idéal type « Tri unique »

3

Idéal type « Tri multiple »

Prérequis et éléments de contexte propices

- Des départements confrontés à un nombre de demandes élevé (que ce soit en stock ou en flux) :
 - qui ne peuvent envisager un traitement des dossiers au fil de l'eau ou au cas par cas ; et/ou
 - souhaitant diminuer le volume de demandes à traiter en se focalisant sur les demandes pertinentes.
- De manière plus globale, l'objectif de limiter le travail relatif aux demandes non pertinentes en les écartant rapidement du circuit d'instruction, et ainsi de concentrer les étapes d'instruction et d'évaluation sur les demandes les plus susceptibles d'aboutir ;
- La volonté d'identifier et de réorienter, dès le début du processus d'attribution, un ou plusieurs types de demandes (en particulier les demandes les plus urgentes) ;
- Une volonté de diminuer le délai de traitement des demandes.

Modalités organisationnelles et modes de gouvernance adaptés

- Un point de passage unique pour toutes les demandes afin d'assurer un aiguillage du dossier selon des critères clairement définis et partagés par les agents en charge du tri, notamment :
 - Des critères administratifs (âge, lieu de résidence...) ; et/ou
 - Des critères de pertinence de la demande (rejet des demandes de PCH uniquement composées d'aide-ménagère...) ; et/ou
 - Des critères de complétude (réorientation des dossiers incomplets...) ;
 - Le type de demande (1^{ère} demande, révision...) ;
 - Le profil du demandeur (adulte, enfant) ;
 - L'urgence de la demande...
- Des demandes qui doivent être rapidement acheminées vers ce point de tri pour un aiguillage immédiat ;
- La mise en place de circuits différenciés en fonction des critères de tri arrêtés, par exemple : circuit de « sortie » pour les dossiers rejetés sur critères administratifs, circuit accéléré pour les demandes urgentes, aiguillage vers un pôle spécifique pour les demandes concernant les enfants, retour à l'expéditeur pour les dossiers incomplets...

Ressources humaines associées

- Une étape de tri nécessitant la mobilisation de personnel dédié, disposant du profil le plus adapté au(x) critère(s) de tri retenus : par exemple, profil médical pour distinguer les demandes urgentes des autres demandes si le critère de tri est l'urgence ;
- Un enjeu fort de formation et de sensibilisation du personnel chargé d'effectuer ce premier tri, afin de ne pas effectuer de rejets à tort ou de priorisation sans motifs ;
- Le cas échéant (c.-à-d. si un circuit spécifique a été mis en place), une capacité pour les instructeurs et évaluateurs à absorber rapidement les demandes fléchées comme urgentes.

Moyens et outils nécessaires à la mise en œuvre

- Un dispositif permettant l'orientation rapide des demandes vers le point de tri : centralisation vers un lieu unique au moment du dépôt de la demande, numérisation des dossiers entrants...

- Un outil interne de gestion des demandes permettant de piloter leur parcours, de générer des alertes en cas de problème dans le circuit (par exemple en cas de retard dans les circuits accélérés) et de visualiser l'état d'avancement de leur traitement ;
- Le cas échéant, la mise en place d'outils types pour les circuits « de sortie » permettant une réponse rapide au demandeur, par exemple :
 - Des courriers types de retour à l'expéditeur avec demande de complétude du dossier (y compris pièces justificatives) ;
 - Des courriers types de notification pour rejet administratif...

Illustrations



Illustration 1 : le Conseil départemental du Territoire de Belfort (90)

La gestion des demandes d'APA est assurée par le service personnes âgées (SPA) du Conseil départemental. Seul ce service met à disposition du grand public des dossiers de demande, qu'il envoie nommément à domicile suite à une requête effectuée auprès d'une conseillère en gérontologie du CLIC. Il est ainsi plus aisé d'assurer le suivi des dossiers.

L'étape de prétri intervient lors du renseignement du dossier. En effet, les assistantes-secrétaires en charge d'aider le demandeur rédigent, en parallèle du dossier, des notes synthétiques à destination des conseillères en gérontologie. Ces documents visent notamment à repérer les demandes urgentes, qui suivent alors un processus d'instruction accéléré. Ainsi, c'est le critère d'urgence qui permet d'aiguiller les demandes entrantes selon l'un ou l'autre des circuits.



Illustration 2 : la MDPH de la Gironde (33)

Chaque jour, 350 demandes de tous types arrivent en moyenne à la MDPH. Les agents d'accueil effectuent un premier tri « basique » sur deux critères principaux : l'âge du demandeur et les demandes exclusives d'aide ménagère. Si le demandeur n'a pas l'âge requis ou ne requiert qu'une aide ménagère à domicile, l'agent d'accueil peut ainsi le réorienter vers le guichet adéquat (Conseil départemental...). Cette étape est également l'occasion de repérer les pièces justificatives manquantes et de l'indiquer dans le formulaire de dépôt. Les dossiers reçus sont listés sur un fichier Excel de suivi puis transmis aux gestionnaires administratifs. Ces derniers instruisent ensuite indifféremment l'ensemble des demandes au fur et à mesure de leur arrivée.

À noter que le personnel de la MDPH réfléchit actuellement à la mise en place d'une étape de prétri, afin d'identifier les demandes « aberrantes » en amont de l'étape d'évaluation (sur critère d'âge, de type de demande...).

Avantages et inconvénients identifiés

Avantages	Inconvénients
Le cas échéant, la limitation du nombre de demandes non pertinentes présentes dans le circuit global d'attribution	
La limitation du travail relatif aux demandes non pertinentes, rapidement écartées du processus d'attribution	Un risque de goulot d'étranglement à l'entrée dans l'un des circuits différenciés si le calibrage des équipes dédiées n'est pas adapté au flux de demandes concernées
Une répartition en différents circuits afin de permettre l'accélération du traitement des demandes ainsi catégorisées	Un risque de rallongement des délais en cas d'erreur d'aiguillage

2.3 Qualification de l'idéal type « Tri multiple »



Ligne de force « Aiguillage de la demande »

1

Idéal type « Sélection finale »

2

Idéal type « Tri unique »

3

Idéal type « Tri multiple »

Prérequis et éléments de contexte propices

- Des départements confrontés à un nombre de demandes élevé souhaitant absorber le flux de demandes entrantes par un aiguillage fin des dossiers ;
- Au contraire, des départements recevant un nombre de dossiers modéré, qui souhaitent limiter la mobilisation des ressources rares (ergothérapeutes, médecin...) aux demandes identifiées comme nécessitant leur intervention (par exemple, mobilisation du médecin de la MDPH pour l'évaluation relative à une demande urgente de PCH) ;
- Un enjeu qualitatif, en lien avec la personnalisation du parcours : une réponse spécifique est apportée à la demande en fonction du chemin emprunté tout au long du processus d'attribution.

Modalités organisationnelles et modes de gouvernance adaptés

- La mise en place de plusieurs points de tri permettant d'aiguiller la demande, à plusieurs étapes du processus global d'attribution (en particulier à l'accueil et à l'entrée dans la phase d'instruction) et selon des critères clairement définis et partagés par les agents en charge du tri, notamment :
 - Des critères administratifs (âge, lieu de résidence...) ; et/ou
 - Des critères de pertinence de la demande (rejet des demandes de PCH uniquement composées d'aide-ménagère...) ; et/ou
 - Des critères de complétude (réorientation des dossiers incomplets...) ;
 - Le type de demande (1ère demande, révision...) ;
 - Le profil du demandeur (adulte, enfant) ;
 - L'urgence de la demande...
- Des demandes qui doivent régulièrement passer par ces points de tri pour aiguillage, certains étant formalisés – on parle souvent de « cellules de tri » ;

- La mise en place de circuits différenciés en fonction des critères de tri arrêtés, par exemple : circuit de « sortie » pour les dossiers rejetés sur critères administratifs, circuit accéléré pour les demandes urgentes, aiguillage vers un pôle spécifique pour les demandes concernant les enfants, retour à l'expéditeur pour les dossiers incomplets...

Ressources humaines associées

- Les multiples étapes de tri nécessitent la mobilisation de personnel dédié, disposant du profil le plus adapté au(x) critère(s) de tri retenus : par exemple, profil administratif pour repérer les dossiers incomplets lors de la phase d'instruction ;
- Un enjeu fort de formation et de sensibilisation du personnel chargé d'effectuer les différents tris, afin de ne pas effectuer de rejets à tort ou de priorisation sans motifs ;
- La spécialisation des équipes intervenant après les étapes de tri, afin de traiter les demandes orientées vers tel ou tel circuit par la procédure la plus adaptée ;
- Le cas échéant (c.-à-d. si un circuit spécifique a été mis en place) une nécessaire réactivité des instructeurs et évaluateurs pour traiter les demandes identifiées comme étant urgentes et/ou prioritaires.

Moyens et outils nécessaires à la mise en œuvre

- Un outil interne de gestion des dossiers accessible à tous les acteurs intervenant dans le processus d'attribution, et permettant :
 - De faciliter l'aiguillage des demandes à chaque étape de tri ;
 - De visualiser à chaque instant leur état d'avancement ;
 - De vérifier le bon suivi du circuit spécifique vers lequel a été orienté le dossier ;
 - Le cas échéant, d'identifier le critère ayant conduit à la sortie du dossier du processus global d'attribution ;
- Le cas échéant, la mise en place d'outils types pour les circuits « de sortie » permettant une réponse rapide au demandeur, par exemple :
 - Des courriers types de retour à l'expéditeur avec demande de complétude du dossier (y compris pièces justificatives) ;
 - Des courriers types de notification pour rejet administratif...



Illustration 1 : la MDPH du Bas-Rhin (67)

La MDPH du Bas-Rhin a mis en place plusieurs points de tri au fur et à mesure du parcours du dossier de demande de PCH :

- Un premier tri au moment de la réception du dossier, basé sur un critère de complétude : tous les dossiers qui arrivent sont enregistrés et vérifiés par une « cellule incomplétude » qui s'assure que les pièces requises sont jointes à la demande de PCH. Les demandeurs ayant déposé un dossier incomplet reçoivent un accusé de réception avec demande de pièces complémentaires à fournir sous 17 jours. Sans retour, ils sont relancés au bout d'un mois, puis leur dossier est classé sans suite. Ces dossiers n'étaient jusqu'alors pas comptés dans les chiffres annuels. Depuis 2014, il a été décidé de les comptabiliser comme des « refus par manque d'éléments » ;
- Un second tri en amont de l'évaluation, basé sur des critères administratifs : ainsi, près de la moitié des demandes font l'objet d'un refus pour dépassement de l'âge requis ou demande exclusive d'aide ménagère ;
- Un troisième tri lors de l'évaluation, basé sur des critères médicaux : il s'agit, pour la référente technique, d'identifier les demandes urgentes en lien avec la responsable de l'unité d'évaluation ;
- Un dernier tri avant le passage en CDAPH, basé sur le profil du demandeur : plusieurs commissions ont été mises en place, selon l'âge du demandeur. Il convient donc de classer les demandes à examiner par la CDAPH adultes, la CDAPH « enfants » et la CDAPH plénière mensuelle (recours gracieux uniquement).

À noter cependant qu'aucune priorisation des demandes n'est effectuée par la MDPH, à l'exception de celle mise en œuvre via la 3^{ème} phase de tri pour identifier les demandes urgentes. Ainsi les demandes qui restent dans le circuit sont-elles traitées par ordre alphabétique, ce qui constitue, selon le personnel de la MDPH, un goulot d'étranglement à l'entrée dans l'étape d'évaluation.



Illustration 2 : la MDPH de l'Allier (03)

Dans la perspective d'optimiser le parcours des demandes de PCH, la MDPH de l'Allier a opté pour la démultiplication des filtres :

- Un premier filtre opéré par les agents d'accueil en charge de l'accueil de 2nd niveau et de la réception des dossiers : il s'agit de vérifier la cohérence de la demande au regard du besoin puis de s'assurer de la complétude du dossier. Si l'agent fait le constat d'une incohérence et/ou d'une inéligibilité à la PCH, il est ainsi capable de réorienter le demandeur vers le guichet adéquat (CLIC, assistante sociale de secteur...). S'il constate une incomplétude du dossier, il demande à la personne de revenir avec les pièces complémentaires nécessaires ;
- Un second filtre est effectué par les instructeurs en charge de l'enregistrement et de la 1^{ère} phase d'instruction, sur les mêmes critères que ceux utilisés par les agents d'accueil (cohérence de la demande et complétude du dossier). Si le dossier paraît ne pas relever d'une PCH, un courrier est envoyé au demandeur et la demande est classée sans suite. S'il manque des pièces justificatives, le dossier est enregistré et un accusé de réception avec demande d'envoi de pièces complémentaires est transmis au demandeur ;
- Un troisième filtre est organisé tous les lundis par la cellule de prétri (1 cellule/antenne) composée du médecin, des assistantes sociales, des instructeurs et du référent insertion, afin de sortir les demandes non éligibles du processus d'attribution et d'identifier les demandes les plus simples (renouvellements de renouvellements...) pour lesquelles des propositions peuvent être faites dès cette étape ;
- Un quatrième filtre est mécaniquement opéré en amont de la CDAPH. Il s'agit en effet de différencier les demandes « simples » et les demandes « complexes », qui seront respectivement orientées vers la commission **restreinte** (étude et validation des demandes simples sur liste), **locale** (étude et avis sur toutes les 1^{ères} demandes et demandes de révision), plénière (validation des avis des commissions locales et examen des dossiers complexes).

Le travail d'optimisation des processus et procédures doit se poursuivre, afin de désengorger l'étape d'instruction des dossiers et de décharger les évaluateurs du travail administratif particulièrement chronophage.

Avantages et inconvénients identifiés

Avantages

La sortie précoce du circuit global d'attribution des demandes non pertinentes

Inconvénients

Une adaptation fine des modalités de traitement de la demande à ses spécificités

La remise en cause du principe d'équité de traitement entre toutes les demandes

3. Ligne de force « Harmonisation et partage »



Harmonisation et partage

Cette ligne de force distingue les départements selon le niveau de partage et d'échange d'informations tout au long du parcours d'attribution, que ce soit en interne au sein des différentes équipes ou en externe auprès des partenaires.

3 idéaux types découlent de ce 3ème axe d'analyse :

- ❖ **Idéal type « Processus inclusif » (en interne et en externe) :**
 - La demande est discutée lors d'au moins une réunion pluridisciplinaire rassemblant évaluateurs sociaux et médicaux ainsi que les partenaires mobilisés lors de l'évaluation, impliqués dans la discussion et le processus de décision ;
 - L'ensemble des décisions « clés » (refus/attribution) est pris collectivement ;
 - Des échanges réguliers sont organisés afin d'harmoniser les pratiques et de discuter sur les cas complexes.

- ❖ **Idéal type « Processus participatif » (en interne) :**
 - La demande est discutée lors d'au moins une réunion pluridisciplinaire rassemblant évaluateurs sociaux et médicaux.
 - Des échanges réguliers sont organisés afin d'harmoniser les pratiques et de discuter sur les cas complexes.
 - Les partenaires alimentent les services en données et informations complémentaires sans être impliqués dans le débat ou la décision.

- ❖ **Idéal type « Processus séquentiel » (pas d'échange en interne) :**
 - La demande est vue de manière successive par les différents corps de métiers ;
 - Les décisions de refus/avis d'éligibilité peuvent être prises de manière unilatérale lors de prétrés ou d'étapes intermédiaires ;
 - Jusqu'à la prise de décision, les temps d'harmonisation, de partage ou d'échange au sein des équipes sont réduits à un strict minimum.

Il est proposé, pour chacun de ces idéaux types, de dresser un cadre précis d'analyse présentant :

- Ses caractéristiques majeures en matière de contexte, de modalités organisationnelles, de ressources humaines et de moyens et outils nécessaires à sa mise en œuvre ;
- Des illustrations directement tirées des visites de terrain ;
- Les principaux avantages et inconvénients identifiés.

3.1 Qualification de l'idéal type « Processus inclusif »



Prérequis et éléments de contexte propices

- Une volonté de maximiser l'aspect pluridisciplinaire de l'évaluation en prenant les décisions clés de la manière la plus collective possible, avec l'ensemble des parties prenantes, en interne (profils administratifs, médico-sociaux, médicaux) et en externe (partenaires techniques, associations) tout en intégrant le demandeur dans le processus d'évaluation ;
- Une structuration qui repose sur la présence et l'implication forte de partenaires et associations au niveau local sur le handicap ;
- Un mode d'organisation qui implique un circuit de traitement de la demande au préalable fluide :
 - Le processus d'évaluation « inclusif » est fortement consommateur de ressources, nécessitant une disponibilité des différents profils (médicaux, sociaux, administratifs...) au même moment ;
 - Au regard des temps de partage et d'échanges induits par une approche inclusive, les délais de traitement de départ doivent s'inscrire dans une fourchette raisonnable pour ne pas mettre les équipes d'évaluation en risque sur les délais légaux ;
 - Des ressources externes dont la réactivité et la capacité de mobilisation doivent être garanties.

Modalités organisationnelles et modes de gouvernance adaptés

- L'ensemble des évaluations sont passées en revue lors de réunions pluridisciplinaires réunissant évaluateurs sociaux et médicaux, instructeurs ainsi que les partenaires mobilisés lors de l'évaluation ;
- Des réunions pluridisciplinaires qui peuvent s'effectuer avec des périmètres différents (restreints/plénière) selon les étapes de la demande ;
- Un rythme de réunions pluridisciplinaires très régulier pour garantir le traitement de l'ensemble des demandes ;

Ressources humaines associées

- Une organisation qui implique une disponibilité régulière de l'ensemble des ressources rares (médecins, ergothérapeutes...) pour ne pas créer un goulet d'engorgement ralentissant le délai de traitement ;
- Des partenaires externes qui doivent être en mesure de mettre à disposition des représentants de manière régulière pour participer aux réunions d'équipes pluridisciplinaires ;
- Une incitation à la réalisation des visites à domicile en binôme de deux agents aux compétences différentes (TS/infirmière, TS/ergothérapeute, TS/expertise extérieure) ;
- Un coordonnateur jouant un double rôle clé dans ce dispositif :
 - D'organisateur et d'animateur des réunions pluridisciplinaires ;
 - De partage des informations et de synthèse des débats.

Moyens et outils nécessaires à la mise en œuvre

- Une harmonisation des outils de collecte d'information entre les agents en interne et les partenaires afin de faciliter les échanges et les débats en équipe pluridisciplinaire ;
- Un partage des référentiels et des outils d'évaluation entre les différents profils intervenant sur l'évaluation ;

- Un contact direct avec les partenaires (mail/téléphone) permet de fluidifier les relations avec les partenaires lors de leur travail de terrain et leur contact avec les demandeurs et les usagers.

Illustrations



Illustration 1 : la MDPH de Lozère (48)

Une approche « inclusive », qui se traduit par une dimension élargie de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation. En effet, l'équipe pluridisciplinaire élargie (EPE) inclut, outre les équipes de la MDPH, des représentants du Conseil départemental ainsi que des invités spécifiques, conviés en fonction des caractéristiques de la demande et des intervenants extérieurs qui ont pu être mobilisés lors de l'évaluation : Cap Emploi, associations, référent Éducation nationale pour une PCH enfant...

La MDPH a également travaillé à orchestrer un écosystème de partenaires dynamiques et bien informés sur le handicap, afin de faciliter la circulation de l'information sur la PCH et de mieux orienter les demandeurs. Ainsi des « kits MDPH » ont été transmis aux médecins généralistes, CCAS, maisons médicales et kinésithérapeutes et hôpitaux du territoire.



Illustration 2 : le Conseil départemental du Haut-Rhin (68)

Le CD du Haut-Rhin a fortement développé des pratiques de coordination de son écosystème de partenaires, autour de réunions de formations et de sensibilisation sur la PCH, d'un maillage dense (avec des ressources dédiées) du territoire permettant des collaborations de proximité de qualité avec tous les partenaires. Cette organisation inclusive permet une montée en compétence des partenaires sur l'APA, tout en créant un climat de confiance facilitant le partage et la circulation d'informations sur les demandeurs et leur situation médico-sociale.

Avantages et inconvénients identifiés

Avantages	Inconvénients
Un mode d'organisation qui permet la proposition de réponses la plus complète possible aux besoins de la personne handicapée	À court terme, un mode d'organisation fortement consommateur en temps et en ressources humaines
Un partage des informations en amont de la prise de décision qui joue à la hausse sur le taux d'accord	-
A moyen et long-terme, des pratiques d'échange d'informations à même d'entraîner une montée en compétences des différents intervenants, permettant d'envisager un gain en termes de traitement des demandes	-
Des pratiques d'échanges et de partage qui permettent une sensibilisation de l'ensemble des agents aux métiers des instructeurs et des différents profils d'évaluation	-

3.2 Qualification de l'idéal type « Processus participatif »



Prérequis et éléments de contexte propices

- Un mode d'organisation qui respecte la dimension « pluridisciplinaire » de l'évaluation et de l'attribution de la prestation, en mobilisant lors des étapes clés de l'évaluation l'ensemble des profils (médicaux, médico-sociaux et administratifs), en interne, pouvant disposer d'un avis sur le dossier ;
- Le rôle des partenaires extérieurs, associations et intervenants techniques (pour les aménagements du véhicule, du logement et les aides techniques) se limite à la transmission d'informations, sans implication plus poussée dans le processus d'évaluation ;
- La MDPH ou le CD doivent être capables de mobiliser régulièrement et en simultané les profils médico-sociaux, médicaux et administratifs, impliquant une relative disponibilité des agents.

Modalités organisationnelles et modes de gouvernance adaptés

- L'ensemble des évaluations sont passées en revue lors de réunions pluridisciplinaires réunissant évaluateurs sociaux et médicaux et instructeurs ;
- Toutes les décisions sont vues et abordées lors de réunions pluridisciplinaires : ainsi, le prétri de décision d'évaluation n'est pas réalisé par un médecin seul, mais par une équipe d'évaluation qui peut se réunir en formation restreinte ;

- Un planning de réunion des équipes pluridisciplinaires, restreintes et plénières, est défini à l'avance pour garantir la disponibilité des agents.

Ressources humaines associées

- À l'instar du processus « inclusif », le mode d'organisation « participatif » repose sur une disponibilité régulière des ressources rares (médecins et ergothérapeutes en particulier), afin de garantir la fluidité du processus d'attribution ;
- Un rôle clé du coordonnateur, chargé de l'organisation et de l'animation des réunions pluridisciplinaires restreintes et plénières.

Moyens et outils nécessaires à la mise en œuvre

- Un partage des référentiels et des outils d'évaluation entre les différents profils intervenant sur l'évaluation ;

Illustrations



Illustration 1 : la MDPH des Pyrénées-Atlantiques (64)

Le processus d'attribution de la PCH au sein de la MDPH du 64 est rythmé par deux étapes collectives d'orientation de la demande, prenant les décisions quant au traitement du dossier :

- L'équipe pluridisciplinaire 1 (EP1) : le médecin, l'ergothérapeute, une infirmière et la coordinatrice de l'évaluation statuent sur l'éligibilité de la demande à partir du projet de vie et choisissent la méthode d'évaluation ;
- L'équipe pluridisciplinaire 2 (EP2) : avec la même composition que l'EP1 (en termes de profils), l'EP2 va réaliser une proposition de plan personnalisé de compensation à partir de la fiche de synthèse qui sera transmise et présentée par les évaluateurs.

La coordinatrice de l'instruction est la garante de la fluidité du traitement des demandes, de l'ordre du jour des réunions des équipes pluridisciplinaires, en jouant le rôle d'interface entre les équipes d'instruction et les équipes d'évaluation.



Illustration 2 : le Conseil départemental de la Creuse (23)

Le CD de la Creuse a établi des pratiques d'harmonisation et de partage régulières sur les dossiers de demande : l'ensemble des dossiers de demande sont revus collectivement (examen du plan d'aide et validation du girage avec le médecin et la coordinatrice du CD) lors des réunions bimensuelles de l'équipe médico-sociale, afin de partager des décisions d'évaluations et d'échanger sur des cas dits « complexes ».

Le Conseil départemental de la Creuse a par ailleurs développé des outils permettant une bonne harmonisation des évaluations réalisées (grilles d'entretien et de formalisation des préconisations et des commentaires qualitatifs, facilitant ainsi leur partage et leur circulation en interne).

Avantages et inconvénients identifiés

Avantages	Inconvénients
Une dynamique de partage d'informations et de méthodes d'évaluation, qui permet une montée en compétences continue des différents agents de la MDPH ou du CD, permettant d'envisager un gain en termes de traitement des demandes	<i>Pas d'inconvénient organisationnel majeur</i>
Une vision à 360° sur l'ensemble des métiers intervenant sur l'attribution de la PCH ou de l'APA	-

3.3 Qualification de l'idéal type « Processus séquentiel »



Prérequis et éléments de contexte propices

- Une organisation du processus d'attribution qui est adaptée aux départements soumis à une très forte pression sur les taux de demande, et/ou confrontés à un enjeu de réduction des délais de traitement de la demande ;
- Un mode d'organisation qui réduit au minimum la dimension pluridisciplinaire de l'évaluation, faute de ressources humaines disponibles pour le traitement des demandes de PCH ou d'APA.

Modalités organisationnelles et modes de gouvernance adaptés

- La demande est traitée de manière séquentielle par les différents agents instructeurs et évaluateurs ;
- Les temps d'échange de concertation sont limités, afin de ne pas immobiliser des ressources nécessaires à l'évaluation. Seulement les cas les plus problématiques ou sujets à débat peuvent être discutés en équipe pluridisciplinaire ;
- Le prétri, préalable au choix de la méthode d'évaluation, est réalisé par une seule personne, avec un profil médical.

Ressources humaines associées

- Une limitation de la présence d'évaluateurs et d'instructeurs lors des réunions d'équipe pluridisciplinaire, pour une focalisation des équipes sur la réalisation des visites à domicile et le traitement des dossiers de demande ;
- Désignation pour chaque dossier d'un « référent », personne qui aura une vision sur l'évolution du traitement de la demande et assurera le suivi et la transmission des informations relatives à la demande entre les différentes étapes du processus d'attribution (avec un rôle de consolidation)

Moyens et outils nécessaires à la mise en œuvre

- Un mode d'organisation dont l'efficacité repose sur la fluidité et la qualité dans la transmission de l'information, impliquant ainsi :
 - La formalisation d'outils de cadrage, de collecte et de synthèse de l'information standardisés et partagés à tous les niveaux
 - L'utilisation d'un système d'information qui permette la centralisation des dossiers, des pièces justificatives et complémentaires ainsi que de tout document nécessaire à l'information (avec des conditions d'accès, de lecture et d'écriture définies pour chaque profil d'agent)

Illustrations



Illustration 1 : la MDPH des Bouches-du-Rhône (13)

Une fois la demande enregistrée et instruite, elle est transmise à un médecin qui est chargé de réaliser une première évaluation de son éligibilité. Cette étape de pré-éligibilité, réalisée par le médecin seul (pas de prise de décision collective) permet d'orienter la demande et de préparer son éventuelle évaluation.

Cette étape de pré-éligibilité menée par le médecin permet d'absorber « au fil de l'eau » un flux de demandes important sans immobiliser des ressources administratives ou médico-sociales à l'entrée du processus d'évaluation.



Illustration 2 : le Conseil départemental des Bouches-du-Rhône (13)

L'approche séquentielle mise en place par le CD 13 permet d'absorber le nombre important de demandes d'APA auquel il est confronté. Cette organisation repose sur trois principaux éléments :

- Deux évaluations « médicales » et « sociales » consécutives sans phase systématique de concertation et d'échange ;
- Un logiciel ASG qui permet un suivi fin du parcours de la demande, en termes d'avancement du processus, mais également d'informations qui ont été collectées et rentrées dans le logiciel ;
- Une validation des de la majorité des demandes par le chef de service et le responsable des travailleurs sociaux (sans tenue d'une commission APA à proprement parler). Pour les situations plus problématiques, les demandes sont étudiées lors des commissions hebdomadaires pluridisciplinaires (réunissant travailleurs sociaux, médecins et chefs de service).

Avantages et inconvénients identifiés

Avantages	Inconvénients
Une approche « industrielle » de l'attribution d'une prestation, qui permet de traiter des flux importants de demande en un laps de temps réduit	Une mobilisation des compétences pluridisciplinaires pour traiter les cas complexes plus difficiles dans un contexte de traitement des demandes à flux tendus
Une limitation au maximum des temps de mobilisation collective des équipes, permettant en particulier de focaliser les évaluateurs sur la réalisation de visites à domicile	

4. Ligne de force « Personnalisation du parcours »



Personnalisation du parcours

Cette ligne de force permet d'évaluer le degré de personnalisation du processus d'attribution selon le type de demande et les caractéristiques du demandeur et la place qu'occupe le demandeur lors de cette démarche.

3 idéaux types découlent de ce dernier axe d'analyse :

❖ **Idéal type « Parcours personnalisé » :**

- Un parcours *ad hoc* est déterminé pour chaque demande prise individuellement, avec une volonté de personnaliser la démarche en fonction des spécificités de la demande et de la situation sociale et médicale du demandeur ;
- Une étape de pré-évaluation dès l'enregistrement de la demande qui permet cette personnalisation du circuit de traitement de la demande.

❖ **Idéal type « Parcours fléché » (parcours type selon les demandes) :**

- Un premier tri permet de séparer le flux de demande en différents lots : selon le type de demande (première demande, renouvellement, révision...) ou selon le degré d'urgence médicale ou sociale ;
- Des circuits d'instruction et des modalités d'évaluation spécifiques ont été définis pour chaque lot de demande préalablement identifié.

❖ **Idéal type « Parcours standardisé » :**

- Le parcours de la demande est standardisé, quel que soit le type de demande, et ce à toutes les étapes du processus (accueil, instruction, évaluation et décision) ;
- Un circuit express parallèle peut tout de même avoir été mis en place, uniquement pour les demandes de PCH d'urgence.

4.1 Qualification de l'idéal type « Parcours personnalisé »



Ligne de force « Personnalisation du parcours »

1

Idéal type « Parcours personnalisé »

2

Idéal type « Parcours fléché »

3

Idéal type « Parcours standardisé »

Prérequis et éléments de contexte propices

- Une approche fondée sur la personnalisation et le cas par cas, propice aux MDPH ou conseils départementaux confrontés à un flux et un volume de demande à traiter relativement limité ;
- Une organisation qui repose sur la disponibilité (en temps) et la réactivité des équipes d'instruction et d'évaluation.

Modalités organisationnelles et modes de gouvernance adaptés

- Une entrée dans le processus d'attribution qui prend la forme d'une pré-évaluation : chaque demande est regardée un détail une fois qu'elle est déclarée complète. En fonction de ces caractéristiques principales, son circuit de traitement (modalités d'évaluation, pièces complémentaires) va être défini de manière *ad hoc* ;

- Le passage en commission va être approfondi, avec un recours aux passages en liste limité et une incitation à ouvrir les dossiers et à discuter les propositions de plan en séance plénière.

Ressources humaines associées

- Une personnalisation du circuit de traitement de la demande qui implique une formation poussée des agents pour leur garantir leur réactivité et leur capacité à adapter leurs pratiques d'évaluations en fonction de l'ensemble des spécificités de la demande ;
- Des pratiques de partages et d'harmonisation régulière, afin de capitaliser sur les différents cas spécifiques qui ont été rencontrés.

Moyens et outils nécessaires à la mise en œuvre

- Un accès des différents profils (administratifs, médicaux-sociaux...) à des documents de formation et de capitalisation sur les prestations, afin de pouvoir renforcer leur connaissance des dispositifs et être à même d'appréhender les spécificités des demandes qu'ils ont à traiter ;
- Des référentiels et des grilles d'évaluation particulièrement détaillés, afin de renseigner de la manière la plus exhaustive possible la situation (sociale, économique, sanitaire...) du demandeur et la caractérisation de son besoin.

Illustrations



Illustration 1 : la MDPH de l'Allier (03)

La MDPH de l'Allier a mis en place un processus de personnalisation du traitement de la demande. À réception du dossier par l'évaluateur référent, une phase de pré-évaluation systématique de la demande par un TMS et un médecin va être l'occasion de :

- Confronter la vision technique (fiche de synthèse SOLIS) et la vision médicale (certificat médical)
- Choisir les modalités d'évaluation (étude sur dossier, VAD et acteurs de la VAD (partenaires, AS seule, AS + médecin, AS + ergothérapeute...)) ;
- Identifier les pièces complémentaires nécessaires (bilan médical...).

Cette personnalisation du parcours implique le partage d'une culture et d'une doctrine de la MDPH, basée sur la capitalisation des différents cas ayant été évalués par les équipes de la MDPH. Ainsi, la MDPH organise des points d'échanges et d'harmonisation réguliers, sous la forme de réunion mensuelle des intervenants techniques des 3 antennes pour harmoniser les réponses à apporter à des dossiers complexes (étude de cas), ainsi que de réunions mensuelles des 4 médecins (focus sur les recours/élaboration de la jurisprudence).



Illustration 2 : le Conseil départemental de la Dordogne (24)

Un processus d'évaluation qui met l'accent sur la personnalisation des évaluations et la formalisation du plan d'aide :

- La réalisation de visites à domicile longues et approfondies ;
- Une évaluation complète lors de la VAD : des besoins du demandeur, de son environnement, de la possibilité de prise en charge par l'entourage...
- Un accent mis lors des visites et des échanges avec le demandeur et son entourage sur la sensibilisation et la transmission d'informations, à la fois sur la procédure d'attribution, mais également sur les « conséquences » de l'APA (en particulier sur le ticket modérateur) ;

Avantages et inconvénients identifiés

Avantages	Inconvénients
Une réponse à la demande entièrement personnalisée, qui reprend l'ensemble des besoins du demandeur exprimés et analysés dans leur exhaustivité	Un mode d'organisation fortement consommateur de ressources, pouvant jouer à la hausse sur le délai de traitement
Des agents qui acquièrent une très forte compétence sur les prestations et une compréhension de la diversité des situations des demandeurs	Une forte sensibilité à la hausse d'activité : une étape de pré-évaluation qui peut emboliser le circuit d'attribution en cas d'afflux important de demandes, en limitant la capacité de la MDPH ou du CD à absorber les nouvelles demandes

4.2 Qualification de l'idéal type « Parcours fléché »



Ligne de force « Personnalisation du parcours »

1	Idéal type « Parcours personnalisé »	2	Idéal type « Parcours fléché »	3	Idéal type « Parcours standardisé »
---	--------------------------------------	---	--------------------------------	---	-------------------------------------

Prérequis et éléments de contexte propices

- Une volonté d'absorber le flux de demandes en orientant au plus tôt les demandes dans des circuits types de traitement ;
- Une organisation à mi-chemin entre la personnalisation et la standardisation, afin de garder des marges de manœuvre nécessaire au traitement différencié de certains types de demandes (premières demandes, renouvellements en cas de rupture de droits...) ;
- Des volumes importants de demandes qui ne permettent pas un traitement au fil de l'eau ou au cas par cas des dossiers ;

Modalités organisationnelles et modes de gouvernance adaptés

- Une définition préalable de circuits d'évaluation voire d'instruction spécifiques selon le type de demande ;
- Une cellule de prétri mise en place en amont du processus (dépôt ou début de l'instruction), afin :
 - De classer les demandes par lots ;
 - De les orienter dans le circuit approprié ;
- Les demandes sont traitées prioritairement, ou non, selon leur arrivée dans les circuits d'instruction/évaluation ;
- Une incitation à bien identifier les demandes qui peuvent être validées sur liste lors des commissions et celles qui devront faire l'objet d'une discussion en séance plénière.

Ressources humaines associées

- Les parcours fléchés n'impliquent pas une organisation des instructeurs et des évaluateurs par type de demande : les agents conservent un profil généraliste dans le traitement des PCH ;
- Une nécessaire réactivité néanmoins des agents pour assurer le traitement des dossiers passant par des circuits prioritaires.

Moyens et outils nécessaires à la mise en œuvre

- Un système de classification, de fléchage et d'orientation des dossiers entre les différentes étapes du processus (accueil > instruction, instruction > évaluation) ;
- Un outil de suivi du traitement des demandes afin d'évaluer l'avancement de la demande et le respect du circuit d'attribution dédié.

Illustrations



Illustration 1 : différents modèles de fléchage des demandes

Les circuits courts correspondent à une modalité observée des « parcours fléchés », sur la base de circuits de traitements différenciés selon :

- Le type de demandes : certaines MDPH donnent ainsi une priorité aux premières demandes (la MDPH du 74 oriente les premières demandes vers une cellule de prétri avant même la fin de l'étape d'instruction) ou appliquent un traitement particulier accéléré, sur dossier) aux forfaits cécité/surdité ainsi qu'aux renouvellements à l'identique (MDPH 77) ;
- Les caractéristiques de la demande, afin d'orienter les dossiers vers des circuits de traitement accélérés s'ils présentent certaines caractéristiques préalablement bien définies et identifiées (comme la MDPH de l'Allier pour les sorties d'hôpital pour les personnes handicapées isolées).

Quel que soit le modèle d'orientation de la demande, son bon fonctionnement repose sur une étape de prétri préalable, par un profil médical ou bien une équipe pluridisciplinaire restreinte de pré-évaluation de la demande.



Illustration 2 : une modalité organisationnelle peu observée au sein des conseils départementaux

Si ce mode organisationnel apparaît comme une possibilité pertinente pour l'attribution de l'APA (au même titre que pour la MDPH), cette modalité n'a été observée dans aucun des 15 départements qui ont constitué notre échantillon de visites sur site.

Avantages et inconvénients identifiés

Avantages	Inconvénients
Des circuits de traitement différenciés qui permettent de fluidifier le processus d'attribution et d'identifier les urgences en amont	Une « catégorisation » des demandes qui laisse une marge de manœuvre relativement réduite sur les modalités d'évaluation
Une « canalisation » des demandes selon leurs caractéristiques dans des circuits dédiés qui permet d'accélérer le délai de traitement des demandes	Un mode d'organisation qui peut causer des retards dans le traitement de la demande en cas « d'erreur d'aiguillage »

4.3 Qualification de l'idéal type « Parcours standardisé »



Ligne de force « Personnalisation du parcours »

1

Idéal type « Parcours personnalisé »

2

Idéal type « Parcours fléché »

3

Idéal type « Parcours standardisé »

Prérequis et éléments de contexte propices

- Des départements qui sont confrontés à un nombre important de demandes, en volumes (avec un stock de demandes à traiter) qu'en flux, avec des taux de demande ou de première demande élevés ;
- Un système qui peut également être mis en place au contraire dans des départements qui au contraire sont confrontés à un nombre faible de demandes et ayant un besoin relativement moindre d'optimisation et d'adaptation des circuits de traitement ;
- Un mode d'organisation qui contracte les délais de traitement, en standardisant les protocoles de traitement de la demande.

Modalités organisationnelles et modes de gouvernance adaptés

- Une étape d'accueil et d'information primordiale pour une bonne orientation des usagers. Cette sensibilisation des demandeurs et des partenaires permet d'améliorer la qualité des dossiers de demandes déposés, dans l'objectif de limiter les allers retours avec l'utilisateur ou avec les autres intervenants (médecins, partenaires techniques, associations...);
- Un prétri à l'entrée du processus qui joue un rôle de filtre capital : les demandes non pertinentes (rejets administratifs) sortent du circuit de traitement de la demande, et les demandes qui entrent dans le circuit sont toutes traitées de la même manière ;
- Un circuit de décision « accéléré », avec un système de validation au jour le jour des plans afin d'assurer la fluidité du processus.

Ressources humaines associées

- Des équipes d'instruction et d'évaluation totalement généralistes, capables de traiter l'ensemble des catégories de demandes au fil de l'eau ;
- Un coordinateur des équipes d'évaluation et d'instruction qui orchestre les grandes étapes du circuit de traitement et qui centralise les informations pour préparer le travail de la commission ;
- Des échanges avec le demandeur sur la proposition de plan d'aide réduits au maximum.

Moyens et outils nécessaires à la mise en œuvre

- Une organisation du traitement qui implique la formalisation de protocoles d'instruction et d'outils d'évaluation standardisés ;
- Une réflexion à mener sur les pièces complémentaires nécessaires à l'évaluation à fournir, afin de disposer de dossiers les plus complets possible dès leur dépôt pour réduire le temps instructeur et évaluateur consacré à la récupération de ces documents.

Illustrations



Illustration 1 : la MDPH de la Creuse (23)

La MDPH de la Creuse organise systématiquement une visite à domicile, quel que soit le type de demande de PCH (première demande, renouvellement, forfait cécité/surdité...). Même si la demande semble être inéligible, une visite sera organisée pour évaluer les autres besoins éventuels non mentionnés dans le projet de vie du demandeur.

Ce mode d'organisation standardise le processus d'évaluation, qui n'est pas redéfini selon les caractéristiques de la demande.



Illustration 2 : le Conseil départemental des Bouches-du-Rhône (13)

Une organisation standardisée qui permet un traitement dynamique au fil de l'eau des demandes d'APA. Le prétri médical joue le rôle de filtre qui permet d'éliminer les demandes considérées comme non éligibles (avant même que le dossier soit totalement complet). Les demandes suivent ensuite un circuit standardisé entre les étapes d'instruction et d'évaluation, avec des échanges entre équipes et avec le demandeur limités.

Un processus de décision « express » avec une validation des plans quotidienne par le chef de service afin d'éviter les engorgements, garantit également un délai de traitement des demandes réduit.

Avantages et inconvénients identifiés

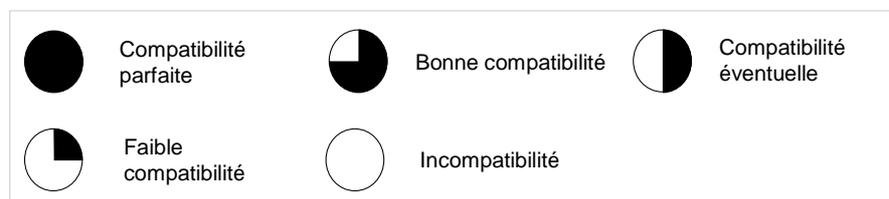
Avantages	Inconvénients
<p>Un mode d'organisation qui permet d'accélérer les délais de traitement de la demande, en diminuant les marges de personnalisation du processus d'attribution</p>	<p>Une homogénéisation des pratiques qui laisse moins de souplesse aux évaluateurs, et peut conduire à des réponses moins personnalisées</p>
<p>Un accent mis sur les systèmes de préfiltres qui permettent d'écarter les demandes non éligibles du processus</p>	<p>Une standardisation du processus qui risque d'induire une standardisation des tâches et des pratiques d'évaluation, pouvant démotiver les agents</p>

Conclusion

Le présent rapport a permis une présentation des différentes modalités organisationnelles des processus d'attribution de l'APA et de la PCH sous la forme de « lignes de force » déclinées en idéaux types. Ces idéaux types correspondent à des choix organisationnels théoriques, qui n'ont pas vocation à représenter la réalité, mais qui **délimitent le spectre de l'ensemble des choix organisationnels** à la portée d'une MDPH ou d'un conseil départemental. Des encadrés permettent d'illustrer ces idéaux types lorsque certaines caractéristiques d'un idéal type ont pu être observées lors des 31 visites de terrain.

Ce document ouvre un éventail de choix organisationnels, sans toutefois proposer de recommandations pratiques spécifiques que ce soit au sein de chaque ligne de force organisationnelle (et hiérarchiser ainsi les idéaux types) ou bien en termes de combinaisons d'idéaux types. Néanmoins, une caractérisation, toujours théorique, des combinaisons « un à un » d'idéaux types peut permettre de guider l'action et ouvrir ainsi des opportunités de réflexion organisationnelle. Le tableau ci-dessous **caractérise ces associations d'idéaux types, en attribuant un indicateur de compatibilité à chaque croisement**. Il ne s'agit pas d'évaluer la pertinence de chaque croisement, ou bien encore d'en démontrer l'efficacité ou l'efficacité, mais bien de **caractériser la cohérence de la combinaison d'un point de vue théorique**.

5 niveaux de compatibilité ont été choisis (chaque niveau est renforcé dans le tableau par un code couleur pour une meilleure lisibilité) :



Les croisements ont été qualifiés par EY d'un point de vue théorique sans observation complémentaire ou expérimentation de terrain : les indicateurs de compatibilité sont affichés à titre indicatif et ne constituent pas une évaluation de la pertinence ou de la performance des choix organisationnels qui auraient pu être opérés par un conseil départemental ou une MDPH.

