

Novembre, 2017

2016, nouvelle étape de la modernisation des MDPH

*Synthèse des rapports d'activité
2016 des maisons départementales
des personnes handicapées*

Version du 15 novembre 2017

Sommaire

Introduction	4
1. Une augmentation des demandes en 2016 (+ 4,5 %) moins importante que les précédentes années	6
1. L'évolution des demandes déposées auprès des MDPH	6
2. La répartition des demandes	9
3. Les taux moyen de demandes par habitant	12
4. La part des premières demandes.....	13
5. Les décisions et avis rendus par les MDPH.....	15
6. Les taux d'accord	16
7. Les délais moyens de traitement des demandes	19
8. L'activité des MDPH liée à la prestation de compensation du handicap (PCH)	21
9. L'activité des MDPH en lien avec les allocations	28
10. L'activité des MDPH en lien avec les cartes	30
2. Les moyens des MDPH : analyse des maquettes financières et des effectifs	33
1. Les dépenses de fonctionnement	33
2. La situation financière des MDPH : focus sur le compte administratif	37
3. Les apports des partenaires	39
4. Les effectifs	41
5. Focus sur les externalisations	43
6. Rapprochement avec les données relatives à l'activité	45
3. Des organisations optimisées pour améliorer le service rendu aux usagers	47
1. La territorialisation des activités des MDPH.....	47
2. Les modèles organisationnels des MDPH	51
Focus sur les maisons départementales de l'autonomie (MDA).....	53
3. Les évolutions des organisations des MDPH en 2016 en lien avec les projets nationaux	55
Focus sur le cas de la métropole lyonnaise	60
4. L'information et la communication	61
4. Des processus métier adaptés pour gagner en qualité et en efficience	66
1. L'accueil des usagers	67
2. L'instruction des demandes.....	77
3. Evaluation de la situation, description des besoins et préparation des plans d'aide	80
Focus : l'utilisation du GEVA-Sco se généralise pour sa première année complète de fonctionnement	90
Focus : des évolutions importantes pour le projet personnalisé de scolarisation (PPS)	91
4. La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	97
5. Conciliation, médiation, recours gracieux et contentieux	101
6. L'accompagnement des décisions et le suivi des orientations.....	108

5.	Focus sur les grandes thématiques des MDPH	110
1.	La scolarité.....	110
	Focus sur des dispositifs d'inclusion collective : les ULIS et UEM.....	115
2.	L'emploi.....	119
3.	Les orientations en établissements et services médico-sociaux.....	123
4.	Les Fonds de compensation du handicap	131
6.	Un renforcement des missions de pilotage des MDPH pour faire face aux nouveaux défis	135
1.	Le pilotage des MDPH, un enjeu de transformation.....	135
2.	La mise en place et le suivi des systèmes d'information.....	140
3.	Les démarches qualité et le référentiel de missions et de qualité de service	145
4.	La mise en place des chantiers stratégiques	148
	<i>La participation des MDPH aux dispositifs innovants.....</i>	<i>148</i>
	<i>La carte mobilité inclusion (CMI) : un chantier phare pour l'année 2017 amorcé en 2016</i>	<i>149</i>
	<i>Une Réponse accompagnée pour tous : une transformation durable de l'accompagnement de la</i> <i>perte d'autonomie liée au handicap</i>	<i>152</i>
	Conclusion.....	160
	ANNEXES	161
	Annexe 1 : glossaire des abréviations employées dans le document	161

Introduction

En 2016, les MDPH confirment leur engagement à répondre au double enjeu de la qualité de service et de l'optimisation des organisations dans un contexte de croissance continue de l'activité. En effet, si l'augmentation du nombre de demandes se poursuit, les MDPH poursuivent la progression du nombre de décisions rendues dans des délais de traitement qui restent contenus.

L'année est également marquée par un engagement important des MDPH pour la modernisation et l'amélioration de la qualité de service rendu aux usagers, à travers notamment le développement de nombreux chantiers tels que:

- L'application des lois relatives à l'adaptation de la société au vieillissement et de modernisation du système de santé;
- La démarche réponse accompagnée pour tous lancée avec 24 territoires pionniers depuis novembre 2015 ;
- Les travaux préparatoires à la mise en œuvre d'un système d'information (SI) commun des MDPH (élaboration du tronc commun du métier du SI et diagnostic des SI des MDPH),
- La carte mobilité inclusion (CMI), qui a commencé à mobiliser certaines MDPH dès 2016 ;
- La contractualisation renouvelée entre les conseils départementaux et la CNSA qui fixe de nouveaux objectifs, notamment en termes de qualité de service rendu aux usagers (RMQS).

Ainsi, l'analyse des rapports d'activités réalisée permet de témoigner de :

- la poursuite des travaux engagés sur la modernisation des outils de gestion : dématérialisation, amélioration des systèmes d'information existants et participation aux travaux relatifs au SI commun ;
- l'implication plus forte des MDPH en matière d'individualisation et de suivi des réponses en lien notamment avec les apports du dispositif ITEP, des expérimentations en matière d'emploi accompagné et la montée en charge de la réponse accompagnée pour tous dans 24 territoires.

On peut souligner dans le même temps une expression plus forte des difficultés rencontrées par les MDPH en termes de moyens disponibles, de capacité à mobiliser les expertises nécessaires à l'évaluation (en matière médicale et de scolarisation en particulier), ou encore de capacité à orienter vers des réponses adaptées aux besoins notamment en proximité. Ces constats confirment la nécessité d'identifier et de prévenir des risques accrus de rupture de parcours et de développer des solutions modulaires et souples.

Précisions méthodologiques :

Cette synthèse annuelle, reposant sur l'analyse de données et informations déclaratives qualitatives et quantitatives, rend compte des transformations organisationnelles opérées ou initiées par les MDPH en 2016.

Elle s'appuie sur :

- **88 rapports d'activités reçus et analysés : les verbatims intégrés tout au long du document sont directement extraits des rapports d'activité des MDPH et viennent illustrer l'analyse consolidée.** A noter, en 2015 98 rapports ont été reçus par la CNSA, contre 88 en 2016, témoignant d'une difficulté des MDPH à assurer la remontée des données annuelles.
- **Les résultats de l'enquête relative à l'activité et au fonctionnement des MDPH 2016 (enquête dite des « Echanges annuels ») menée en 2017 pour l'ensemble des MDPH avec un niveau de disponibilité variable selon la nature des informations demandées dans l'enquête.** Certains départements sont repérés, dans les figures, avec un astérisque (*), soit parce que le processus de validation n'a pas abouti, soit parce que les caractéristiques du département n'autorisent pas, pour des questions de modalités de comptage, une comparaison stricte.
- **L'analyse des données budgétaires et d'effectifs issues de 102 « maquettes budgétaires ».** Les données de la MDPH commune à la Métropole de Lyon et au département ont été regroupées.

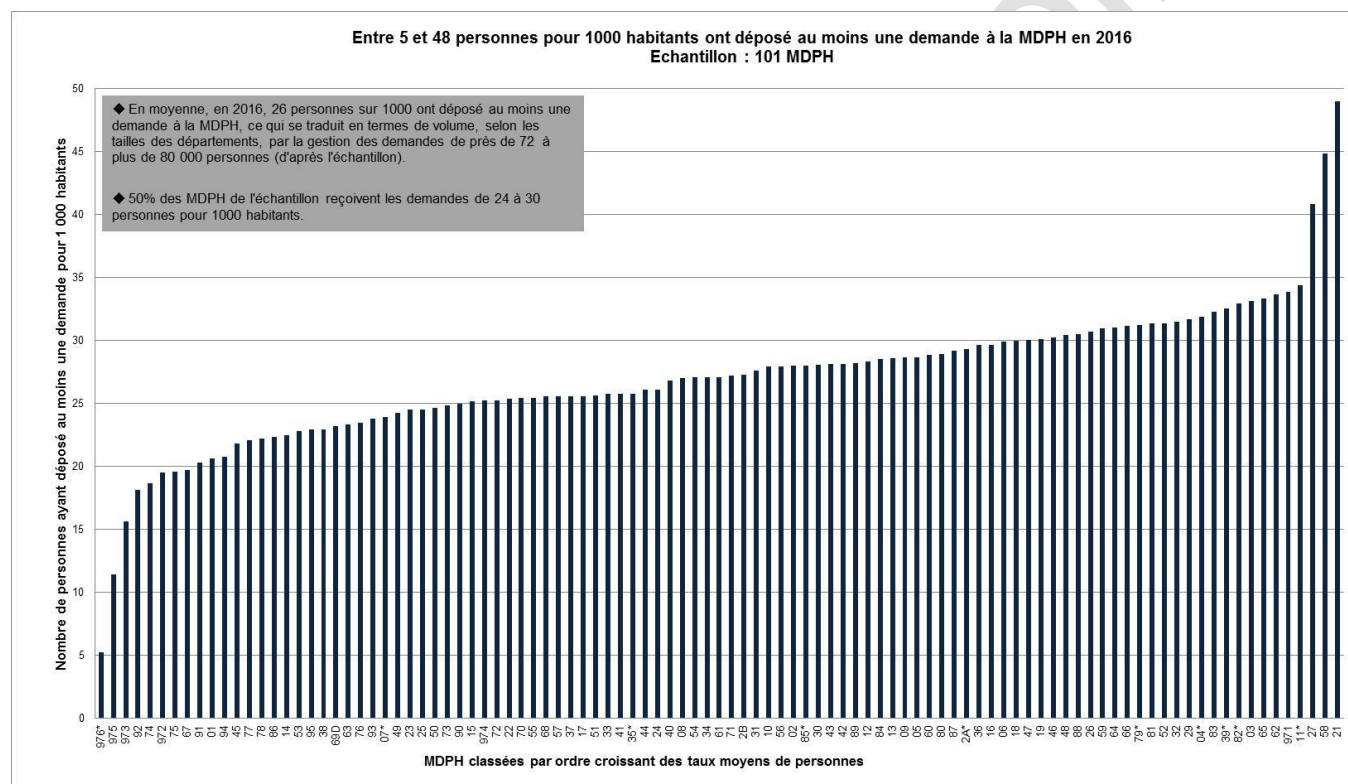
Version provisoire

1. Une augmentation des demandes en 2016 (+ 4,5 %) moins importante que les précédentes années

1. L'évolution des demandes déposées auprès des MDPH

Une augmentation des demandes de 4,5 % en 2016 par rapport à 2015

En 2016, près de **4,44 millions de demandes** ont été adressées au MDPH contre 4,25 millions en 2015, soit + 4,5 %. Si le nombre de demande continue de progresser, le rythme de l'augmentation est moins important qu'en 2015 (+ 7,3 % en 2015). **Ainsi, 8 MDPH sur 10** enregistrent une augmentation des demandes déposées (contre 9 sur 10 en 2015).



Source : CNSA, échanges annuels 2016

Quelques MDPH ont souligné dans leur rapport cette tendance ; certaines enregistrent même une légère diminution du nombre de demandes déposées par rapport à l'année 2015.

MDPH du Calvados (14)

En termes de flux, pour l'année 2016, on enregistre pour la première fois une très légère diminution du nombre de demandes déposées (- 1,38 % par rapport à 2015).

MDMPH du Rhône (69)

Pour la première fois depuis 2006, les demandes se stabilisent. Cette stabilisation fait suite à plusieurs années de forte hausse (13 % entre 2014 et 2015 ; 5.5 % entre 2013 et 2014) et sera à suivre sur les années à venir avant de confirmer cette tendance.

S'il est encore trop tôt pour analyser le phénomène de décélération de la progression des demandes, les MDPH identifient des facteurs conjoncturels ou structurels qui peuvent expliquer la croissance continue des demandes :

- une meilleure connaissance de la part tant des partenaires que des usagers des droits et prestations ;
- le vieillissement de la population ; plusieurs MDPH relèvent ainsi une part importante de primo-demandeurs de plus de 60 ans ;

MDPH du Gard (30)

L'impact du vieillissement de la population et le poids croissant des demandes émanant des personnes âgées de 60 ans et plus (30 %) ; 32 % des ayants droits auprès de la MDPH sont âgés de 60 ans et plus.

MDPH des Landes (40)

A la lecture de ces données, on peut constater que plus de la moitié des nouveaux dossiers créés en 2016 concernent des personnes âgées de 50 ans et plus. Il est à noter une augmentation de 40 % des nouveaux dossiers créés pour des personnes âgées de 76 ans et plus.

- une paupérisation de la population, qui pourrait conduire à une augmentation des attentes vis-à-vis des prestations à caractère financier (allocations) ouvertes par les MDPH, sans toutefois que les demandes exprimées ne correspondent aux critères d'éligibilité aux droits.

MDPH de Corrèze (19)

L'augmentation des demandes s'explique par la poursuite de la dégradation économique et la hausse des précarités en Corrèze comme au niveau national. [...] L'impact de la crise économique se traduit par des publics fragilisés qui deviennent de plus en plus vulnérables et par de nouveaux usagers qui basculent dans la précarité.

MDPH de l'Eure (27)

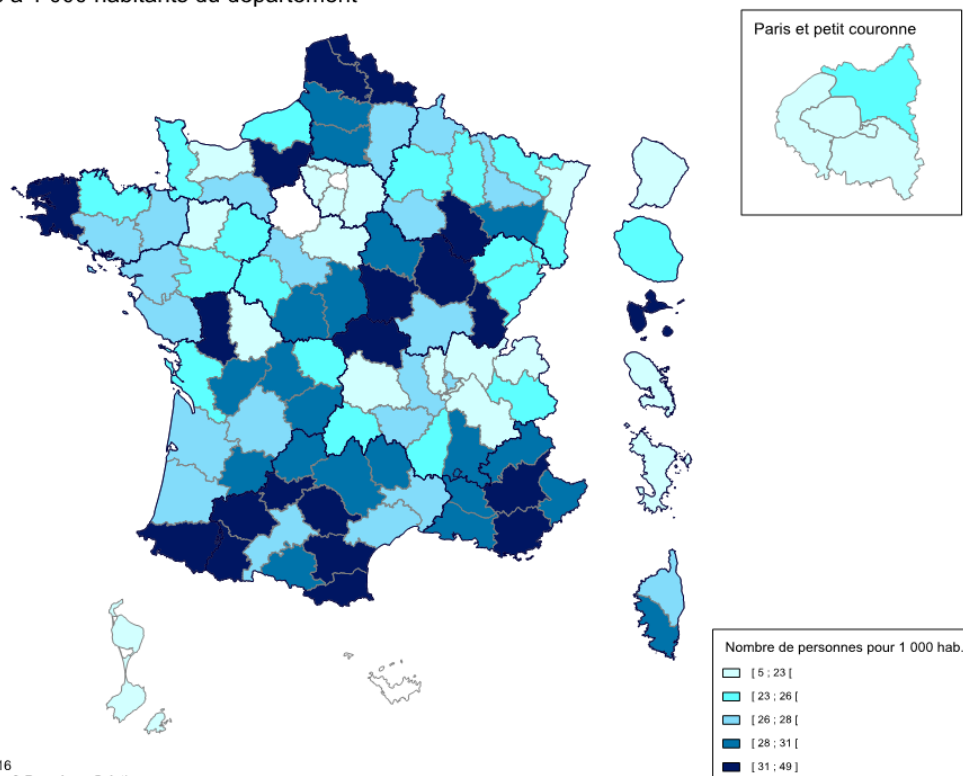
Dans le champ de l'adulte, on note des augmentations équivalentes (+18 / +20 %) sur les principales mesures de compensation. Contexte de précarité qui incite les usagers à monter des dossiers de demandes, meilleur accès au droit, cette augmentation forte sur l'AAH par exemple est préoccupante et se vérifie en parallèle sur les chiffres de la CAF également en augmentation.

Une augmentation du nombre de personnes ayant déposé au moins une demande de 3,1 % en 2016 par rapport à 2015

En 2016, **1,75 million de personnes ont déposé au moins une demande aux MDPH**, ce qui correspond à une hausse annuelle de 3,1 % par rapport à 2015 (l'augmentation était de + 4 % en 2015 ; de + 6,8 % en 2014). En fonction des territoires, les MDPH ont géré une quantité de demandes allant de 72 personnes (pour Saint-Pierre et Miquelon) à près de 81 000 personnes (pour le Nord).

En moyenne, en 2016, 26 personnes sur 1 000 ont déposé au moins une demande aux MDPH.

Nombre de personnes ayant déposé au moins une demande en 2016 à la MDPH rapportées à 1 000 habitants du département



Source : CNSA, échanges annuels 2016
Carte réalisée par la CNSA avec Cartes & Données - © Artique

Source : CNSA, échanges annuels 2016

Précisions :

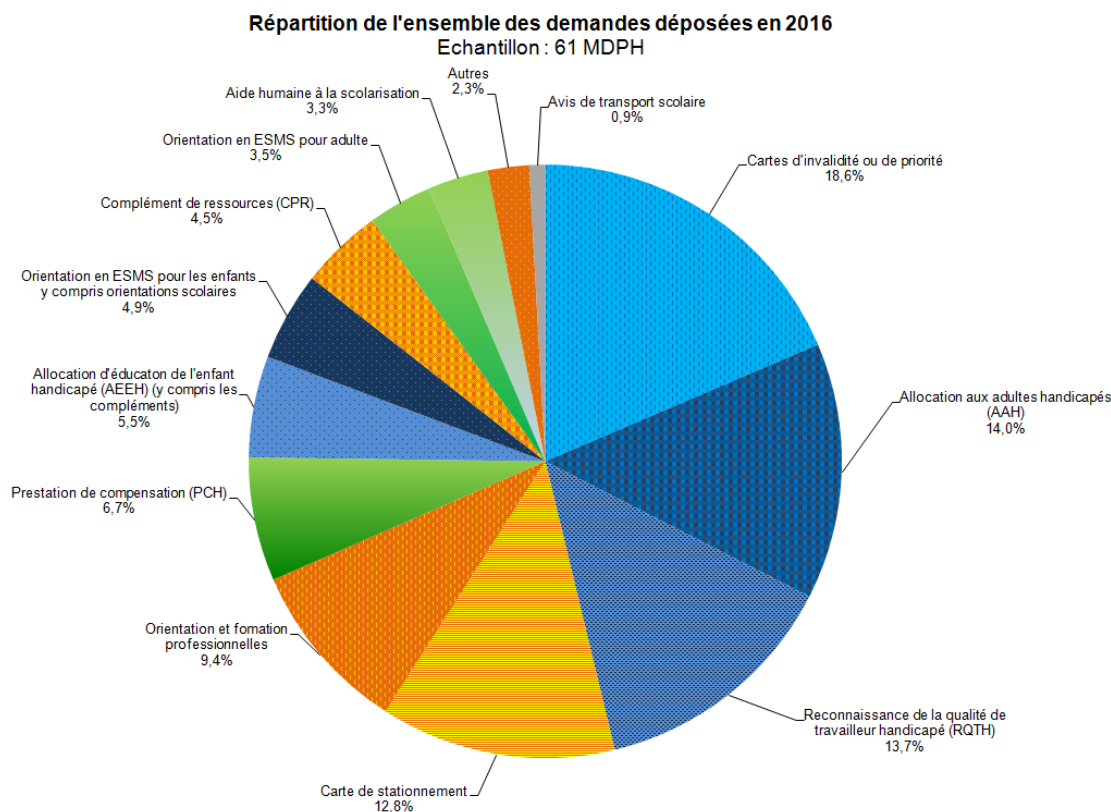
Précisions : Données non disponibles pour les départements suivants au moment de la diffusion des résultats de l'enquête en octobre 2017 pour les départements suivants : 28, 977, 978

Pour les départements suivant le processus de validation n'a pas abouti ou le nombre de personnes ayant déposé au moins une demande est surestimé : 04, 07, 11, 2A, 35, 50, 69M, 79, 82, 85, 976

2. La répartition des demandes

Une répartition des demandes par catégorie de demandes et par public relativement stable par rapport aux années précédentes

Les demandes liées à l'emploi (dont l'AAH) représentent 41,6 % du total des demandes en 2016 ; les cartes (invalidité, priorité, stationnement) en représentent 31,4 %. Les demandes d'orientation en établissement et services médico-sociaux représentent 8,4 % du total des demandes.



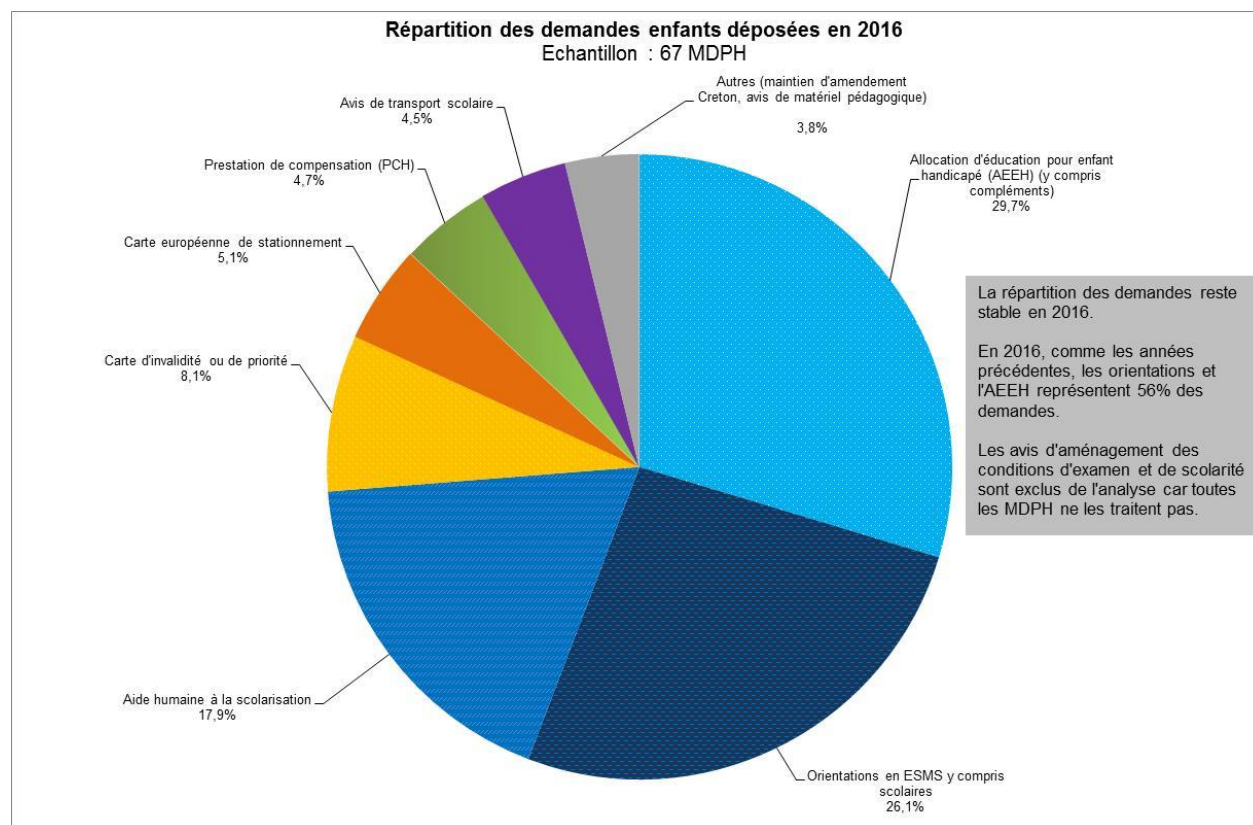
Source : CNSA, échanges annuels 2016

En 2016, une part relativement faible des demandes relevant des prestations, droits, orientations ou avis concernant des enfants

Si les demandes d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) représentent 5,5 % du total des demandes, elles comptent pour 29,7 % du total des demandes concernant les enfants.

De même, les demandes d'orientation en établissement et service (y compris les orientations scolaires) représentent 4,9 % du total des demandes adressées aux MDPH alors qu'elles correspondent à 26,1 % des demandes concernant les enfants. Ainsi, comme les années précédentes, les orientations en établissements et services médico-sociaux (ESMS), les orientations scolaires et l'AEEH représentent près de 60 % du total des demandes relatives aux enfants.

Les demandes d'aide humaine à la scolarisation représentent près d'une demande sur cinq (17,9 % en 2016 contre 17,5 % en 2015).



Source : CNSA, échanges annuels 2016

Une répartition des demandes concernant les adultes toujours stable

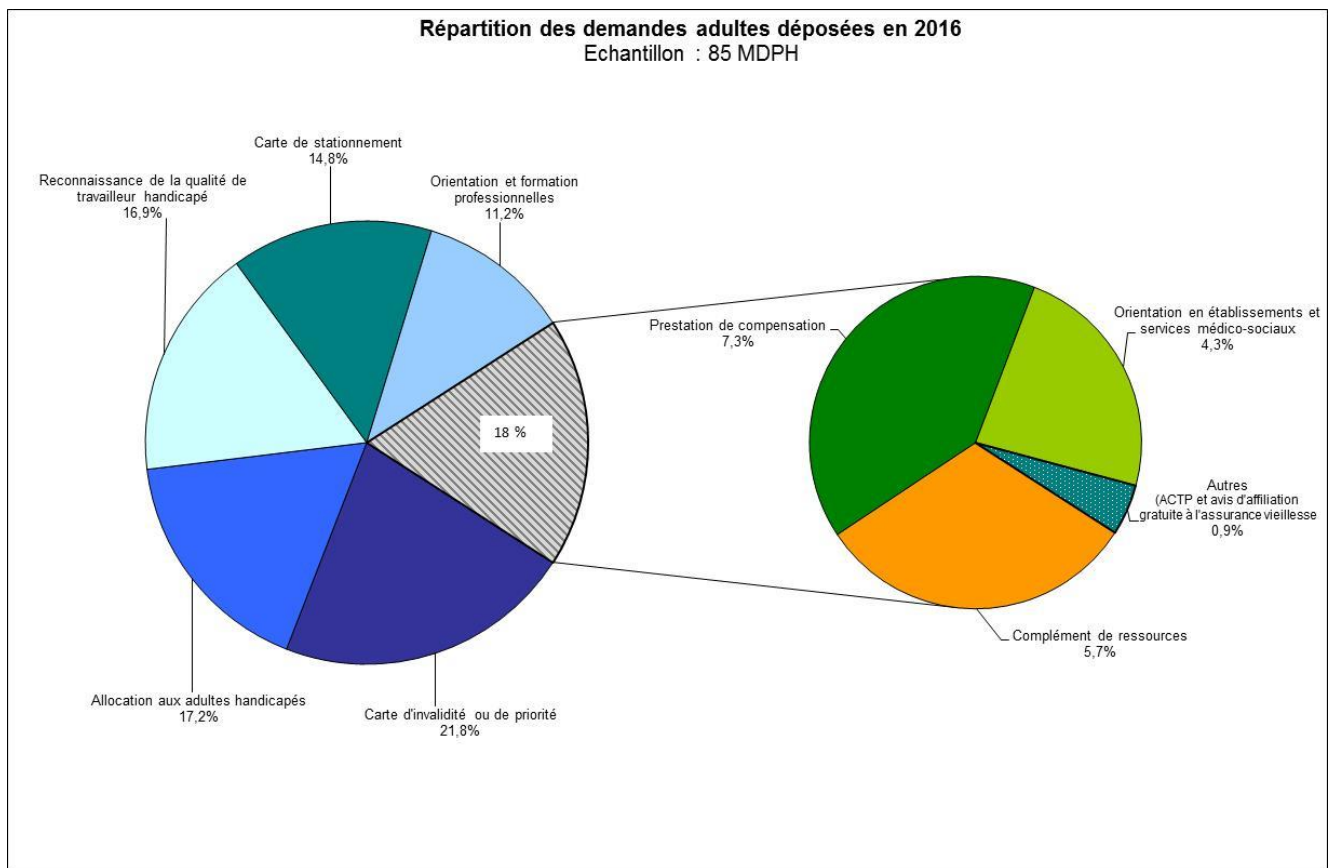
Les demandes d'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de complément de ressources concernent respectivement 17,2 % et 5,7 % des demandes adultes déposées dans les MDPH.

Les demandes en lien direct avec l'emploi représentent près de 28,1 % des demandes adultes (contre 27,8 % en 2015), soit 16,9 % pour la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et 11,2 % pour les demandes d'orientation et de formation professionnelles.

Les demandes de cartes (cartes d'invalidité, cartes de priorité et cartes européennes de stationnement) représentent 36,6 % des demandes adultes déposées en 2016 (contre 36,2 % en 2015) : 21,8 % pour les cartes d'invalidité et de priorité et 14,8 % pour les cartes européennes de stationnement.

La PCH représente 7,3 % des demandes adultes (contre 6,9 % en 2015). Comme chaque année, il faut souligner la part importante de la charge de travail que représentent les dossiers de PCH malgré leur place relativement faible dans le nombre global de demandes.

C'est également le cas des demandes d'orientation en établissement et service médico-social adultes, qui impliquent un investissement important des équipes des MDPH : 4,3 % des demandes en 2016 (4,1 % en 2015).

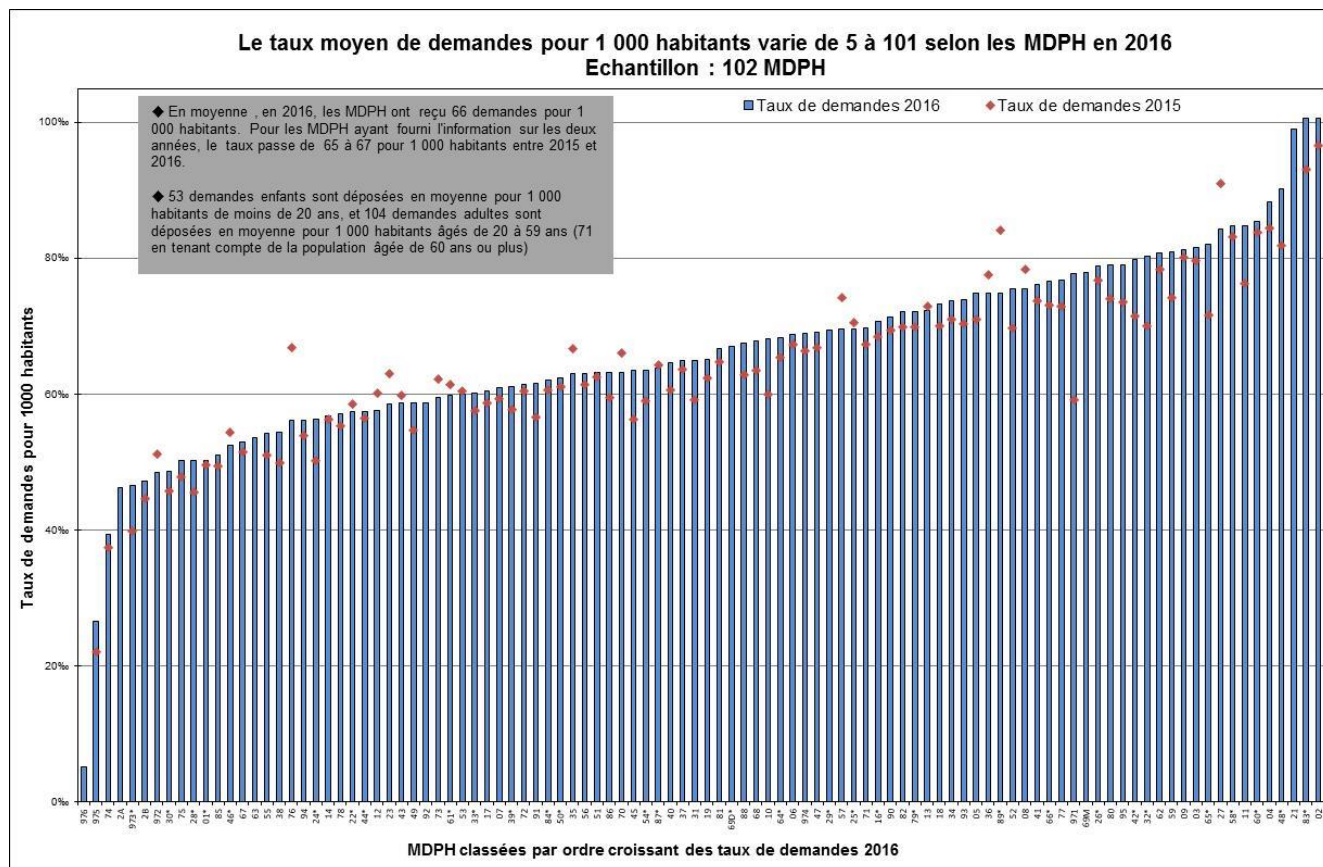


Source : CNSA, échanges annuels 2016

Version provisoire

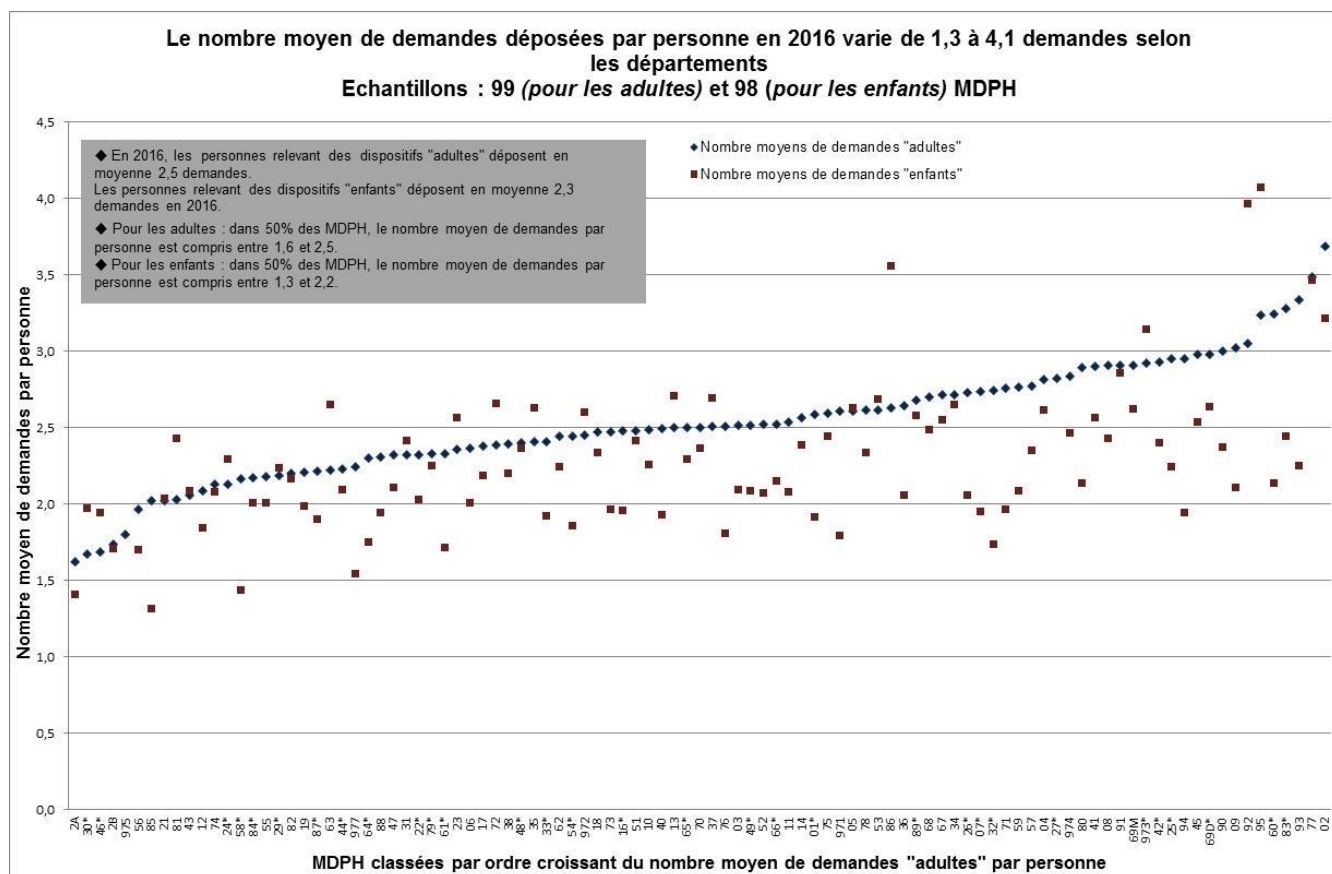
3. Les taux moyen de demandes par habitant

La pression de la demande exprimée par le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants varie de 5 à 101 pour 1 000 habitants selon les MDPH. La moitié des départements présente un taux inférieur à 65 demandes pour 1 000 habitants. Ce taux moyen de demandes pour 1 000 habitants a diminué dans 21 % des MDPH (échantillon de 94 MDPH) ; il a augmenté dans 79 % des MDPH en 2016 (cette proportion était de 88 % en 2015 ; de 87 % en 2014 et de 93 % en 2013).



Source : CNSA, échanges annuels 2016

Dans la moitié des MDPH, le nombre moyen de demandes pour les adultes est compris entre 1,6 et 2,5 demandes par personne qui dépose un dossier en 2016, ce qui est stable par rapport à 2015 et 2014. Pour les enfants, la moyenne est stable également par rapport à 2015 (à raison de 2,3 demandes déposées par personne).



Source : CNSA, échanges annuels 2016

4. La part des premières demandes

Une part des premières demandes en diminution en 2016 par rapport à l'année 2015

A l'exception de la part des premières demandes d'AAH qui reste stable (36 %) et des demandes d'orientation professionnelles qui augmentent de 2 points (52 % à 54 %), toutes les autres premières demandes de prestations/orientations adultes baissent en particulier les premières demandes :

- de formation professionnelle (de 74 % à 62 %) ;
- de compléments de ressources (de 69 % à 62 %) ;
- de PCH chez les personnes âgées de vingt ans ou plus (de 62 % à 57 %).

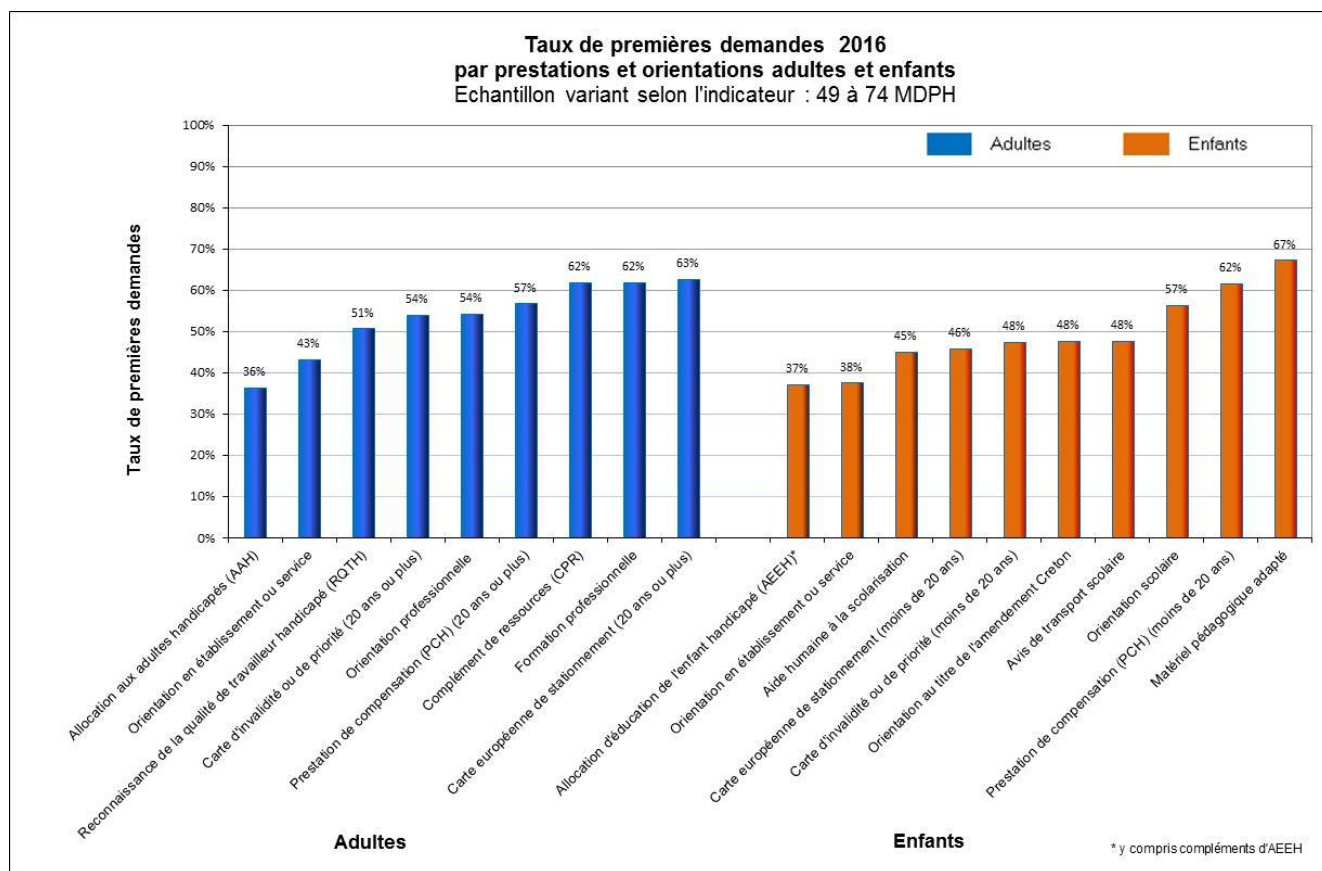
Certaines catégories de premières demandes enfants diminuent également pour certaines prestations et orientations en direction des enfants. Cette baisse concerne en particulier :

- la prestation de compensation chez les personnes de moins de vingt ans (de 66 % à 62 % en 2016) ;
- les cartes européennes de stationnement (49 % à 46 % en 2016) ;
- les orientations en établissements ou services (41 % contre 38 % en 2016).

En revanche, les taux de premières demandes augmentent pour :

- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) (de 35 % à 37 % en 2016) ;
- le matériel pédagogique adapté (de 65 % à 67 % en 2016).

Les taux de premières demandes « enfants » restent stables pour les orientations au titre de l'amendement Creton, des aides humaines à la scolarisation et des cartes d'invalidité ou de priorité.



Source : CNSA, échanges annuels 2016

Cette diminution de la part des premières demandes observée en 2016 peut s'expliquer par l'importance des renouvellements après plusieurs années d'exercice.

MDPH de l'Aube (10)

Au fil des années le taux de premières demandes tend à s'infléchir. Cette situation est due au phénomène de montée en charge auquel les MDPH ont dû faire face depuis leur création. L'émergence de nouveaux dispositifs comme la PCH et les PPS ont eu pour conséquence d'accroître le taux de premières demandes au cours des premières années. Le phénomène naturel des réexamens et renouvellements périodiques et les évolutions légales ont eu pour conséquence de réduire progressivement le taux de premières demandes sur le volume global traité. Néanmoins, il faut quand même constater que dans un contexte de hausse des demandes, le taux de premières sollicitations continue de progresser en valeur absolue.

5. Les décisions et avis rendus par les MDPH

Grâce à l'effort d'optimisation des organisations, un nombre de demandes déposées les années précédentes et non traitées stabilisé

En 2016, le nombre de décisions et avis rendus par les MDPH augmente plus rapidement que le nombre de demandes déposées.

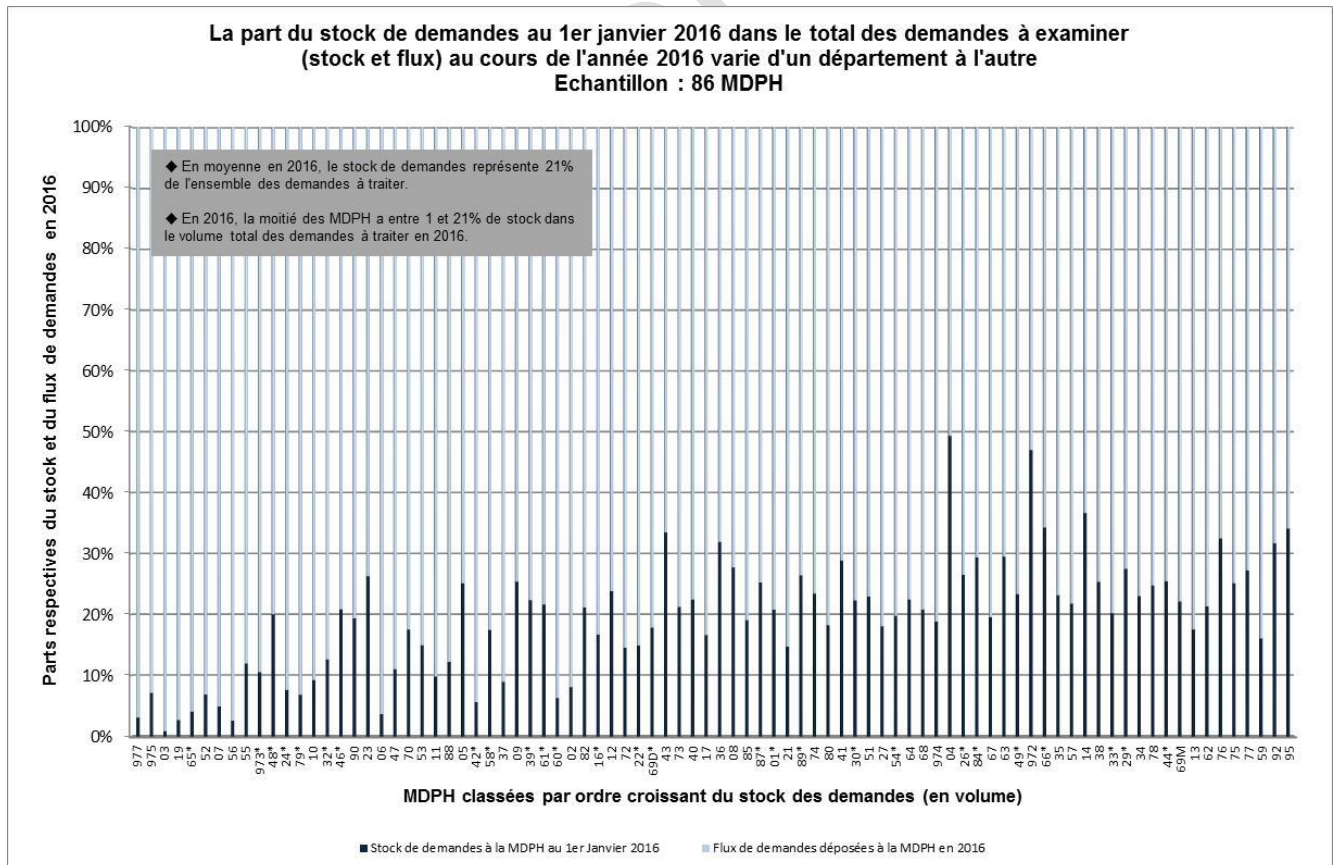
Ainsi, en 2016, 4,53 millions de décisions et avis, c'est à dire l'ensemble des accords, refus, et sursis, ont été rendus par les MDPH, soit une hausse de 6 % entre 2015 et 2016 (alors que la hausse des demandes pour la même année est de 4,4 %).

Cette hausse s'accompagne de la **stabilité de la part du traitement des dossiers déposés les années précédentes sur l'ensemble des demandes traitées** (21 % en 2016 contre 21,7 % en 2015 21 % en 2014 et 22 % en 2013).

En effet, corolaire de l'augmentation des demandes déposées auprès des MDPH (le volume de demandes déposées les années précédentes et non traitées augmentant avec le nombre de demandes globales), l'augmentation de l'activité a entraîné la création de retard dans le traitement des demandes des années précédentes dans la plupart des MDPH.

De nombreuses MDPH qui se trouvaient dans une situation compliquée avec un nombre important de demandes non traitées ont réorganisé leur fonctionnement et mis en place des plans priorisant le traitement ces demandes pour en réduire le volume tout en augmentant le nombre de décisions prises.

Le constat effectué sur l'exercice 2015 se confirme ainsi en 2016 : la dynamique positive dans le traitement des dossiers est ainsi confirmée ou a permis, a minima, de contenir l'augmentation des volumes de demandes non traitées.



MDPH du Finistère (29)

Alors que le nombre de demandes connaît la même évolution que l'année passée (+ 4 %), le nombre de décisions prises par les membres de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) a quant à lui varié de près de 38 % pour arriver à près de 71 000. Cette augmentation s'explique par l'amélioration des circuits courts et des instances (évolution de l'organisation de la CDAPH : organisation générale, groupe sur liste, critères de présentation des demandes). En parallèle, la fermeture du vendredi pendant 7 mois et les renforts proposés par le département ont permis de résorber le stock cumulé.

MDPH de l'Aude (11)

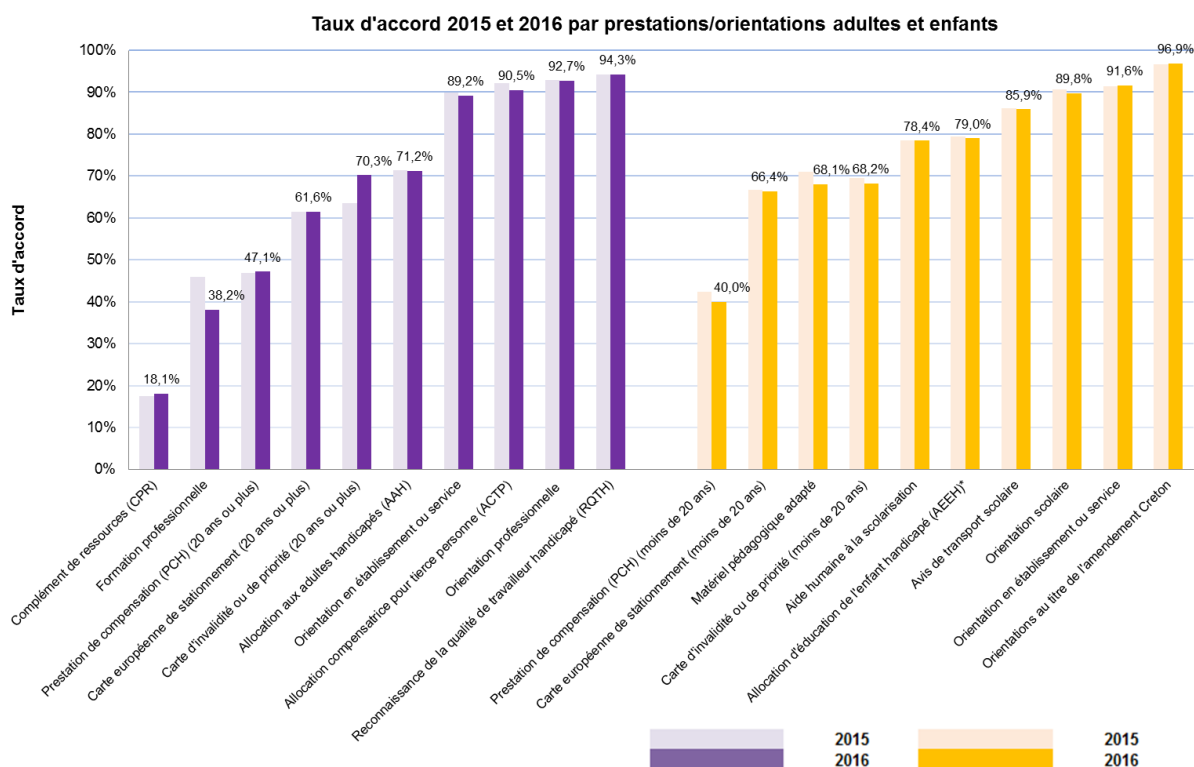
En 2015, le nombre de dossiers traités a été supérieur au nombre de dossiers entrants du fait de l'opération « déstockage », mais un risque subsiste en 2016 de voir un stock réapparaître (delta de 742 dossiers au 31/12/16).

6. Les taux d'accord

Dans la continuité de l'année 2015, des taux d'accord en majorité stables ou à la baisse

L'évolution des taux d'accord est **variable selon les prestations** et reflète d'importantes **disparités départementales**.

On observe toutefois une **stabilisation ou une diminution** de l'ensemble des taux d'accord entre 2015 et 2016 à l'exception des cartes d'invalidité ou de priorité adultes (20 ans ou plus) pour lesquels ce taux augmente (+ 6.8 %).



Source : CNSA, échanges annuels 2016

Les MDPH identifient plusieurs facteurs explicatifs à la diminution des taux d'accord constatée :

- le nombre important de demandes non éligibles venant de personnes en situation de précarité et se tournant vers d'autres prestations sachant que certaines situations se situent à la frontière entre précarité et handicap ;
- une complexité des droits et prestations ressentie par les usagers,
- un format du formulaire de demande (ancien cadre) favorisant une demande très large de droits pour les usagers ne sachant pas quelle(s) prestation(s) solliciter ;
- une amélioration des pratiques des équipes d'évaluation en matière d'application des critères d'éligibilité (guides de la CNSA, participation aux ateliers et formations, ...) ;
- la difficulté à faire aboutir des demandes de PCH en raison de la lourdeur et de la complexité des éléments à réunir pour y répondre (les devis par exemple).

MDPH de l'Allier (03)

Depuis 2015, le nombre de refus des cartes de priorité et d'invalidité est plus important que les accords. Ce constat s'explique en raison de demandes parfois injustifiées des usagers pour l'obtention de ces cartes : le droit étant ouvert, certains usagers « cochent » la demande de carte sur le document CERFA. En outre, les évaluations des équipes de la MDPH ont été améliorées.

MDPH de l'Aveyron (12)

[Le taux d'accord] est de 52.10 %, il ne cesse de diminuer depuis 2008. L'évolution des pratiques d'évaluation et d'attribution, une meilleure appropriation du cadre réglementaire en particulier celui relatif à l'éligibilité de la prestation explique en partie cette diminution du taux. 69.4 % des rejets sont

liés à des critères de handicap non remplis. La part des rejets pour critères d'âge (24.8 %) et celle pour demandes inappropriées (5.7 %) restent élevées.

MDPH de Haute-Vienne (87)

Depuis 2013, on observe un accroissement aussi bien quantitatif que proportionnel des refus prononcés par la CDAPH. Cette tendance se confirme quel que soit le nombre de demandes enregistrées. La majorité des refus est prononcée suite à l'évaluation initiale d'un taux d'incapacité <50 %, ce qui tendrait à confirmer la méconnaissance de cette prestation par les demandeurs ainsi que les personnes qui les accompagnent.

La réception de demandes irrecevables représente une charge de travail pour les services des MDPH qui instruisent et évaluent toutes les demandes qui leur sont formulées. Pour limiter ce phénomène, quelques MDPH développent ou souhaitent développer des actions de sensibilisation et d'information auprès de leurs partenaires sur les critères d'accès aux prestations.

MDPH de Haute-Garonne (31)

Comme les années antérieures, le taux de rejets « PCH enfants » reste très important. Pour l'avenir, nous avons programmé des sensibilisations auprès des partenaires qui accompagnent les familles sur les critères d'accès à la prestation. En effet, la majorité des décisions défavorables concerne des jeunes qui ne sont pas éligibles à l'AEEH. [...] Sur le volet scolarité, le taux d'accord est particulièrement élevé. En effet, les familles sont accompagnées par les équipes éducatives pour solliciter les compensations nécessaires aux élèves. De plus, le GEVA SCO, complété par les professionnels et les acteurs de terrain en lien avec les familles, permet d'éclairer les difficultés et les besoins du jeune.

En ce qui concerne plus spécifiquement les demandes de cartes d'invalidité ou de priorité adultes (20 ans ou plus), l'augmentation du taux d'accord constatée cette année pourrait trouver une explication dans la simplification des modalités de délivrance des cartes de stationnement et d'invalidité pour les personnes âgées en GIR 1 et 2, qui permettrait une orientation plus précise des demandes effectuées auprès des MDPH.

Certaines MDPH notent par ailleurs une augmentation des taux d'accord pour la PCH (enfants comme adultes), bien que la tendance nationale soit à la baisse. Plusieurs facteurs sont avancés par ces MDPH pour expliquer cette augmentation :

- la part importante de dossiers arrivant à échéance et devant être renouvelés, qui s'accompagnent dans la majorité des cas d'une décision d'accord ;
- concernant plus précisément la PCH Adultes, une légère augmentation peut être liée au fait qu'elle remplace depuis 2006 l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ; les bénéficiaires de l'allocation compensatrice peuvent continuer à en bénéficier ou opter pour la PCH ; il ne peut plus y avoir en revanche de première demande d'allocation compensatrice ;
- la meilleure information des partenaires (ex : CLIC), relais auprès des demandeurs, notamment sur les critères d'éligibilité qui permet une orientation plus précise des personnes.

MDPH de l'Indre (36)

Cette légère augmentation est due aux nouvelles ouvertures de droits ainsi qu'en partie au choix des personnes en faveur de la PCH lors de la comparaison qui est faite avec l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Ce choix est définitif.

MDPH de la Sarthe (72)

Corroborant le constat de 2015, la CDAPH s'est prononcée favorablement sur 95,3 % des demandes de PCH. Ce taux important de validation des demandes est pour partie le fruit d'une meilleure information des partenaires et notamment des CLIC qui donnent les informations sur les critères d'ouverture du droit administratif tels que l'âge ou l'impossibilité de solliciter « l'aide-ménagère ».

7. Les délais moyens de traitement des demandes

Des délais moyens de traitement relativement contenus mais variables selon les territoires

Pour les demandes adultes, les délais moyens de traitement se stabilisent à 4 mois et 15 jours avec :

- 47 % des MDPH ont un délai moyen qui a augmenté entre 2015 et 2016 (50 % en 2015)
- 43 % ont un délai qui a diminué (45 % en 2015)
- 10 % ont un délai équivalent (6 % en 2015)
- **Des disparités par département** avec un rapport de 11 entre les délais minimum et maximum observés (allant de 1 à 11 mois, en moyenne)

Pour les enfants en revanche, on note une augmentation du délai moyen de traitement avec **3 mois et 17 jours en moyenne pour les demandes « enfants »** :

- 51 % des MDPH ont un délai moyen qui a augmenté entre 2015 et 2016 (48 % en 2015) ;
- 37 % ont un délai qui a diminué (40 % en 2015) ;
- 12 % ont un délai équivalent (12 % en 2015) ;
- **Des disparités entre les départements** avec un rapport de 1 à 7 en moyenne entre les délais minimum et maximum observés.

Pour l'année 2016, certaines MDPH indiquent que la mise en œuvre de certains chantiers internes ou évolutions réglementaires ont pu amener à une réorganisation du fonctionnement des MDPH et expliquer ainsi l'allongement provisoire des délais de traitement (dématisation, réponse accompagnée pour tous pour les territoires pionniers, etc.)

MDPH de l'Yonne (89)

Du fait des très nombreux projets menés en 2016 (dématisation, travaux, Réponse Accompagnée Pour Tous) qui ont abouti à une réorganisation des équipes, l'année 2016 a vu les délais moyens de traitement des demandes augmenter. Ainsi, le délai moyen de traitement à compter de la date de dépôt toutes demandes confondues était de 4,5 mois. Cette augmentation des délais de traitement était prévisible, et devrait s'améliorer en 2017. Cependant, les équipes ont été fortement éprouvées par ces évolutions importantes et leur engagement volontaire dans ces projets a permis de limiter cette hausse des délais.

Outre le constat d'une hétérogénéité importante selon les territoires, les délais de traitement restent également très différents par droits et prestations. Les compléments de l'AEEH et de la PCH notamment requièrent un temps d'évaluation plus important sur le volet aides techniques. Des visites à domicile peuvent ainsi être réalisées.

MDPH de la Gironde (33)

L'ensemble des prestations enfants se place en dessous du délai de 4 mois à l'exception des compléments de l'AEEH et de la PCH ; Ces deux droits nécessitent une évaluation complémentaire par le biais de documents additionnels à fournir par l'autorité parentale. Pour ce qui concerne les prestations adultes, on peut constater un délai plus long pour l'attribution de la prestation de compensation du handicap même si le délai est encore à la baisse en 2016. Les modalités d'évaluation de chacune des prestations expliquent ces différences : la demande de PCH donne lieu à une visite à domicile d'un évaluateur afin de recueillir les souhaits liés au projet de vie et l'ensemble des éléments du contexte de vie.

MDPH de la Haute-Loire (43)

La complexité de l'évaluation des demandes de P.C.H. pour les volets aides techniques et aménagements nécessitant un travail d'évaluation conséquent (assistante sociale PA/PH et ergothérapeute) et un accompagnement des demandeurs dans leurs recherches de solutions (préconisations et devis), les délais de traitement des demandes pour ces deux volets sont bien au-delà du délai légal avec 10 mois pour les aides techniques et 8,3 mois pour les aménagements.

Il convient enfin de souligner le travail important de réorganisation et d'optimisation de l'activité poursuivie par les MDPH sur l'année 2016 pour contenir les délais dans un contexte d'augmentation constante de l'activité. Pour nombre d'entre elles, le maintien des délais au niveau réglementaire (4 mois) constitue un objectif de qualité et de satisfaction des usagers. Ainsi, certaines MDPH ont engagé des démarches de contrôle qualité sur la gestion des délais.

MDPH de l'Aube (10)

Il s'agit d'une démarche permanente, initiée en 2010. Elle porte sur l'optimisation et le contrôle continu : du délai d'ouverture des demandes déposées ; de la durée globale de traitement des demandes dont la durée maximale prévue par la loi est de 4 mois ; du délai de notification des décisions qui reste systématiquement inférieur à 8 jours ; du stock des dossiers en instance. Sur ces quatre points, les adaptations des procédures ont permis d'améliorer considérablement la situation initiale, en initiant aussi souvent que possible, le traitement des demandes dans des circuits courts. Afin de pallier une érosion toujours possible, compte tenu de l'accroissement permanent des sollicitations et par voie de conséquence, de l'activité de la MDPH, un suivi permanent est effectué, au moyen de la production mensuelle d'indicateurs sous forme de tableaux de bord dont la cible et le contenu évoluent en permanence. Outils de pilotage, ces indicateurs permettent à toute l'équipe de la MDPH de situer l'activité dans le temps et de disposer d'une vision prospective. En complément, dans le cadre d'une démarche qualité, des listes de mise à jour et de correction des données sont régulièrement adressées aux référents. Principal facteur de satisfaction de la part des usagers de la MDPH, le maintien dans le temps des délais de traitement a été rendu possible grâce au travail permanent d'optimisation des moyens et des procédures dans le respect des exigences légales et de la nécessaire qualité de l'évaluation.

MDPH de l'Oise (60)

Cette année 2016 marque ainsi le lancement de grands projets nationaux structurants et, qui doivent, à terme, simplifier le fonctionnement des MDPH avec l'objectif d'améliorer le service rendu aux personnes handicapées conformément à la loi de 2005. En 2016, pour pouvoir mettre en œuvre ces nouveaux projets sans que cela impacte ses délais de traitement, la MDPH a revu son organisation. Les MDPH doivent mettre en œuvre plusieurs projets à moyens constants ce qui nécessite de réfléchir à des modes d'organisation innovants, partenariaux et conduit aussi à expérimenter davantage.

8. L'activité des MDPH liée à la prestation de compensation du handicap (PCH)

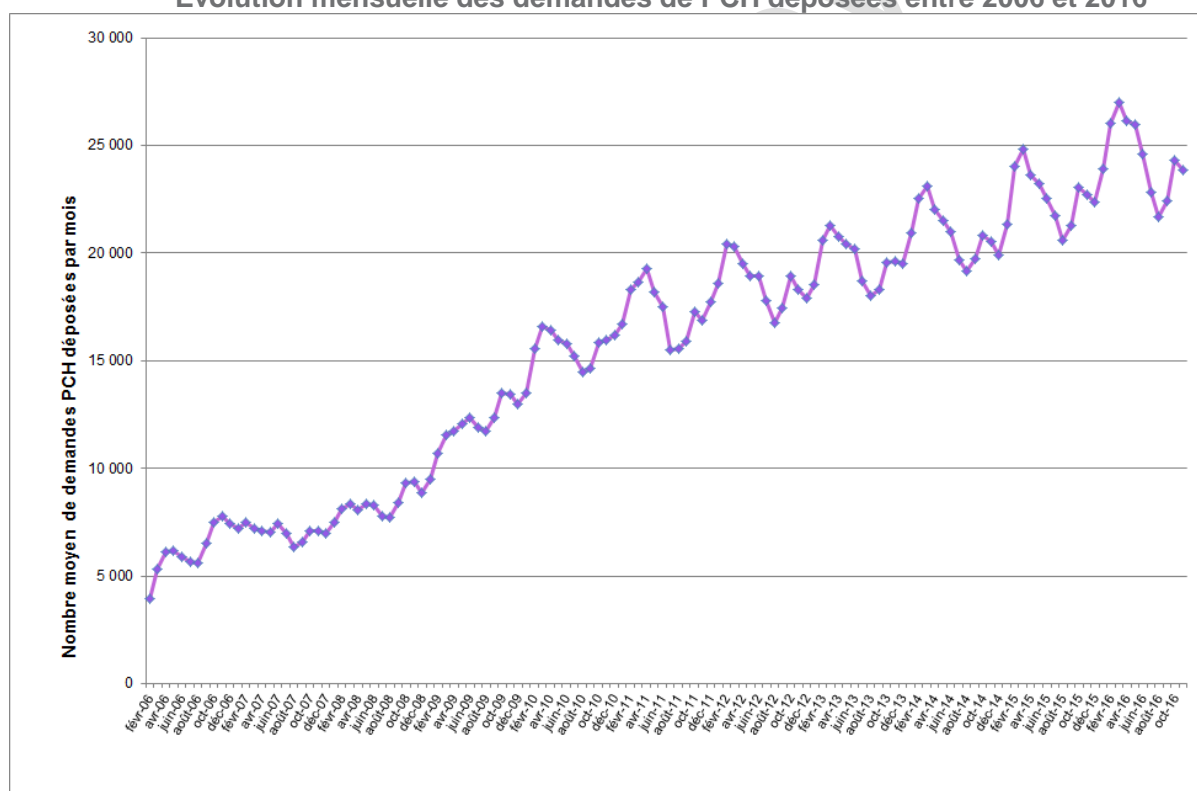
En 2016, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont instruit 292 700 demandes de prestation de compensation du handicap (PCH) dont 12,5 % concernent des demandes de PCH enfants. La croissance des demandes de PCH se poursuit : elles ont augmenté de 8 % par rapport à 2015. En 2016, les MDPH ont accordé environ 128 500 prestations de compensation (PCH). Le taux d'accord de PCH poursuit sa diminution.

En 2016, la prestation de compensation du handicap représente près de 7 % des demandes déposées auprès des MDPH, une part stable depuis 2010. L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ne représente désormais que 0,3 % des demandes déposées.

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

Une croissance confirmée du nombre de demandes de PCH

Évolution mensuelle des demandes de PCH déposées entre 2006 et 2016

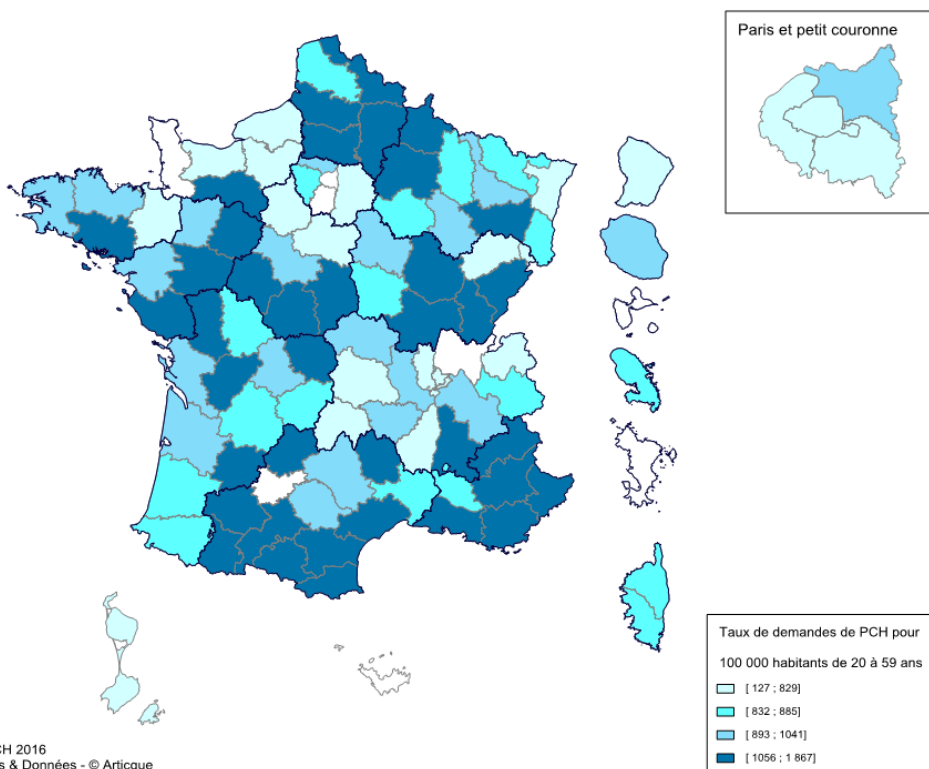


Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA, données estimées.

En 2016, la croissance des demandes de PCH est de 8 %, et on estime à 292 700 le nombre de demandes de PCH (adultes et enfants) pour la France entière (hors Mayotte). La part des demandes de PCH enfants atteint 12,5 %.

Nombre de demandes de PCH déposées, rapporté à 100 000 habitants âgés de vingt à cinquante-neuf ans (2016)

Nombre de demandes de PCH déposées en 2016 rapporté à 100 000 habitants âgés de 20 à 59 ans



Source : CNSA, enquête mensuelle PCH 2016
Carte réalisée par la CNSA avec Cartes & Données - © Artique

Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA

Données non disponibles pour les départements suivants au moment de la diffusion des résultats de l'enquête en mai 2017 : 01, 50, 82, 91, 971, 977, 978

En moyenne, 830 demandes de PCH pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans ont été déposées en 2016. Parmi les 90 départements pour lesquels l'information est disponible à la fois en 2015 et en 2016, l'augmentation de l'activité liée à la PCH concerne 83 % des MDPH de l'échantillon. La PCH représente en 2016 près de 7 % des demandes déposées auprès des MDPH (soit une part stable depuis 2010).

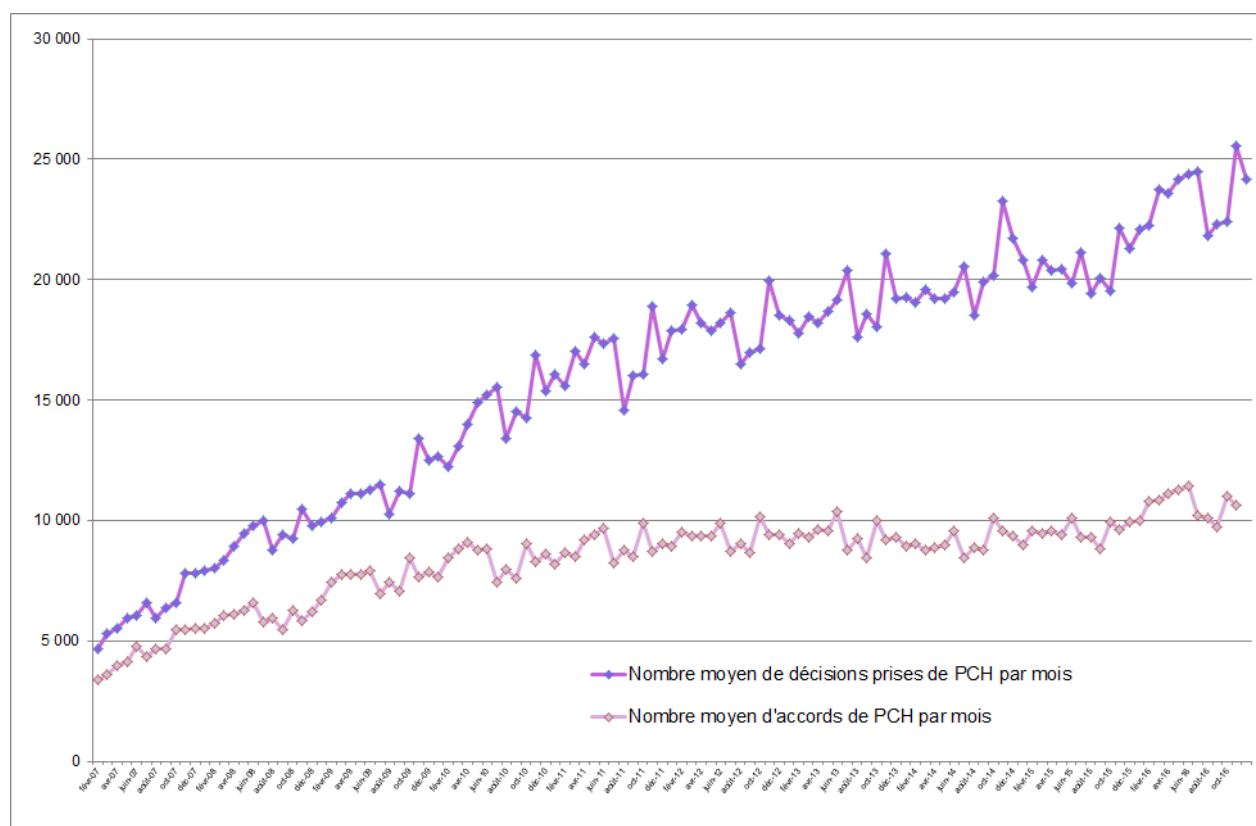
En 2008 (année de mise en place de la PCH pour les enfants), la part des premières demandes de PCH adulte était de 85 % (contre 57 % en 2016) et celle des premières demandes de PCH enfant atteignait 95 % (contre 62 % en 2016). Certaines MDPH évoquent une baisse de la part des primo demandes de PCH en 2016, qui pourrait s'expliquer par la hausse du nombre de renouvellements après dix années d'exercice.

MDPH des Alpes-Maritimes (06)

Pour la première fois en 2012 on a noté une légère inflexion du nombre de premières demandes. Cette tendance qui, s'est renforcée en 2015, s'est poursuivie en 2016. Cette réduction du nombre des premières demandes s'explique en partie par l'augmentation de la proportion de révisions et renouvellements. 2016 marque en effet le début du renouvellement des demandes de PCH attribuées à partir de 2006, dont certains éléments sont ouverts pour 10 ans.

En parallèle, une augmentation des décisions de PCH en augmentation

Évolution des décisions prises en matière de PCH entre 2006 et 2016

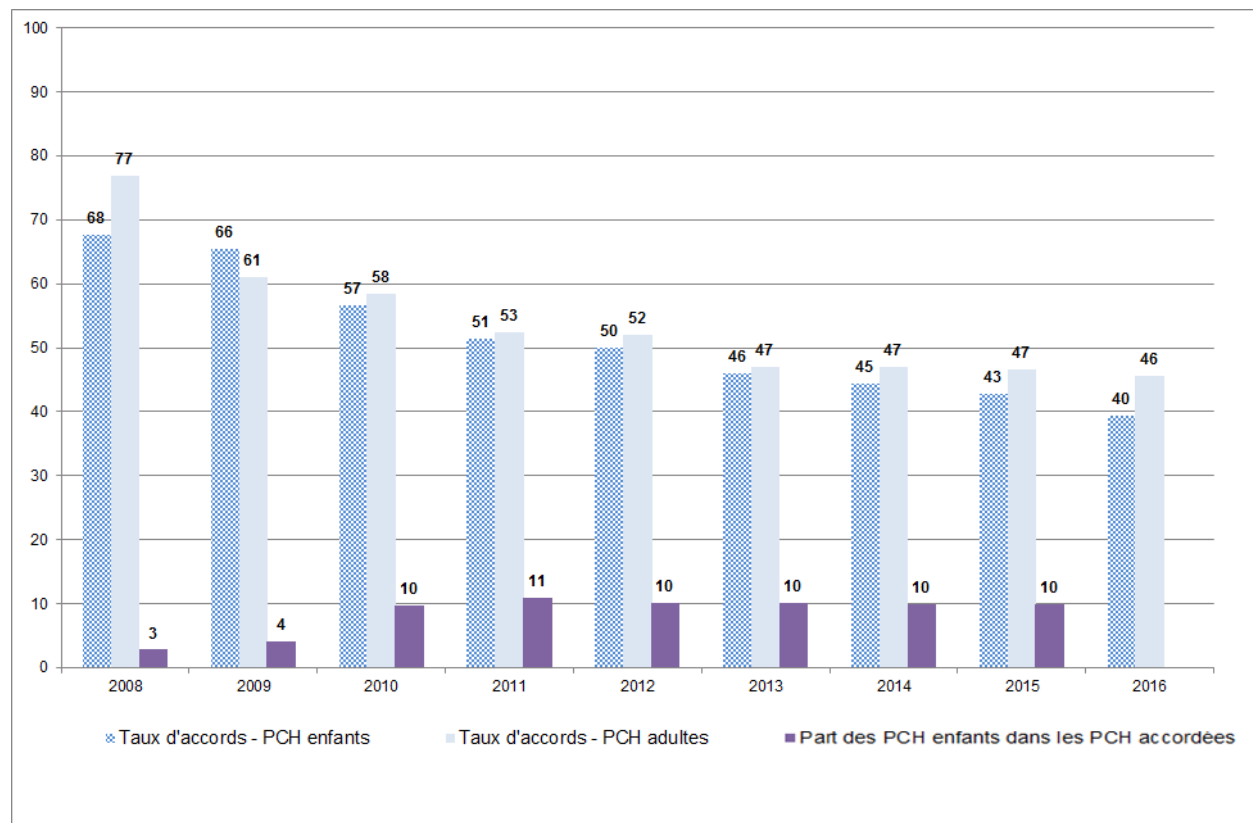


Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA, données estimées.

En 2016, les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), ont pris environ 284 000 décisions de PCH. Leur activité liée à cette prestation se maintient à un niveau élevé et augmente régulièrement : de 6 % en 2016 par rapport à 2015 et de 10 % en 2015 par rapport à 2014. La part des décisions de PCH dans l'ensemble des décisions prises par les CDAPH reste très stable, à 7 %. Les PCH enfants représentent 11 % du total des décisions PCH prises en 2016, et les PCH en établissement 6 %.

Si la part des demandes et des décisions de PCH est relativement faible en comparaison des autres prestations, l'évaluation de la PCH, qui nécessite un temps conséquent, mobilise beaucoup les équipes pluridisciplinaires.

Évolution du taux d'accord de PCH de 2008 à 2016



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA

En 2016, un peu moins d'une décision sur deux a donné lieu à un accord de PCH. En 2016, on estime à 128 500 le nombre d'accords de PCH. En diminution depuis 2009, le taux d'attribution de la prestation de compensation (adultes et enfants) est estimé à 45 % en 2016 (contre 46 % en 2015) avec respectivement un taux de 46 % pour la PCH adultes et de 40 % pour la PCH enfants.

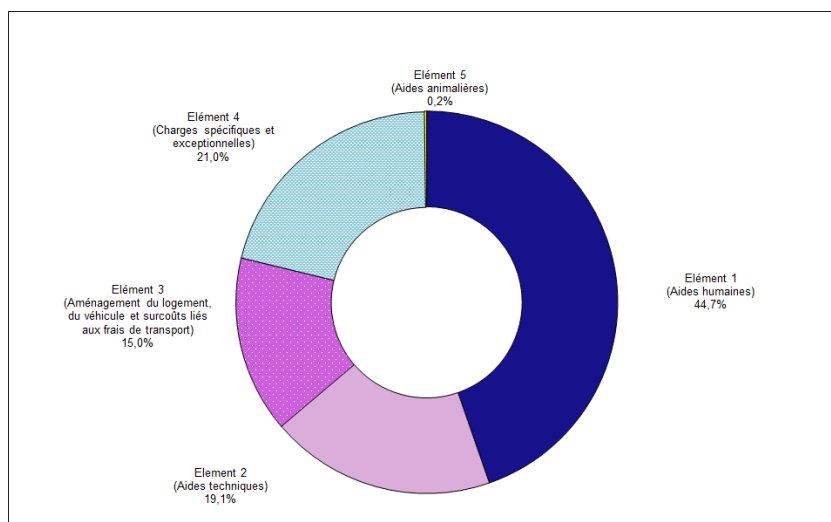
Les pratiques départementales (information des personnes et des partenaires, orientation des demandes, dialogue préalable avec les personnes) et l'objet des demandes (premières demandes, renouvellements) ont probablement un impact sur le sens des décisions prises en CDAPH. L'évolution des pratiques d'évaluation et d'attribution des MDPH depuis 2006 résulte également d'une meilleure appropriation du cadre réglementaire, en particulier des règles relatives à l'éligibilité à la prestation.

La part des PCH accordées à des personnes hébergées en établissement médico-social ou sanitaire représente 10 % des prestations attribuées. La prestation de compensation, à l'exception de l'aide humaine (élément 1 de la PCH), leur est accordée pour compenser à titre individuel des besoins non couverts par l'établissement dans le cadre de ses missions. Le taux d'accord est de 80 % pour les personnes qui bénéficient d'un montant journalier d'aide humaine pour la PCH : dans la pratique, 70 % des MDPH notifient des droits portant sur une aide humaine en établissement qu'il y ait ou non un retour à domicile. La notification des droits en aide humaine n'est pas mise en œuvre dans 7 % des cas.

Une répartition des éléments accordés en PCH variable selon l'âge et le lieu de vie

Répartition des éléments de la PCH attribués en 2016 (%)

Graphique 5a : Tout public



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA

L'enquête PCH permet de connaître les différents éléments de la prestation de compensation accordés par la CDAPH chaque mois. Au nombre de cinq (aides humaines ; aides techniques ; aménagement du logement, du véhicule et surcoûts liés aux frais de transport ; charges spécifiques et exceptionnelles ; aides animalières), ces éléments sont attribués en fonction de la situation de la personne, de ses besoins de compensation et au regard de son projet de vie.

L'aide humaine représente 45 % des éléments accordés en 2016. Il s'agit de l'élément le plus fréquemment attribué pour le public éligible à la PCH, à la fois pour les personnes qui sont à domicile et en établissement, et ce quel que soit l'âge.

Les charges spécifiques et exceptionnelles sont plus fréquemment accordées aux enfants pour répondre à leurs besoins (28,6 % contre 21 % en moyenne).

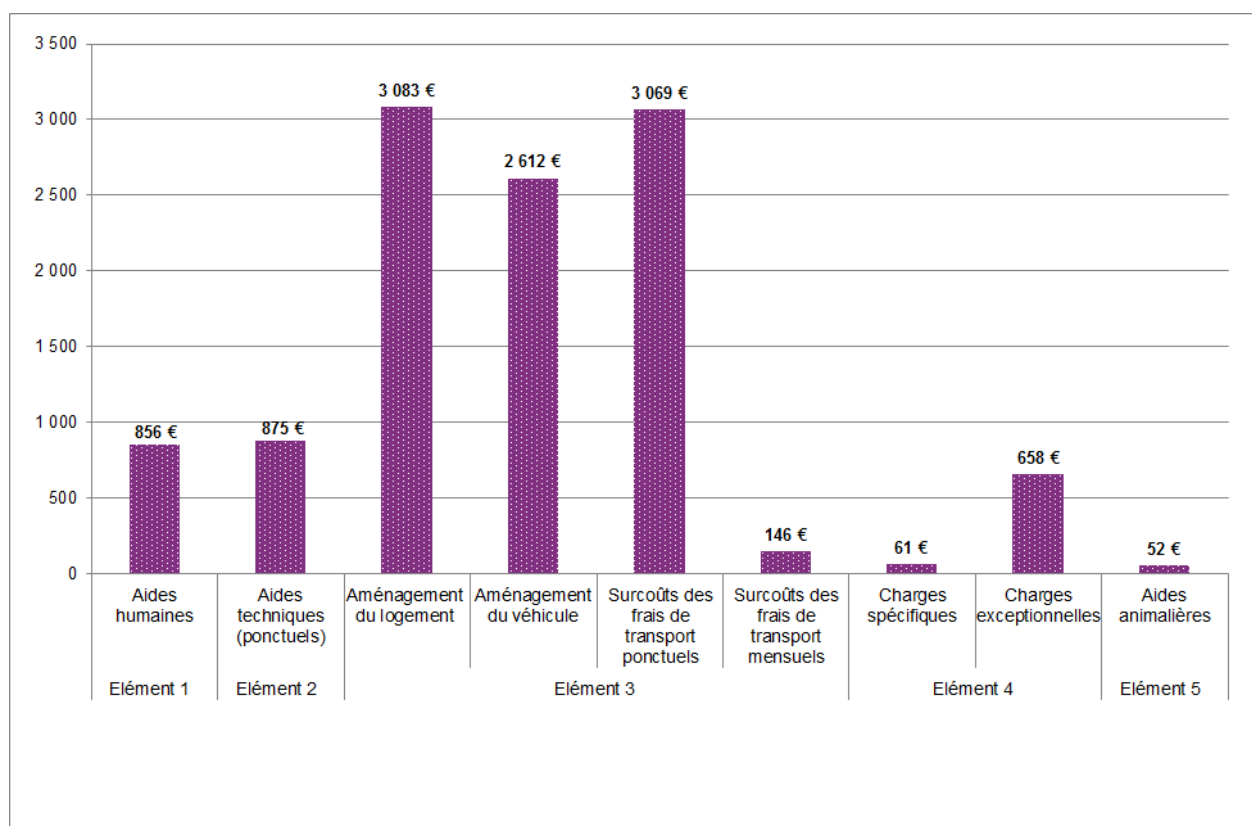
En établissement, hors aide humaine, la compensation la plus répandue par rapport au domicile concerne l'élément 3 et en particulier les surcoûts liés aux frais de transport : ils représentent 22 % des éléments accordés en établissement contre 7 % dans l'ensemble. Les aménagements du logement y sont plus rares (0,6 % contre 5 % dans l'ensemble) tout comme les aménagements du véhicule (moins d'1 % contre 3 %).

MDPH de Haute-Marne (52)

L'aide humaine est l'élément le plus fréquemment accordé pour le public éligible à la PCH, à la fois pour les personnes qui sont à domicile et pour celles qui sont en établissement. Mais les aides spécifiques pour les séjours vacances de personnes handicapées en établissements (foyer de vie, FAM, ou MAS) sont de plus en plus fréquentes.

Des montants moyens variables fonction des éléments de la PCH en 2016

Les montants moyens attribués par élément de la PCH en 2016 (%)



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA

Au niveau national, le montant moyen attribué mensuellement pour l'aide humaine est de 856 euros en 2016. La PCH permet de recourir à des aidants professionnels (prestataire, mandataire, gré à gré) et/ou à des aidants familiaux. Le montant moyen de l'aide humaine peut être corrélé avec différents facteurs :

- la configuration de l'aide préconisée par l'équipe pluridisciplinaire, les quatre statuts d'aidants n'étant pas associés aux mêmes tarifs ;
- les orientations de prise en charge du handicap selon le lieu de vie (à domicile et/ou en établissement)
- la configuration locale de l'offre.

Le montant accordé pour les aides techniques est, en moyenne, de 875 euros en 2016. Les aides techniques sont, dans 96 % des cas, versées ponctuellement.

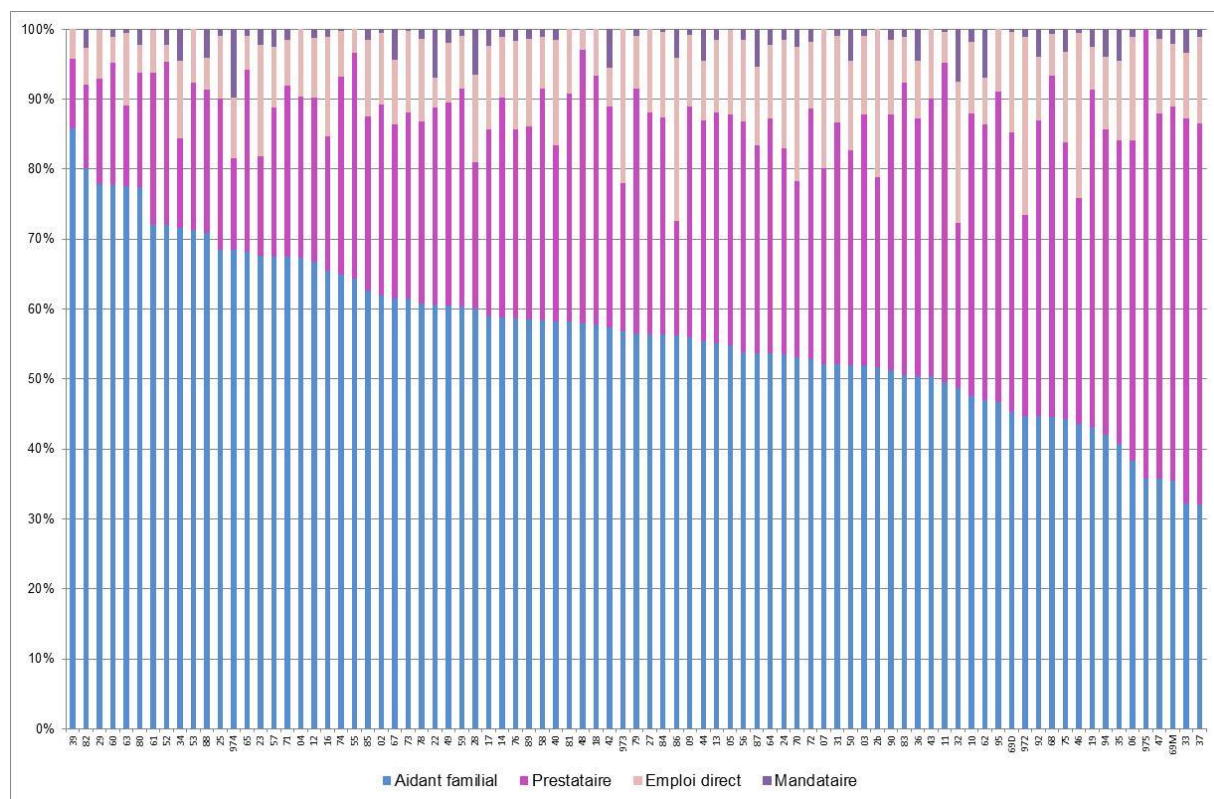
Le montant moyen accordé pour l'aménagement du logement est de 3 083 euros tandis que celui accordé pour un aménagement du véhicule s'élève à 2 612 euros. Les surcoûts liés aux frais de transport en versements mensuels représentent 88 % des surcoûts liés aux frais de transport. Ils sont accordés à hauteur de 146 euros en moyenne et par mois. Les frais de transport en versements ponctuels représentent 12 % des frais de transport accordés (parmi les frais de transport accordés avec un versement ponctuel ou mensuel). Le montant moyen est de 3 069 euros pour cet élément

Le montant moyen de l'élément 4 relatif aux charges spécifiques et exceptionnelles s'élève à 255 euros en 2016. Les charges spécifiques attribuées mensuellement représentent 67 % des éléments accordés au titre de cet élément avec un montant moyen attribué de 61 euros. Le montant moyen des charges exceptionnelles attribuées ponctuellement est de 658 euros.

Enfin, les aides animalières sont plus rarement accordées, avec un montant moyen mensuel de 52 euros.

Une part importante des aides humaines dédiée au dédommagement d'un ou plusieurs aidants familiaux

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



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA (85 MDPH)

En 2016, la durée moyenne d'attribution de l'aide humaine est de 4 ans. Lorsque l'aide humaine est accordée, elle l'est pour un volume de 81 heures et 50 minutes par mois (tout statut d'aidant confondu), avec un nombre d'heures d'aide humaine accordées sur le territoire un minimum de 34 heures et un maximum de 144 heures par mois.

Dans leurs réponses à l'enquête, les MDPH ont transmis la répartition des heures accordées par statut de l'aidant. Ces données permettent d'observer, par département, la part que représentent les heures accordées à la personne, réalisées par un aidant familial, par rapport aux heures attribuées en mode prestataire, mandataire ou emploi direct. Elles ne permettent pas en revanche de savoir si les heures sont réellement consommées ni de quelle façon les usagers en bénéficient (aide unique de l'entourage, aide unique des professionnels et aide mixte). En 2016, en moyenne, 58 % des heures d'aide humaine sont accordées pour le recours à un aidant familial, 31 % pour un recours à un prestataire, 9 % pour de l'emploi direct et 2 % pour un recours à un mandataire. Cette répartition varie selon les départements

Une prestation qui évolue

Afin d'améliorer l'évaluation et l'attribution de la prestation de compensation du handicap, les MDPH font évoluer tant l'organisation des équipes pluridisciplinaires que la formalisation du processus.

En premier lieu, si l'organisation des équipes pluridisciplinaires qui gèrent la PCH est variable d'une MDPH à l'autre, on peut observer une tendance à la mutualisation des équipes enfants et adultes, dans un souci d'efficacité et de transversalité.

Des évolutions sur l'organisation des processus d'instruction des demandes concernant la PCH peuvent également être relevées, afin de conformer les propositions avec la réglementation, d'une part, et d'optimiser l'organisation dans un souci de réduction des délais de traitement, d'autre part. Il peut par exemple s'agir de :

- l'ouverture systématique des droits à la PCH lorsque la personne y est éligible ;
- l'organisation graduée de l'évaluation à domicile (par exemple dans l'Aisne, la procédure développée consiste à réaliser des évaluations à domicile pour les primo-demandes de PCH et à évaluer la nécessité d'une évaluation à domicile pour les renouvellements par un entretien téléphonique).

9. L'activité des MDPH en lien avec les allocations

La CDAPH peut se prononcer sur deux types d'allocations :

- l'allocation aux adultes handicapés et le complément de ressources (AAH) ;

L'AAH est une aide financière qui permet d'assurer un revenu minimum. Elle est attribuée aux personnes âgées de plus de 20 ans (ou plus de 16 ans pour un jeune qui n'est plus considéré à la charge des parents pour bénéficier des prestations familiales). Les bénéficiaires doivent avoir un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % ou compris entre 50 et 79 % et connaître une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi, reconnue par la CDAPH.

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

- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et le complément.

L'AEEH est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Cette aide est versée à la personne qui en assume la charge. Elle peut être complétée, dans certains cas, d'un complément d'allocation. Elle est versée à la famille d'un enfant en situation de handicap de moins de 20 ans.

Un complément d'allocation est accordé pour l'enfant atteint d'un handicap dont la nature ou la gravité exigent des dépenses particulièrement coûteuses ou nécessitent le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) et le complément de ressources : des effets encore disparates de la réforme de 2015

En 2015, il était fait état de l'impact, sur l'évolution des demandes d'AAH, de la réforme de l'allocation instaurée par le décret du 16 août 2011 qui a limité à 2 ans la durée d'attribution de l'AAH pour les personnes ayant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE).

Le décret du 3 avril 2015 est revenu sur cette réforme en portant de 2 à 5 ans la durée d'attribution de l'AAH (si le handicap et la RSDAE ne sont pas susceptibles d'une évolution favorable au cours de la période d'attribution). Si la plupart des rapports d'activité des MDPH pour l'année 2016 ne mentionne pas d'impact direct de cette réforme sur les demandes de RQTH, certaines MDPH indiquent observer une baisse des demandes d'AAH sur leur territoire. A noter toutefois, la mesure de l'impact de la réforme est encore à ce stade précoce et il faudra attendre 2017 voire 2018 pour observer des éventuelles diminutions du nombre de demandes à l'échelle nationale.

En outre, certaines MDPH indiquent avoir modifié leur fonctionnement à la suite de l'entrée en vigueur du décret de 2015 : travail des évaluateurs sur les critères d'évaluation pour une meilleure appropriation de la RSDAE, formation au guide barème ; échanges entre instructeurs des différents pôles, allongement de la durée d'attribution d'une orientation en ESAT pour la faire coïncider avec celle de l'AAH ; etc.

MDPH du Loir-et-Cher (41)

Les demandes d'allocation aux adultes handicapés restent à un niveau élevé cette année. L'impact de la réforme de l'A.A.H. de 2011 qui réduisait à 2 ans la durée d'attribution pour les bénéficiaires au titre de l'article L 821-2 (taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % et restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi) est ainsi toujours mesuré. Les décisions prises en 2014 sont arrivées à échéance et les bénéficiaires ont sollicité leur renouvellement. Le décret d'avril 2015, qui autorise l'allongement à titre dérogatoire et sous conditions de la durée d'attribution à 5 ans, a toutefois permis de prolonger les droits de 214 bénéficiaires qui n'ont ainsi pas eu besoin de redéposer une demande. Il faut ajouter que le nombre des premières demandes à cette allocation reste fort (un tiers des 2 925 demandes), ce qui impacte également le nombre de demandes d'orientation professionnelle et de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé puisque lors de l'étude des droits à l'AAH., ces volets sont systématiquement associés.

MDPH de la Vienne (86)

Cependant les marges de manœuvre sont dorénavant restreintes, la MDPH de la Vienne fonctionnant à flux tendu d'autant que les mesures de simplification annoncées ou déjà mises en œuvre (allongement de la durée d'attribution de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)) n'ont pas encore produit les effets attendus.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et son complément

Certaines MDPH indiquent observer pour l'année 2016 une augmentation générale de l'activité concernant l'AEEH qui concerne tant les demandes déposées que les décisions prises par la CDAPH. Il conviendra cependant de confirmer ce résultat au niveau national à l'issue des constats partagés par les MDPH.

MDPH de Moselle (57)

Le délai de traitement a légèrement augmenté, soit 2,9 mois en moyenne en 2015 contre 3,1 fois en 2016. Au regard de l'activité supplémentaire, la formation des équipes enfants spécialisées dans l'orientation à l'évaluation de l'AEEH/complément a permis de contenir les délais d'évaluation. Le garde-fou d'une évaluation équitable est le recours à une expertise d'une équipe dédiée aux prestations.

MDPH de Vendée (85)

Avec plus de 2 700 décisions dont seulement 19 % de rejets, l'AEEH (allocation de base et compléments) connaît une croissance ininterrompue depuis 11 ans et de près de 75 % depuis l'année scolaire 2009/2010. La très grande majorité des décisions porte sur des situations d'incapacité comprise entre 50 % et 80 %. Avec 537 rejets, l'année 2016 connaît son point le plus haut ».

Les MDPH avancent plusieurs hypothèses qui permettraient d'expliquer cette hausse :

- du fait du déficit d'offre sur le secteur enfants, à la fois dans le champ médico-social, sanitaire mais aussi éducatif, les familles solliciteraient l'AEEH (niveaux les plus élevés) pour obtenir une solution de compensation ;

MDPH de Haute-Garonne (31)

L'allocation reste le droit le plus sollicité par les familles pour les jeunes de moins de 20 ans compte tenu notamment du nécessaire financement des soutiens spécifiques requis pour les enfants confrontés au manque de places et au délai d'accueil en CMP, CMPP, CAMPS, SESSAD ou en établissements médico-sociaux.

- l'augmentation des demandes de prise en charge des troubles spécifiques du langage et des apprentissages du fait notamment d'un meilleur accès au diagnostic et à une meilleure information sur les droits¹;
- une sollicitation croissante pour le financement de prises en charge non médicales (orthophonie, ergothérapie, psychothérapie etc.) des troubles spécifiques du spectre autistique et les troubles spécifiques du langage et des apprentissages dont les demandes excèderaient les possibilités des établissements et services médico-sociaux².

MDMPH du Rhône (69)

De nombreuses demandes sont liées à la non prise en charge de certains soins par l'assurance maladie : ergothérapie, psychomotricité particulièrement. La CDA s'inquiète régulièrement du rejet de certaines allocations du fait d'un taux d'incapacité trop faible ou de frais insuffisants, ce rejet pouvant entraîner un renoncement aux soins nécessaires. Les professionnels sont tenus d'émettre des propositions au regard des contraintes réglementaires et référentiels, tout en constatant le besoin réel de ces enfants sur de tels suivis

10. L'activité des MDPH en lien avec les cartes

Les cartes, toutes demandes confondues (carte d'invalidité/carte de priorité ou carte européenne de stationnement), continuent de constituer en 2016 un volume particulièrement important dans l'activité des MDPH notamment au bénéfice des personnes âgées de plus de 60 ans.

Les cartes de stationnement et d'invalidité/de priorité

Sur l'ensemble des cartes, certaines MDPH font le constat de l'augmentation du nombre de demandes (qui pourrait être relié à la loi du 18 mars 2015 attribuant le stationnement gratuit à toute personne détentricice de la carte européenne de stationnement pour personnes handicapées et à la mise en œuvre en 2016 des dispositions de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement relatives à l'attribution automatique de la carte d'invalidité et de la carte européenne de stationnement pour les personnes en GIR 1 ou 2 dans le cadre de l'APA. Ce constat est toutefois à lire avec précaution et devra être confirmé par des travaux statistiques à l'échelle nationale.

En ce qui concerne plus spécifiquement les demandes de cartes de stationnement, les MDPH expliquent également l'augmentation constatée par des attentes plus marquées des usagers vis-à-vis de ce service. Certaines des demandes effectuées ne remplissent pas les critères d'attribution, ce qui conduit certaines MDPH, dont la MLPD des Landes (40), à interroger la pertinence de la possible ouverture des critères à d'autres troubles (troubles du comportement, troubles du neurodéveloppement) en raison de leurs répercussions sur la vie des personnes et de leurs proches aidants.

¹ * constats partagés par les conclusions du rapport de l'IGAS « Evaluation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) » - Juillet 2016, publié le 19 octobre 2017

² Ibid.

MDPH des Landes (40)

S'agissant des demandes de carte de stationnement, la MLPH est de plus en plus sollicitée par des personnes qui n'ont pas de difficulté pour la marche, mais qui rencontrent néanmoins des difficultés, eu égard à la mobilité de leurs membres supérieurs, pour réaliser les manœuvres sur les places de parking de plus en plus étroites. Ces personnes sollicitent alors la MLPH aux fins d'obtenir la carte de stationnement qui leur permettrait de se garer plus facilement grâce aux places réservées aux personnes handicapées qui sont de dimension plus adaptées. Certaines personnes souhaitent aussi la carte de stationnement car elles ne peuvent porter de charges lourdes ou afin de se garer plus facilement à l'hôpital. Il est arrivé que des personnes déficientes sensorielles demandent une carte de priorité à la MLPH afin d'avoir la possibilité de se placer à l'endroit où elles pourront le mieux entendre le spectacle, la carte de priorité leur permettant d'être dans les premières personnes de la file d'attente. De nombreuses familles ayant un enfant atteint de troubles du spectre autistique ou avec un handicap psychique nous sollicitent aux fins d'obtenir la carte de priorité afin de pouvoir aller dans les grandes surfaces sans avoir à attendre aux caisses. En effet, l'attente peut s'avérer difficile voire impossible eu égard aux difficultés rencontrées par leur enfant. Élargir l'octroi de la carte de priorité à d'autres difficultés que la station debout pénible, telle que les difficultés liées aux troubles du comportement apporterait beaucoup aux personnes concernées.

MDPH de Seine-et-Marne (77)

La hausse des demandes reçues peut s'expliquer par une attente plus forte des usagers concernant la carte de stationnement qui permet depuis la loi du 18 mars 2015 d'obtenir la gratuité pour certains stationnements payants et plus seulement un accès réservé aux places identifiées pour personnes en situation de handicap. La carte de stationnement représente une activité importante pour la MDPH. Elle est un motif fréquent de recours.

MDPH de l'Aube (10)

Depuis 2009, les demandes de cartes européennes de stationnement ont progressé de 137 %. Une forte hausse est constatée depuis 2015 (+17 %). Cette tendance se poursuit à un moindre niveau en 2016 : +8,7 %. Le taux d'acceptation est de 76,2 %. Cette situation vient confirmer un intérêt de plus en plus marqué par la population en situation de handicap pour ce type de prestation, renforcée sans doute par l'attribution de la gratuité du stationnement urbain. »

MDPH de la Meuse (55)

Ces dernières années, on note une augmentation croissante du nombre de décisions relatives aux cartes pour personnes handicapées, mais aussi du nombre d'accord relatif à ces cartes. Elles sont de plus en plus souvent demandées au bénéfice de personnes parfois très âgées. La proportion de bénéficiaires de cartes parmi les plus de 60 ans est d'année en année de plus en plus importante. A ces cartes attribuées par le CDAPH, s'ajoutent par ailleurs, des cartes d'invalidité et de stationnement attribuées administrativement aux personnes de plus de 60 ans, bénéficiaires de l'APA en GIR 1 et 2. En effet, en application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, nous avons mis en place, avec le Conseil départemental, un circuit d'attribution administrative des cartes, à titre définitif, pour tout bénéficiaire d'APA classé en GIR 1 et 2 exprimant la demande.

Plusieurs MDPH constatent également une baisse des décisions concernant les cartes. Une MDPH fait état d'une arrivée à saturation des services du fait de l'augmentation importante des demandes.

MDPH de Haute-Marne (52)

Le nombre de décisions sur les cartes est en baisse avec une augmentation du délai moyen de traitement, ce qui indique que le pôle adulte a atteint un degré de saturation pour chaque référent. Le stock des demandes « en attente » est en augmentation pour ces cartes.

MDPH des Deux-Sèvres (79)

Une diminution de 5,6 % sur l'ensemble des décisions relatives aux cartes : - de 7,5 % chez les enfants et - de 6,2 % chez les adultes de moins de 60 ans.

2. Les moyens des MDPH : analyse des maquettes financières et des effectifs

Rappel

Les partenaires du GIP contribuent au fonctionnement des MDPH de deux manières :

- les partenaires du GIP versent des dotations aux MDPH ; celles-ci entrent donc dans les **recettes** des MDPH et sont retracées dans son budget.
- les partenaires contribuent au fonctionnement des 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 aux 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.

Précautions de lecture :

- La valorisation des prestations externes financées par les partenaires et non refacturées aux MDPH est souvent sous-estimée. Cette année, 41 MDPH n'ont pas été en mesure de valoriser tout ou partie de ces externalisations.
- Les données du fonds de compensation ne sont pas prises en compte dans l'analyse des maquettes des MDPH. Ils font l'objet d'une étude séparé.
- Dans toutes les analyses de ce chapitre, la MDPH du Rhône et celle de la Métropole de Lyon ont été considérées comme une seule entité.

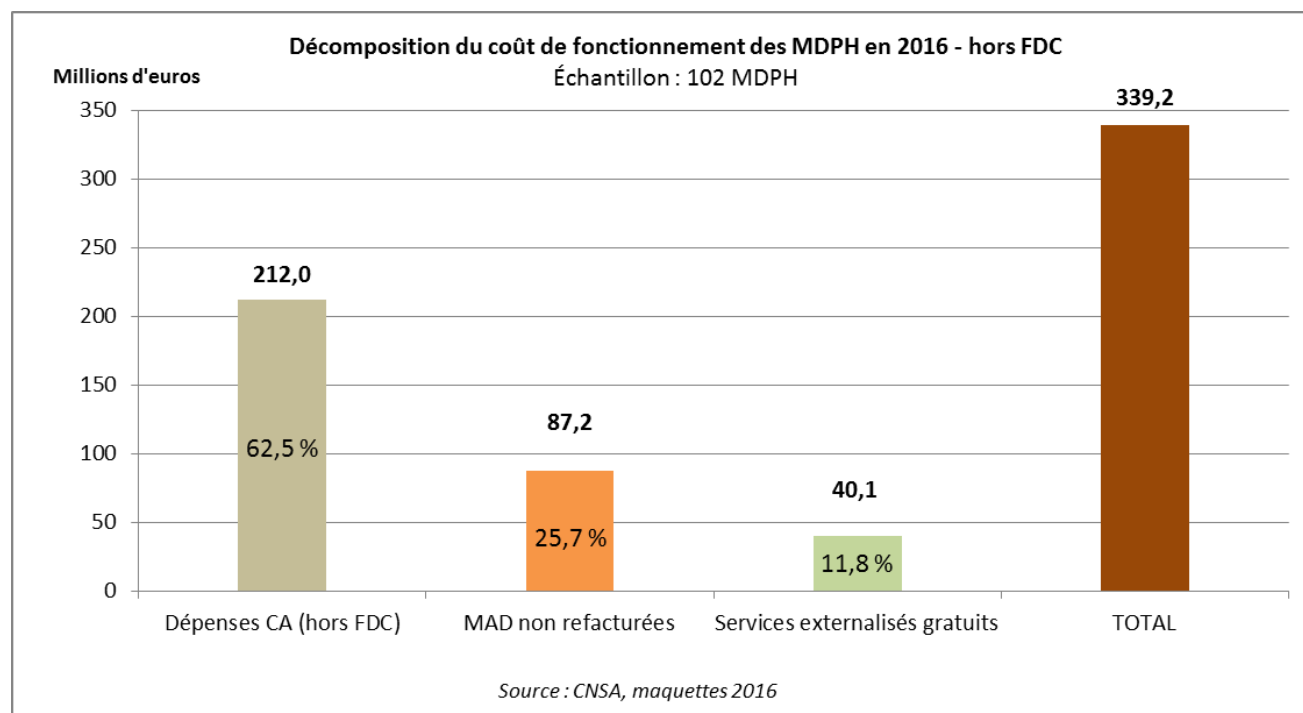
1. Les dépenses de fonctionnement

Des dépenses de fonctionnement toujours en augmentation en 2016

En 2016, **les dépenses de fonctionnement associées aux 102 MDPH atteint 339,2 M€**. Ce coût global de fonctionnement intègre les dépenses au compte administratif des MDPH (hors Fonds de compensation) ainsi que la valorisation des mises à dispositions de personnel et de services externalisés non refacturés aux MDPH.

La comparaison avec 2015 (327,4 M€³) montre une augmentation de 3,65 % de ce coût, qui s'explique majoritairement par une hausse des dépenses propres aux MDPH (dépenses au CA) de 6,2 % , alors que les dépenses de personnels mis à disposition par les partenaires et non refacturées, diminuent de 2,46 %. Les dépenses de services externalisés faites par les partenaires et gratuites pour les MDPH augmentent de 4,23 % mais la qualité de remplissage de ces données étant incertaine, il est difficile d'interpréter cette évolution.

³ Le montant de 341,3 M€ mentionné dans la synthèse des rapports d'activité de décembre 2016 incluait le fonds de compensation. Il a été retiré cette année



Clé de lecture : en 2016, les mises à dispositions de personnels non refacturées par les partenaires représentent 87,2 million d'€, soit 25,7 % des 339,2M€ du total du coût total de fonctionnement des MDPH.

Les tendances observées en 2015 se confirment.

La part des dépenses des partenaires concernant les mises à dispositions de personnel continue de diminuer en 2016 (25,7 % contre 27,3 % en 2015 et 28,3 % en 2014) tandis que la part des dépenses propres aux MDPH continue d'augmenter (62,5 % contre 61 % en 2015 et 59,9 % en 2014).

A noter : les services externalisés gratuits se répartissent comme suit (répartition de leur valorisation pour un échantillon de 77 MDPH) :

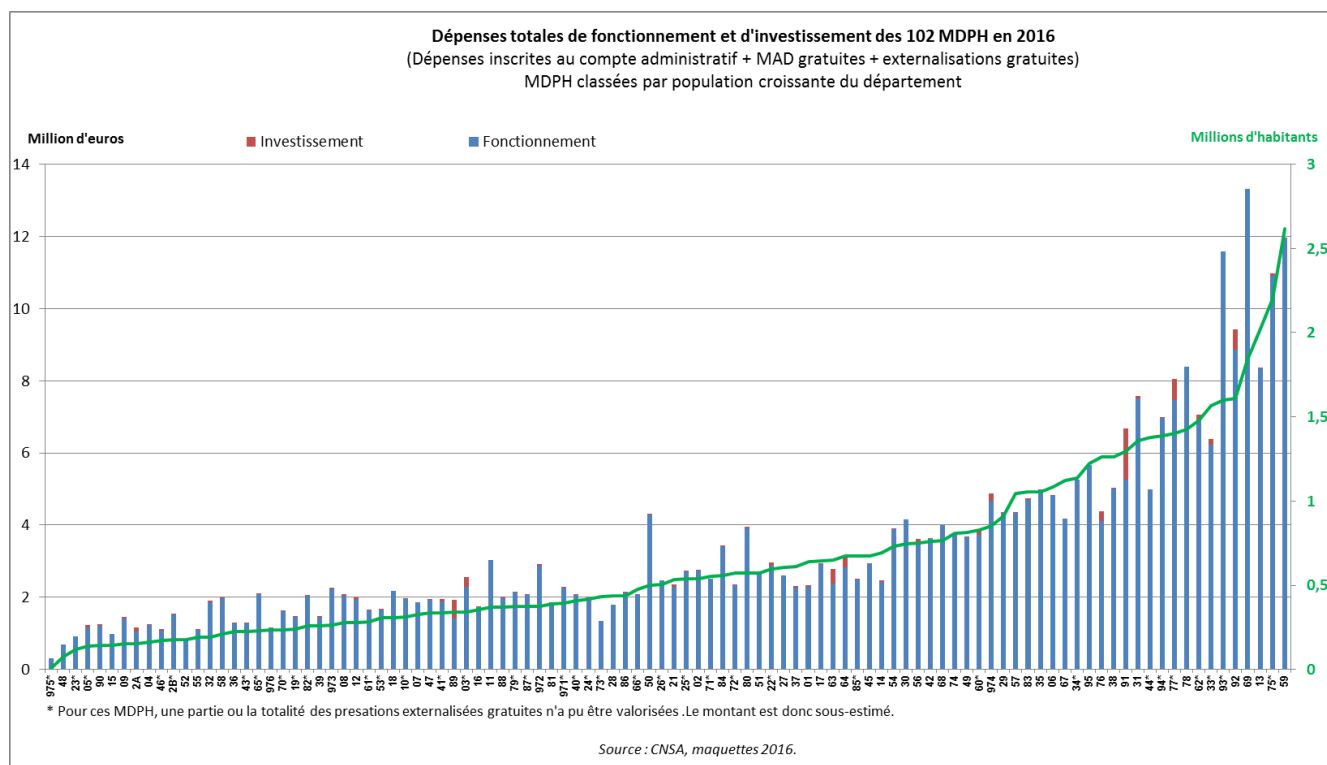
- Fonction support : 58,3 %
- Évaluation : 32,8 %
- Accueil : 6,0 %
- Instruction : 2,6 %
- Accompagnement/suivi des décisions : 0,2 %

Les fonctions supports recouvrent de l'appui juridique ou concernant les ressources humaines, mais aussi du support logistique tel que la mise à disposition de locaux et de matériel, des prestations de maintenance.

Les services d'instruction externalisés recouvrent notamment la numérisation des dossiers et l'impression des cartes.

Une variabilité importante du coût des MDPH

Le graphique suivant montre les dépenses totales de fonctionnement et d'investissement pour chacune des 102 MDPH. Comme indiqué au début de ce chapitre, pour de nombreuses MDPH, il est difficile d'obtenir la valorisation et même d'identifier les services externalisés financés par les partenaires et non refacturés à la MDPH. Ce « coût total » est donc souvent sous-estimé.



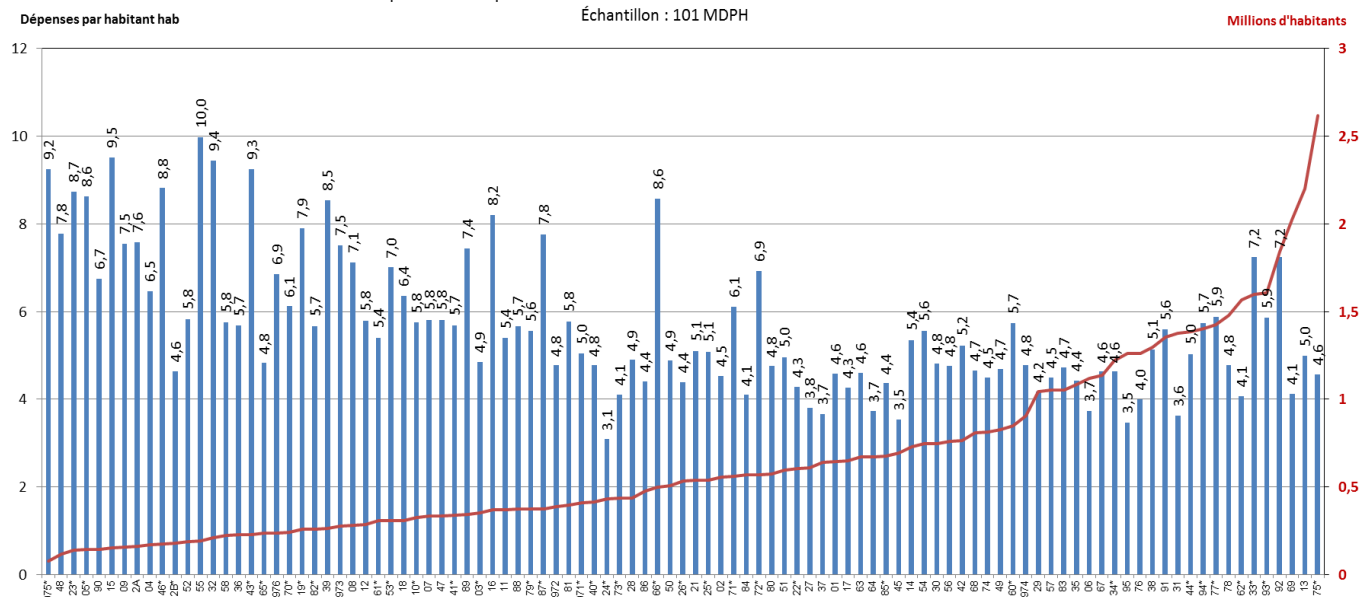
Les dépenses totales de fonctionnement et d'investissement des MDPH varient de 302 500 € pour Saint-Pierre-et-Miquelon à un peu plus de 13 300 000 € pour la MDPH du Rhône. On remarque de fortes variations de coût pour des départements dont la population est assez proche, pouvant s'expliquer par des territoires et des organisations différentes.

Dépenses totales de fonctionnement et d'investissement selon la taille de la population du département			
Population	Moyenne	Min	Max
< 250 000 *	1 317 581,18 €	700 817,67 €	2 114 622,82 €
250 000 - 500 000	2 111 318,46 €	1 333 994,07 €	4 285 828,80 €
500 000 - 1 000 000	3 173 968,35 €	2 320 385,32 €	4 875 671,04 €
> 1 000 000	7 179 369,46 €	4 186 814,93 €	13 323 144,27 €

* hors Saint-Pierre-et-Miquelon

Si l'on rapporte ces dépenses au nombre d'habitants, on observe, en dépit de ces fortes variations départementales, que le coût par habitant tend à être plus faible et dans une fourchette de coût plus étroite au sein des départements les plus peuplés, ce qui peut s'expliquer par des coûts fixes incompressibles.

Dépenses totales (investissement et fonctionnement) par habitant en 2016.
Périmètre: dépenses au compte administratif + MAD non refacturées + externalisations non refacturées.
Échantillon : 101 MDPH



* Pour ces MDPH, une partie ou la totalité des prestations externalisées gratuites n'a pu être valorisées. Le montant est donc sous-estimé.

Dépense par habitant selon la taille de la population en 2016			
Population	Médiane	Min	Max
< 250 000 *	7,47 €	4,64 €	9,98 €
250 000 - 500 000	6,03 €	3,09 €	8,58 €
500 000 - 1 000 000	4,75 €	3,54 €	6,93 €
> 1 000 000	4,88 €	3,47 €	7,24 €

* hors Saint-Pierre-et-Miquelon

Sur les 101 MDPH de l'échantillon, la dépense moyenne par habitant est de 5,71 €, Elle était de 4,75 euros en 2011. L'écart-type⁴ est de 1,56, confirmant la variabilité constatée sur le graphique. Si cette variabilité peut s'expliquer par les caractéristiques différentes des territoires, elle doit aussi être rapprochée de l'hétérogénéité des moyens transférés par l'État à la création des MDPH et des priorités fixées par le département en matière d'action sociale.

⁴ L'écart-type mesure la dispersion de valeurs autour de la moyenne. Plus il est faible, plus les données sont homogènes.

2. La situation financière des MDPH : focus sur le compte administratif

Un solde de fonctionnement en 2016 (hors Fonds de compensation) majoritairement déficitaire

En 2016, les recettes enregistrées au compte administratif des MDPH atteignent 209,4 millions d'euros.

Les participations monétaires des partenaires représentent 96 % de ces recettes, réparties entre les trois principaux partenaires : l'État pour 35 %, la CNSA pour 34 % et le Département pour 26 %.

Les dépenses, elles, sont constituées à 76 % de charges de personnels

	Dépenses	Recettes													
Fonctionnement	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">211,9 M€</td> <td>Frais de personnel (160,4 M€ - 76 %)</td> </tr> <tr> <td>Charges à caractère général (43,7 M€)</td> </tr> <tr> <td>Autres charges (7,8 M€)</td> </tr> </table>	211,9 M€	Frais de personnel (160,4 M€ - 76 %)	Charges à caractère général (43,7 M€)	Autres charges (7,8 M€)	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">Participation des partenaires (200,9 M€ - 96 %)</td> <td>État (73,2 M€ - 35 %)</td> <td rowspan="4">209,4 M€</td> </tr> <tr> <td>CNSA (70,6 M€ - 33,7 %)</td> </tr> <tr> <td>Départements (54,8 M€ - 26 %)</td> </tr> <tr> <td>Autre (2,4 M€ - 1,1 %)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Autres produits (8,4 M€)</td> <td></td> </tr> </table>	Participation des partenaires (200,9 M€ - 96 %)	État (73,2 M€ - 35 %)	209,4 M€	CNSA (70,6 M€ - 33,7 %)	Départements (54,8 M€ - 26 %)	Autre (2,4 M€ - 1,1 %)		Autres produits (8,4 M€)	
211,9 M€	Frais de personnel (160,4 M€ - 76 %)														
	Charges à caractère général (43,7 M€)														
	Autres charges (7,8 M€)														
Participation des partenaires (200,9 M€ - 96 %)	État (73,2 M€ - 35 %)	209,4 M€													
	CNSA (70,6 M€ - 33,7 %)														
	Départements (54,8 M€ - 26 %)														
	Autre (2,4 M€ - 1,1 %)														
	Autres produits (8,4 M€)														
Investissement	3,5 M€	3,7 M€													

Lecture : les frais de personnel représentent 76 % du total des dépenses de fonctionnement des MDPH. les apports monétaires de l'État représentent 35 % du total des recettes des MDPH.

Si l'on prend en compte uniquement le résultat comptable de l'année, 58 MDPH ont un solde de fonctionnement (hors Fonds de compensation) déficitaire, soit 12 de plus qu'en 2015. Le report de fonctionnement, constitué du cumul des soldes excédentaires des années précédentes permet de couvrir les charges mais s'amenuise.

Plusieurs MDPH en situation déficitaire sur la section fonctionnement indiquent rencontrer des difficultés à mettre en place le reporting de leurs actions ou même à assurer le bon fonctionnement budgétaire à moyens constants (voire avec une diminution des moyens).

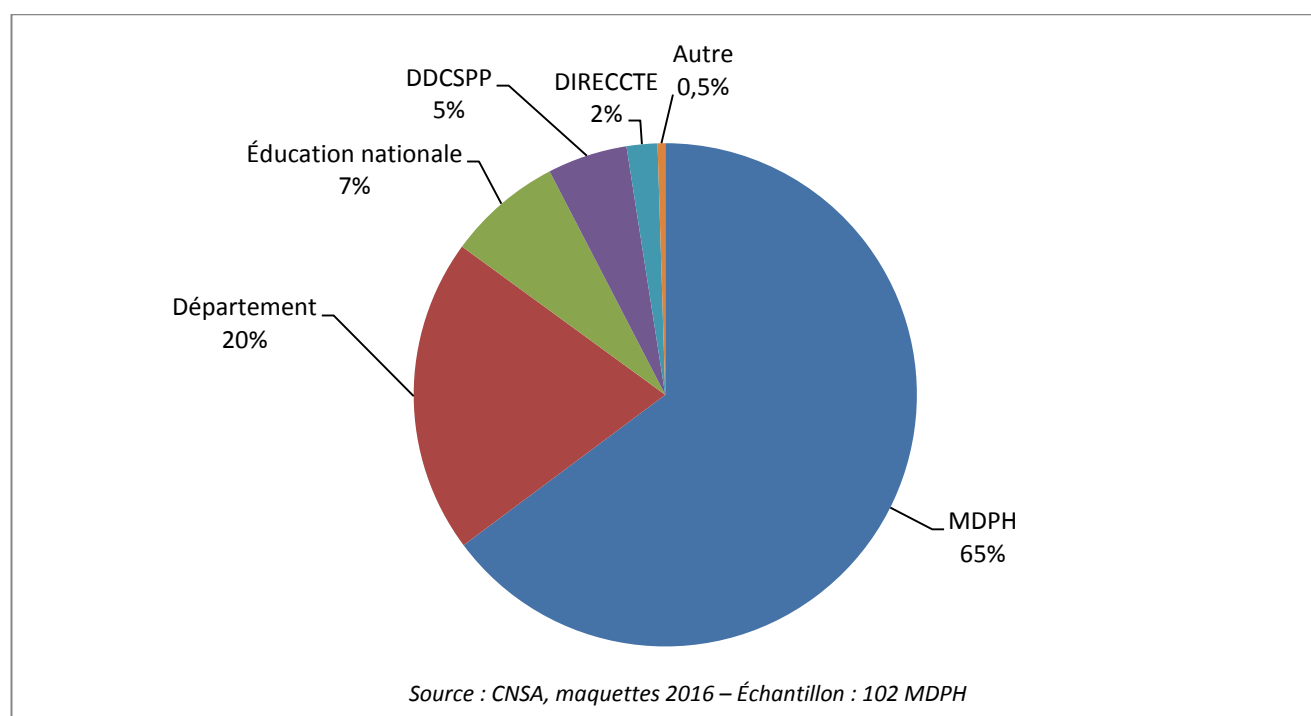
MDPH de l'Indre (36)

Comme pour les années précédentes, le budget 2016 a été marqué par la difficulté d'organiser le budget de fonctionnement d'une structure permanente, dont les besoins sont réels et pérennes, sur des ressources majoritairement aléatoires et non pérennes. Il convient de noter que, pour la cinquième année consécutive, le compte administratif enregistre un résultat déficitaire : - 79 648,15 €, dont - 88 029,13 € pour le seul fonctionnement. Cette situation est la conséquence directe de l'insuffisance du financement nécessaire pour le bon fonctionnement de la MDPH dont l'un des exemples le plus significatif est l'absence de financement du nombre de postes pourtant nécessaires pour faire face à la charge de travail. Les postes de renfort créés à la MDPH de l'Indre ne sont ainsi pas financés de manière pérenne.

Des charges de personnel internes principalement à la charge des MDPH

De nombreuses MDPH sont employeurs d'une partie de leurs salariés (63 MDPH en 2016). De leur côté, les partenaires mettent des personnels à disposition des MDPH et peuvent demander ou non un remboursement de tout ou partie des salaires correspondants

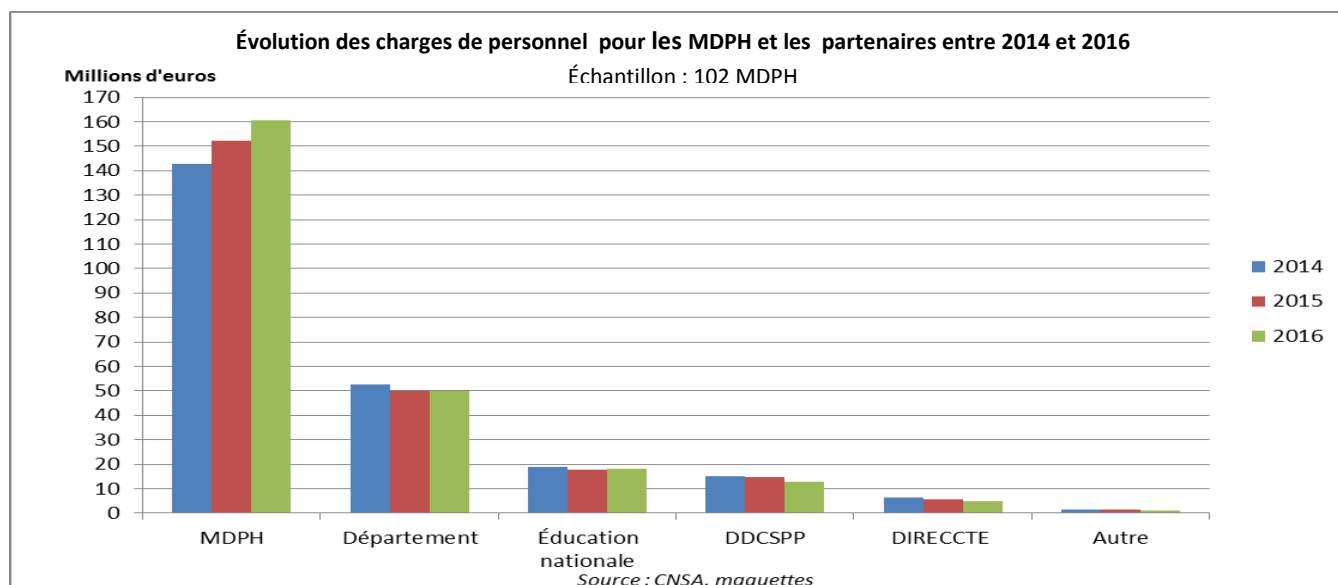
Par exemple, les mises à disposition du département sont refacturées aux MDPH à plus de 60 %, tandis que celle de l'État sont gratuites pour les MDPH à plus de 95 %.



Après refacturation par les partenaires, 65 % des charges de personnel internes (hors prestations externalisées) sont à la charge des MDPH.

Entre 2014 et 2016 le montant total des charges de personnel travaillant dans les 102 MDPH a augmenté de 6,2 % (hors services externalisés).

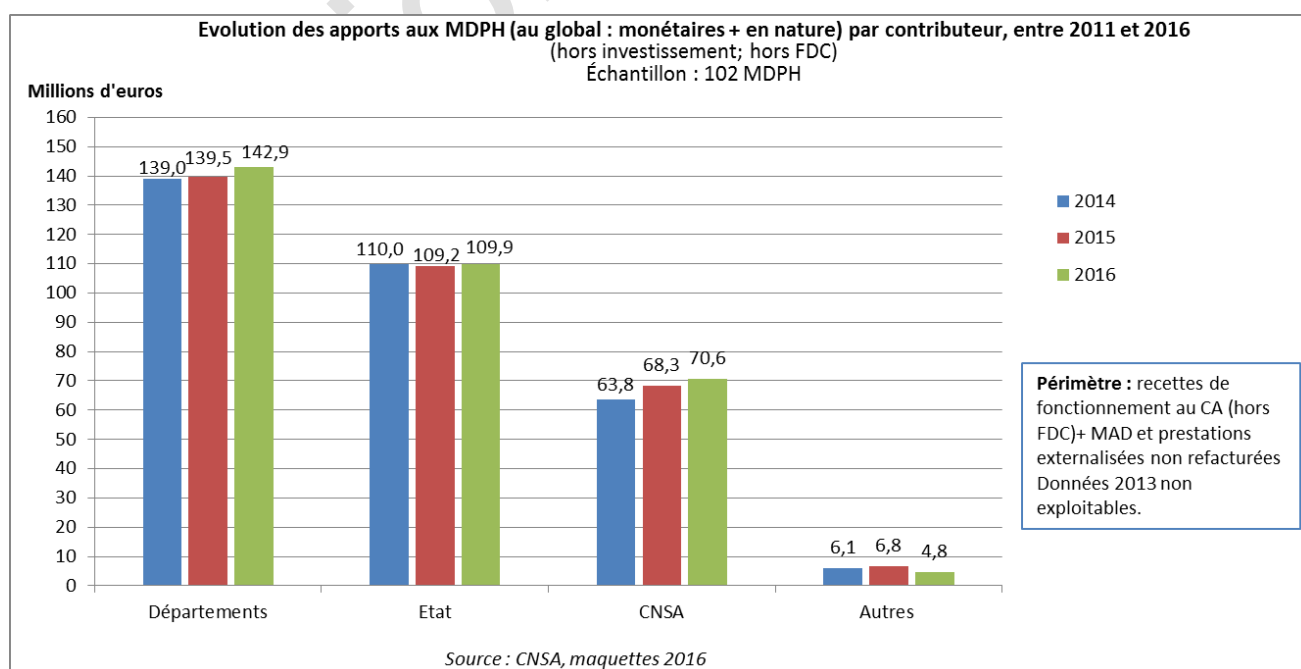
Si l'on regarde plus en détail, on constate que cette augmentation ne concerne que les MDPH (+ 12,4 % entre 2014 et 2016) tandis que, comme le montre le tableau ci-dessous, les dépenses de personnel ont diminué pour tous les partenaires. Il y a donc une baisse des mises à dispositions non refacturées et une augmentation des personnels embauchés directement par les MDPH, tendance qui se confirme désormais depuis plusieurs années.



Partenaires	Montants (en millions d'€)			Taux d'évolution		
	2014	2015	2016	2014/2015	2015/2016	2014/2016
MDPH	142,8	152,2	160,5	+ 6,5%	+ 5,4%	+ 12,4%
Département	52,7	49,9	50,1	- 5,2%	+ 0,2%	- 4,9%
Éducation nationale	18,8	17,7	18,2	- 6,2%	+ 3,2%	- 3,2%
DDCSPP	15,2	14,6	12,7	- 3,9%	- 12,9%	- 16,3%
DIRECCTE	6,4	5,6	4,9	- 12,5%	- 13,2%	- 24,1%
Autre	1,5	1,45 €	1,2	- 3,4%	- 16,3%	- 19,2%
Total	237,5	241,5	252,35 €	+ 1,7%	+ 4,5%	+ 6,2%

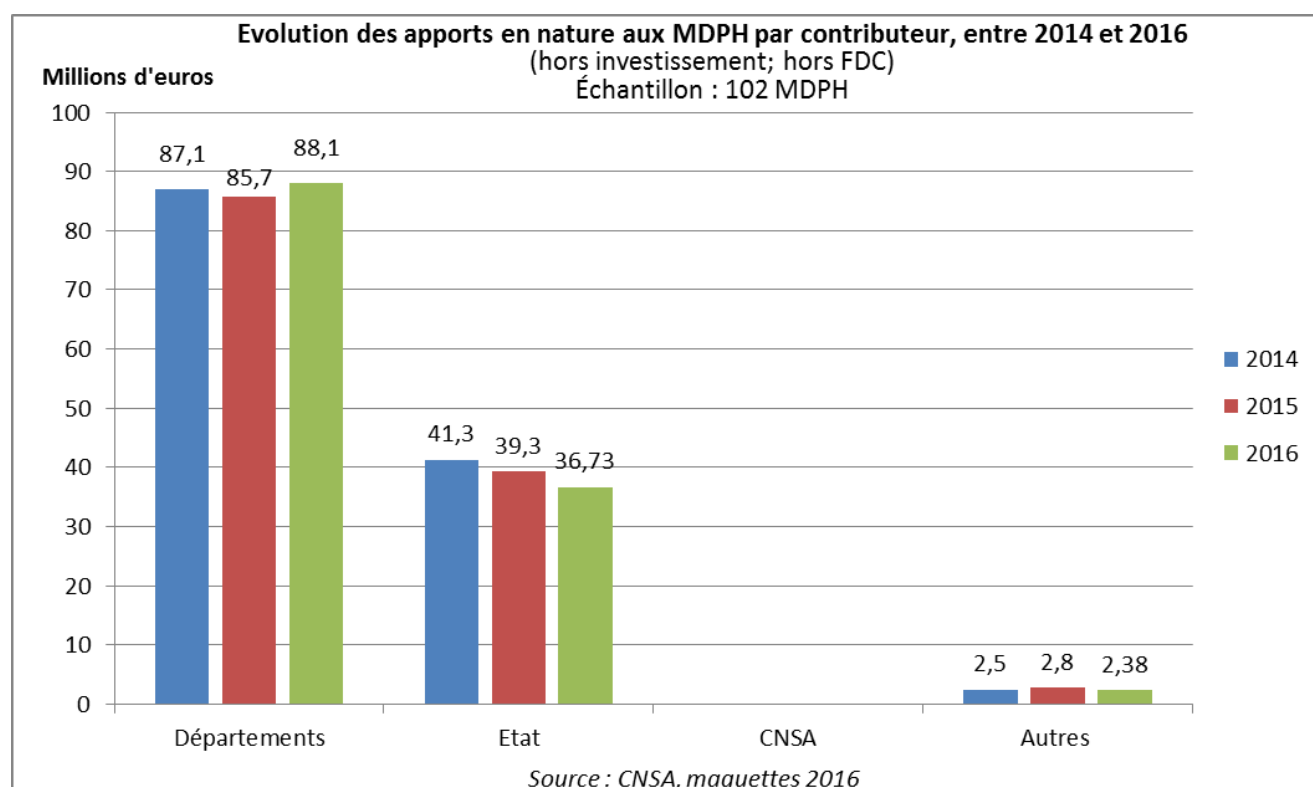
3. Les apports des partenaires

Une augmentation globale de l'apport des partenaires en 2016

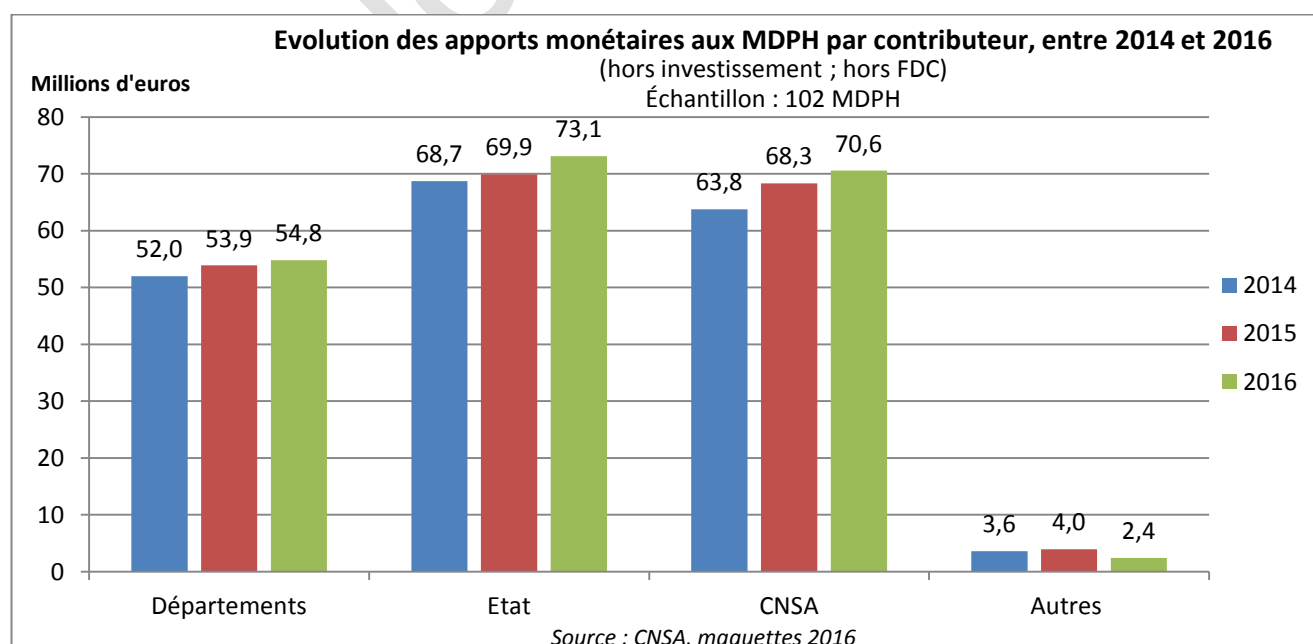


Autres : CPAM, MSA et CAF et autres (non précisé)

En 2016, les apports des partenaires totalisent 328,2 M€. Ils sont constitués de participations monétaires, mais aussi de mises à disposition de personnel non refacturées et de services externalisés non refacturés, désignés par le terme « apports en nature ». Ils se répartissent entre les trois principaux financeurs : le département pour 44 %, l'État pour 33 %, la CNSA pour 19 %. En 2015, ces apports totalisaient 322 millions d'euros, soit une augmentation de 1,3 % en 2016, qui s'explique par une augmentation des apports monétaires (+ 2,4 %) et une légère baisse des apports en nature (-0,4 %).



En 2016, les apports en nature totalisent 127 millions d'euros et sont constitués à 63 % des apports du département et à 29 % des apports de l'État.



En 2016, les apports monétaires totalisent près de 201 millions d'euros et sont constitués à 37 % de la participation de l'État, à 35 % de celle de la CNSA et à 27 % de la participation des départements.

Entre 2015 et 2016, si les apports monétaires et en nature du département croissent à la même vitesse (+1,7 %), pour l'État, ce sont les apports monétaires qui augmentent (+ 4,6 %) au détriment des apports en nature (- 6,6 %), confirmant la tendance qui s'observe déjà depuis plusieurs années.

4. Les effectifs

Une répartition des effectifs stable en 2016

5 294 ETP travaillent dans les MDPH en 2016. Après avoir augmenté de 1,2 % entre 2014 et 2015, le nombre d'ETP interne reste stable en 2016, alors même que l'activité augmente (+ 6 % d'avis et décisions rendus).

En moyenne le nombre d'ETP par MDPH a augmenté de 5,4 % depuis 2012.

La différence entre la situation réelle et la situation attendue (telle que prévu dans les convention et les contrats) est en moyenne de 3,4 ETP par MDPH. Elle s'explique par des absences pour congés (maladie, maternité...), des départs non remplacés et des vacances de postes .

Le département est toujours le premier employeur de personnel au sein des MDPH (55% des ETP travaillés). Rappelons cependant qu'il refacture plus de 60 % de ses frais de personnel à la MDPH.

La moitié des ETP travaillés (51 %) correspond à une catégorie d'emploi C dans la fonction publique ou équivalent – 24 % pour la catégorie A, 25 % pour la catégorie B.

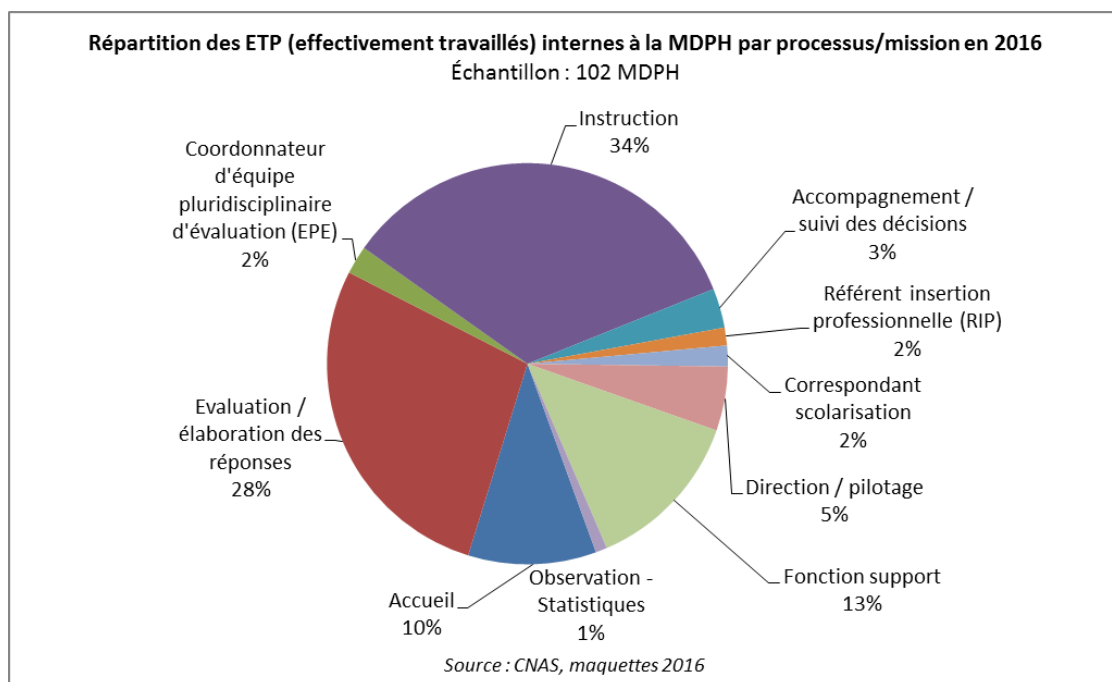
58 % sont des fonctionnaires. Les CDD représentent 11 %, Les CDI, 27 %. Les 4 % restant recouvrent les contrats aidés et les contrats de vacation.

Ces répartitions sont stables depuis plusieurs années.

A noter : même si elle reste très faible, la part des contrats de vacation est en augmentation (2 % en 2016 contre 1 % en 2015). Ce type de contrat concerne majoritairement les médecins (64 %), les MDPH étant confrontées à des difficultés pour recruter ces professionnels.

Des missions d'accueil, d'instruction et d'évaluation/élaboration des réponses mobilisant la majorité (72 %) des ETP des MDPH

Les missions d'accueil, d'instruction et d'évaluation/élaboration des réponses, « cœur de métier » des MDPH, concentrent 72 % des ETP des MDPH.



Comme le montre le tableau comparatif sur 3 exercices ci-dessous, si la répartition des ETP par mission est relativement stable entre 2014 et 2016, on constate une faible baisse de la part des ETP consacrés à l'accueil et à l'instruction, au profit des missions d'évaluation et d'accompagnement /suivi des décisions

Précaution de lecture: l'évolution de la répartition des ETP entre les missions peut aussi s'expliquer par un meilleur remplissage de la maquette (notamment concernant les missions de correspondant scolarisation et d'accompagnement/suivi des orientations)

Evolution du nombre d'ETP des MDPH et de leur répartition par mission entre 2014 et 2016 (sans les MDPH 2A, 29 et 976)

	2014		2015		2016		Évolution du nombre d'ETP	
	N	%	N	%	N	%	2014/2015	2015/2016
Accueil	550,09	10,8%	544,62	10,6%	532,56	10,3%	- 1,0%	- 2,2%
Evaluation / élaboration des réponses	1351,73	26,6%	1388,87	27,0%	1425,98	27,7%	+ 2,7%	+ 2,7%
Instruction	1760,33	34,7%	1766,84	34,4%	1755,42	34,1%	+ 0,4%	- 0,6%
Accompagnement / suivi des décisions	145,33	2,9%	153,56	2,9%	167,21	3,2%	+ 5,7%	+ 8,9%
Référent insertion professionnelle (RIP)	75,53	1,5%	76,86	1,5%	73,70	1,4%	+ 1,8%	- 4,1%
Correspondant scolarisation	72,89	1,4%	83,52	1,6%	86,74	1,7%	+ 14,6%	+ 3,9%
Coordonnateur d'EPE	115,90	2,3%	116,19	2,3%	114,40	2,3%	+ 0,3%	- 1,5%
Direction / pilotage	270,11	5,3%	271,95	5,2%	269,57	5,2%	+ 0,7%	- 0,9%
Fonction support	683,11	13,4%	702,52	13,6%	683,60	13,1%	+ 2,8%	- 2,7%
Observation - Statistiques	55,29	1,1%	47,23	0,9%	47,80	0,9%	- 14,6%	+ 1,2%
TOTAL (avec 2A et 975)	5127,64		5190,77		5197,33		+ 1,2%	+ 0,1%

Clé de lecture : la mission accueil représente 10,8 % des ETP internes aux MDPH en 2014 (hors prestations externalisées). Le nombre d'ETP consacrés à la mission d'évaluation a connu 2,7 % d'augmentation entre 2014 et 2015 puis entre 2015 et 2016, soit une augmentation totale de 5,4 % entre 2014 et 2016

Plus spécifiquement, la mise en œuvre des chantiers nationaux tels que la démarche « Réponse accompagnée pour tous » modifie les effectifs. Ainsi par exemple, 110 000 euros en moyenne ont été versés aux MDPH via les agences régionales de santé pour la mise en œuvre de la démarche réponse

accompagnée pour tous : ce financement a donné lieu, dans la plupart des MDPH pionnières, au recrutement d'un chargé de mission. Le format du poste varie selon les organisations.

MDPH de l'Yonne (89)

À noter en juillet 2016, le recrutement de 0,5 ETP sur un poste de chargé de mission dans le cadre de réponse accompagnée pour tous. [...] Le déploiement du dispositif d'orientation permanent dans le cadre de la Réponse accompagnée pour tous crée des besoins nouveaux auxquels la MDPH ne peut répondre à effectif constant.

MDPH de l'Oise (60)

En 2016, pour pouvoir mettre en œuvre ces nouveaux projets sans que cela impacte sur ses délais de traitement la MDPH a revu son organisation, [...] La cellule informatique a été renforcée en 2016 avec le recrutement d'un chef de projet qui a permis de gérer plus rapidement les maintenances nécessaires suite aux évolutions réglementaires ou d'organisation et de prendre en charge les projets informatiques. Cette cellule travaille en lien avec la direction du numérique du Département; collaboration fructueuse de par la grande disponibilité de ces services et la compétence de ces équipes

Face à l'augmentation constante de l'activité à moyens humains souvent constants (ou reposant sur des ressources humaines non pérennes), plusieurs MDPH expriment des doutes sur leur capacité à maintenir les délais et un niveau de qualité suffisant, et ce, malgré les efforts de réorganisation et d'évolution des pratiques engagés.

MDPH de la Gironde (33)

Force est de constater que, depuis 2011, l'effectif socle de la MDPH de la Gironde n'évolue pas, malgré un accroissement constant de l'activité de 12 points chaque année. [...] Ainsi, la MDPH poursuit son objectif de pérennisation de son effectif et de professionnalisation. Cependant, la nécessité de maîtriser son budget empêche la MDPH de créer des postes en rapport avec son activité croissante l'amenant à traiter près de 100 000 demandes par an. Le recrutement de non permanents fléchit le mouvement de la MDPH de la Gironde quant à la professionnalisation de ses agents, telle que voulu par la Loi Blanc

5. Focus sur les externalisations

Rappel : le périmètre des externalisations

On valorise à titre d'**externalisation** « une prestation ou une expertise réalisée par un partenaire ou un prestataire de service, pour le compte et à la demande (commande spécifique) des MDPH ».

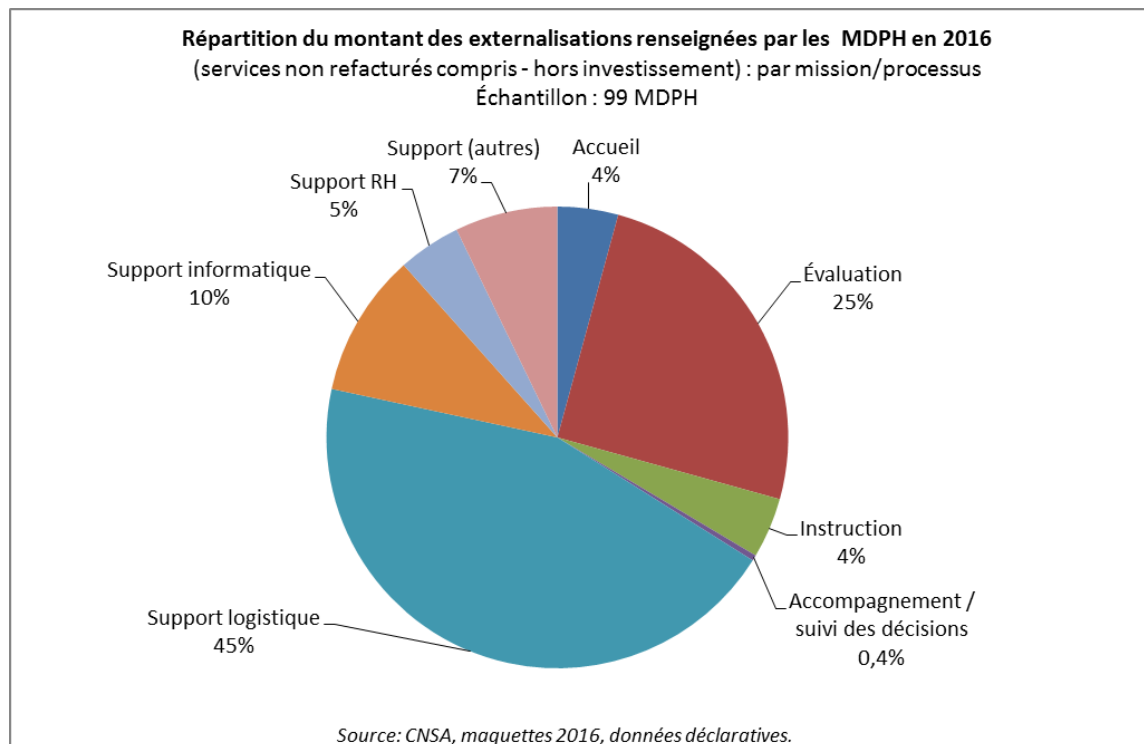
Il s'agit ainsi des prestations assurées pour le compte des, y compris les missions d'appui sur certaines fonctions supports ou métier, notamment par le département mais également les prestations assurées par des partenaires extérieurs (associations...), qu'elles soient gratuites ou payantes (en cas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

En 2016 :

- 3 MDPH n'ont pas renseigné les informations sur les externalisations
- 18 MDPH n'ont pu valoriser qu'une partie des externalisations « gratuites » (pour lesquelles elles n'ont pas eu de refacturation)
- 20 MDPH n'ont pu valoriser aucune des externalisations « gratuites ».

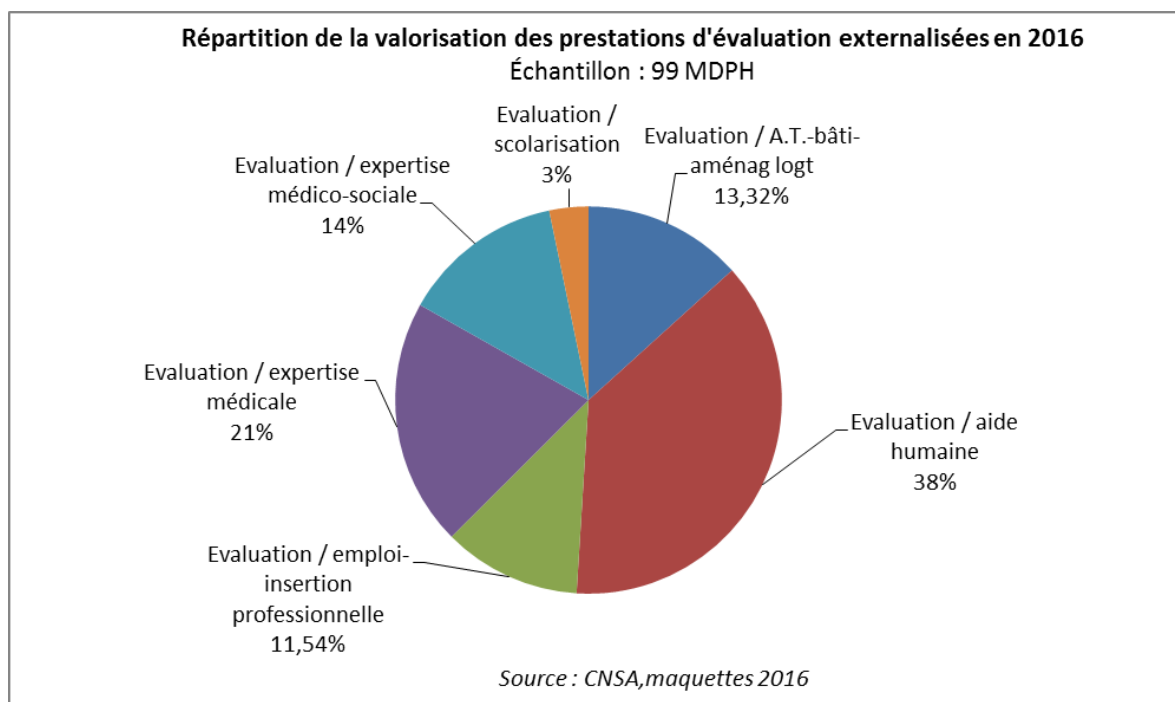
Ces chiffres sont donc souvent sous-estimés.

En 2016, le montant total des prestations externalisées renseignées dans les maquettes s'élevait à 80,7 millions d'euros, dont 37,5 millions étaient refacturés aux MDPH, soit près de la moitié. Les dépenses du département, partenaire principal, s'élevaient à 56,2 millions d'euros dont 41,2 millions ont fait l'objet d'une refacturation.



La majorité des externalisations (67 %) est ainsi réalisée pour des fonctions supports. L'importance de la part relative au support logistique est due notamment aux loyers et charges locatives qui représentent des montants importants. Elle recouvre également l'affranchissement du courrier, les frais d'entretien, de réparation et de maintenance, par exemple.

L'évaluation constitue un quart des prestations externalisées. Le graphique suivant montre la répartition du montant consacré à ces prestations externalisées d'évaluation en fonction du type d'évaluation. L'évaluation pour l'aide humaine représente 38 % de ces dépenses, les commentaires des MDPH portant sur ces postes de dépenses montrant qu'il s'agit principalement prestations sur l'évaluation de l'éligibilité à la PCH.



Les partenaires pour ces évaluations sont divers (associations, centre hospitaliers, établissements médicaux-sociaux, centres-ressources, Pôle Emploi, PACT...) mais le partenaire principal reste le département (67 % des dépenses d'évaluation externalisées, refacturées ou non).

Plus d'éléments sur l'externalisation des fonctions supports sont présentés dans la [partie 3.3](#) « Quelques réflexions sur les modalités de réorganisation en lien avec les chantiers nationaux conduites par les MDPH en 2016 » (page 59).

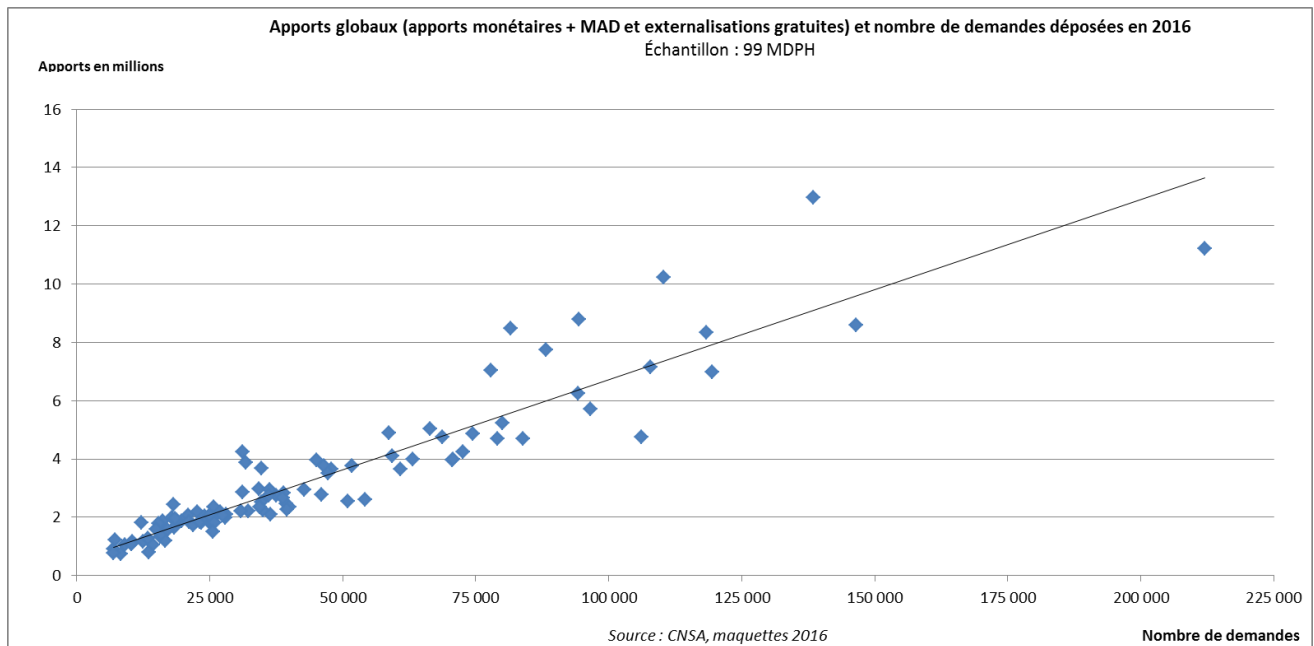
6. Rapprochement avec les données relatives à l'activité

Après avoir présenté les moyens et les dépenses des MDPH, il est intéressant de pouvoir les rapprocher avec les données d'activité.

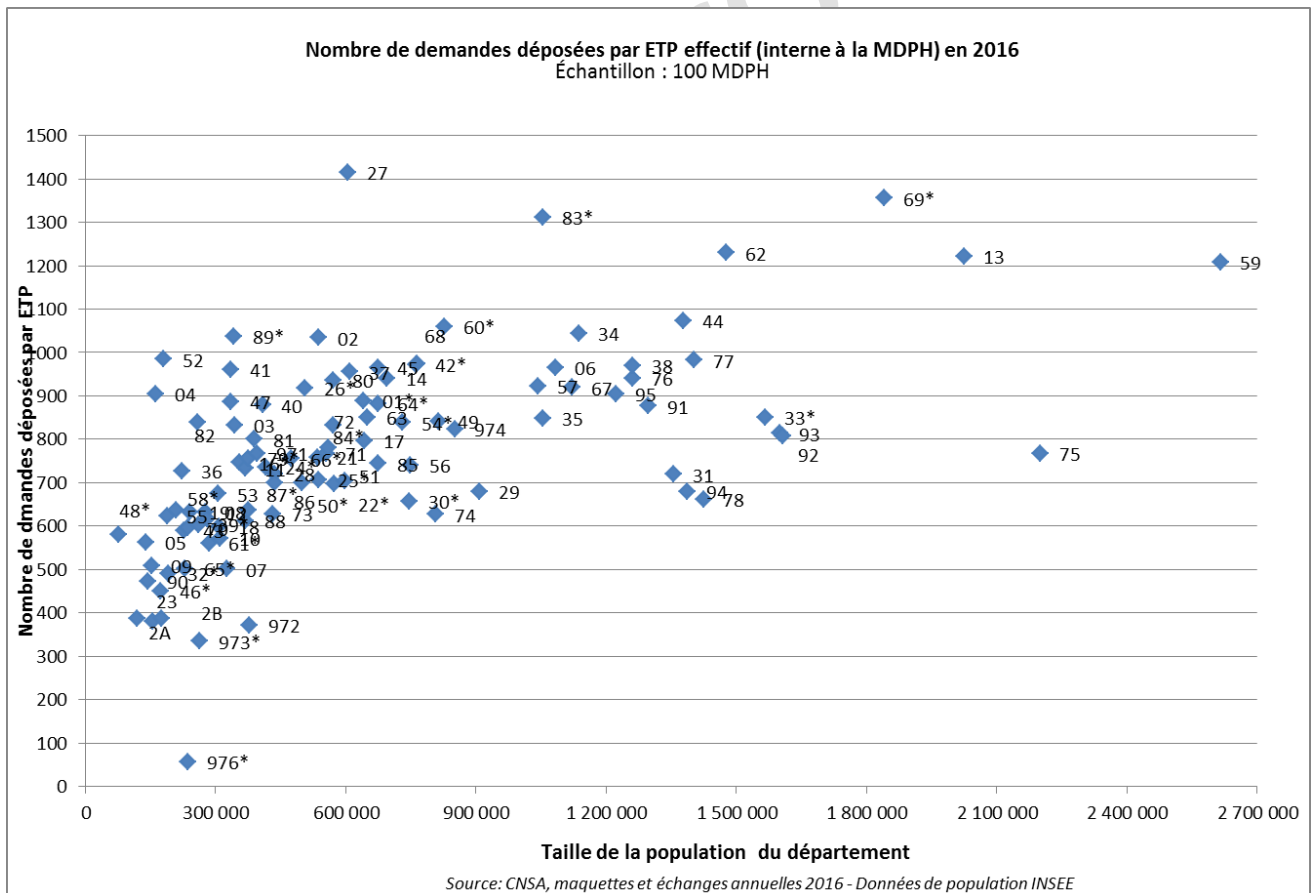
Deux indicateurs nous ont paru pertinents pour rendre compte de ce lien :

- les apports globaux des partenaires (apports monétaires + mises à dispositions de personnel et externalisations gratuites) rapportés au nombre de demandes reçues dans l'année ;
- le nombre de décisions et avis par ETP.

Le graphique ci-dessous permet de mettre en évidence une certaine corrélation entre les moyens dont disposent les MDPH et le nombre de demandes déposées au sein des MDPH (croissant en abscisse), avec toutefois des différences qui peuvent être marquées en termes d'apports au sein de MDPH faisant face à la même pression de la demande.



Ce second graphique illustre le lien entre la taille de la population, d'une part, et le nombre de décisions et avis rapporté au nombre d'ETP internes (hors services externalisés), d'autre part. Cet indicateur tend à approcher l'efficacité des MDPH.



3. Des organisations optimisées pour améliorer le service rendu aux usagers

1. La territorialisation des activités des MDPH

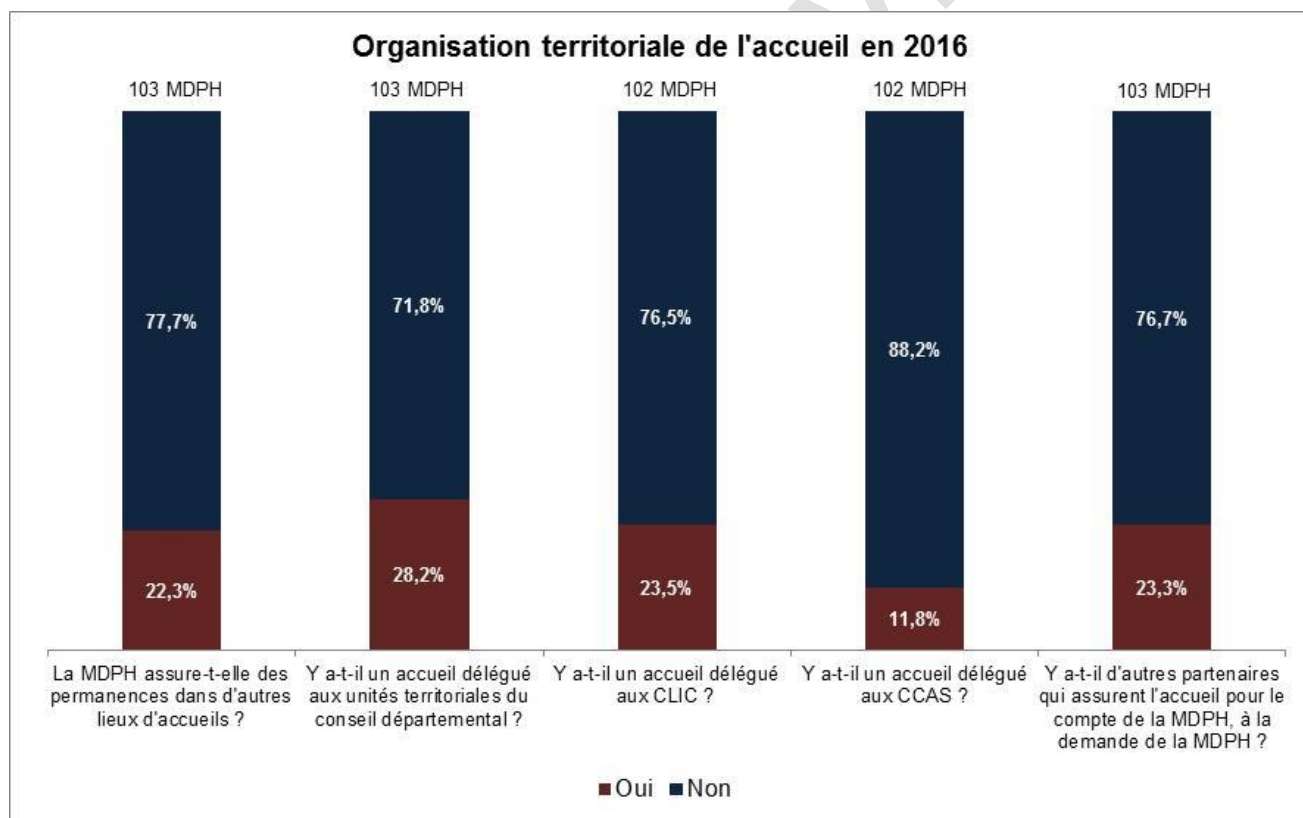
Une territorialisation développée pour renforcer la proximité du service

La territorialisation des activités MDPH est un enjeu important pour améliorer l'accessibilité de la compensation sur le territoire. Cette dynamique s'exprime très largement sur les fonctions d'accueil, la grande majorité des MDPH ayant ainsi mis en place une **organisation territorialisée de l'accueil** (physique et/ou téléphonique).

La territorialisation revêt diverses formes selon le contexte local, les relations partenariales engagées ou encore selon le niveau d'intégration entre services des MDPH et ceux des conseils départementaux.

Parmi les MDPH ayant répondu à l'enquête de la CNSA, 40 MDPH (38,8 % des MDPH) disposent d'une ou plusieurs antennes territoriales ; leur nombre varie d'une à 52 antennes (pour le département du Rhône).

Une MDPH sur dix dispose de 10 antennes ou plus sur le territoire.



Plusieurs modèles de territorialisation ont pu être identifiés dans les rapports d'activité des MDPH :

- les MDPH installées sur un site principal et qui disposent en propre d'antennes sur le territoire ;
- les MDPH installées sur un site principal avec ou sans antennes et qui mettent en place des permanences d'agents d'accueil des MDPH au sein de sites de partenaires territoriaux ;
- les MDPH installées sur un site principal avec ou sans antennes et qui s'appuient sur les partenaires locaux ; par exemple des centres médico-sociaux (CMS), centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS), centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ; unités territoriales d'action sociale (UTAS) ; des maisons des solidarités/maisons départementales de la solidarité (MDS), et, plus rarement, des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Dans cette dernière configuration, différents niveaux de délégation des missions des MDPH peuvent exister et peuvent varier selon le degré de formation des professionnels partenaires et/ou le degré d'accès aux logiciels internes des MDPH.

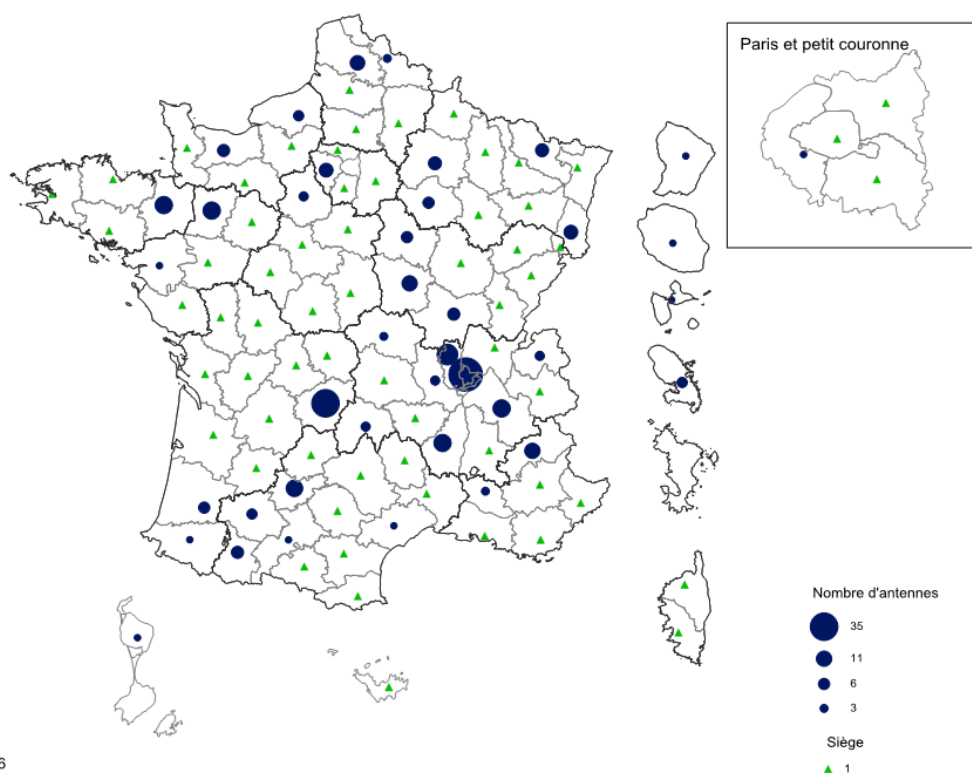
L'accueil territorialisé par les partenaires peut ainsi prendre la forme d'un simple relai d'information (transmission de renseignements généraux et délivrance de formulaire de demande, l'information sur les droits existants) à la réalisation d'une mission d'accueil de niveau 1 (enregistrement d'une demande, orientation des personnes, information sur l'état d'avancement du dossier, aide au remplissage, etc.) voire de niveau 2 dans certaines configurations (lors d'appui sur des MDA territorialisées notamment)

Ainsi, plus d'une MDPH sur cinq assure des permanences dans d'autres lieux d'accueils que le siège.

L'accueil est délégué aux unités territoriales du conseil départemental dans 28,2 % des cas, aux CLIC dans 23,5 % des cas et aux CCAS dans plus d'un cas sur dix.

D'autres partenaires assurent l'accueil pour le compte des MDPH (et à leur demande) pour un peu moins d'un quart des MDPH.

Nombre d'antennes (y compris le siège) dont dispose la MDPH sur le département en 2016



Source : CNSA, échanges annuels 2016
Carte réalisée par la CNSA avec Cartes & Données - © Articque

Source : CNSA, échanges annuels 2016

Précisions : Données non disponibles pour les départements suivants au moment de la diffusion des résultats de l'enquête en octobre 2017 pour Mayotte et Saint-Martin.

Comme le soulignent un certain nombre de MDPH dans leur rapport d'activité, ces pratiques ne vont pas sans être accompagnées d'enjeux de pilotage de l'activité à distance (accès à l'information) et de formation des partenaires aux prestations des MDPH et ce, afin de pouvoir assurer une information homogène et de qualité. Plusieurs solutions pour répondre à ces enjeux sont évoquées par les MDPH : organisation de formations en immersion au sein des services des MDPH, partage de fiches de procédures, utilisation du même logiciel de GED pour l'accueil de niveau 1 et 2, etc.

MDPH des Hautes-Alpes (05)

La MDPH travaille en liens étroits avec le Département. En effet, les 10 Maisons de solidarité (MDS) du Département réparties sur l'ensemble du territoire haut-alpin constituent « des portes d'entrée » de la MDPH. Cela signifie que le retrait et le dépôt des demandes de CERFA peuvent se faire via ces MDS. En outre, les professionnels au sein des MDS ont accès à la même application informatique « SOLIS » et peuvent donc, en consultation, informer l'utilisateur de sa situation. Enfin, les évaluations des demandes peuvent être réalisées par un des douze « référents autonomie », travailleur social, qui est un personnel départemental. Les MDS sont des lieux d'accès de proximité pour les usagers et ouvertes tous les jours au public. Il y trouve un accueil de premier niveau (renseignement, réception des dossiers) et de deuxième niveau (entretien personnalisé, aide plus approfondie à la détermination des besoins) assurés par des agents du Département. L'accueil dans les MDS permet une grande accessibilité compte tenu des particularités géographiques du

département des Hautes-Alpes (département rural de montagne). L'aide du Département est donc essentielle au service rendu aux usagers.

MDPH du Val-de-Marne (94)

Des sessions d'immersion des référents des CCAS au sein des services de la MDPH permettent de mieux appréhender les circuits des demandes et d'assurer une meilleure information des usagers tant sur les délais de traitement que sur notre périmètre de compétence. Cette collaboration a démontré la valeur ajoutée d'un accueil au plus près du lieu de vie des personnes handicapées par des interlocuteurs les connaissant déjà. A ce jour, demeure la question de l'accès aux données informatisées qui n'a pas été solutionnée. Le travail entamé en 2015 concernant l'échange de données individuelles en lien avec la CNIL devrait aboutir en 2017 et permettre d'accentuer la démarche de mise en place d'un accueil de proximité des personnes handicapées dans le Val-de-Marne

Autre configuration en lien avec la territorialisation, la mutualisation de l'accueil avec les services du conseil départemental est perçue par les MDPH l'ayant mis en place comme positive pour la qualité de service rendue. L'objectif de cet accueil est notamment de pouvoir offrir une réponse plus globale aux personnes.

MDPH des Pyrénées-Orientales (65)

La MDPH s'inscrit pleinement dans la volonté institutionnelle d'amélioration qualitative des accueils, en cohésion avec la Direction de la Solidarité Départementale. C'est pourquoi, il est envisagé la mutualisation des moyens entre les accueils MDPH et DSD. Les trois agents d'accueil DSD montent progressivement en compétence pour pouvoir assurer ces nouvelles missions prochainement. Ils ont pu bénéficier d'une formation sur le logiciel lodas, le fonctionnement global des procédures et prestations, et participent à des réunions régulières d'information pour assoir leurs connaissances et assurer à l'usage la réponse la plus pertinente et la plus aboutie possible.

MDPH de Guyane (973)

973 86 % des dossiers déposés concernent les personnes vivant près du littoral et 13 % dans l'Ouest guyanais. Sur le secteur de l'Ouest, la MDPH possède une antenne à Saint-Laurent-du-Maroni, ce qui rend plus aisée l'accès aux informations et aux éléments nécessaires à la constitution des dossiers. [...] L'objectif [...] est de regrouper en un lieu unique les réponses à apporter aux personnes handicapées et aux personnes âgées. D'où la présence dans un bureau, d'un agent de la MDPH et d'un agent de la collectivité territoriale de Guyane (Pôle prévention solidarité santé), lesquels pourront, à terme, se suppléer mutuellement. Par ailleurs, la mission confiée à l'agent de la MDPH est d'assurer une certaine « représentation » de l'institution dans l'ouest du territoire auprès des différentes structures sanitaires, sociales, médico-sociale et de l'enseignement. ».

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et certaines zones rurales accueillent plus souvent que d'autres territoires des personnes en situation de handicap, également exposées à des difficultés d'accès aux droits.

Dans le cadre de la politique nationale faisant du handicap une priorité de l'action gouvernementale, la CNSA et le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) ont noué depuis 2016 un partenariat pour faciliter l'accès aux droits et l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Le comité interministériel du handicap a adopté le 2 décembre 2016 et confirmé le 20 septembre 2017 des mesures visant à améliorer la connaissance mutuelle des politiques et acteurs du handicap et des territoires fragiles⁵, par exemple favoriser la mise en relation des MDPH avec les maisons de services au public et les dispositifs ad hoc de la politique de la ville.

Dans ce cadre de ce partenariat, le CGET et la CNSA ont animé des séances de travail avec leurs réseaux respectifs : les directeurs de MDPH, côté CNSA ; les référents santé social des SGAR, côté CGET. Le CGET a rédigé avec l'appui de la CNSA, une publication sur l'action des MDPH⁶ en direction des territoires fragiles (ruraux et quartiers prioritaires de la politique de la ville).

2. Les modèles organisationnels des MDPH

L'adossement des GIP MDPH aux conseils départementaux explique la diversité des modèles organisationnels des MDPH et leur diversité en taille, moyens, et modes de fonctionnement. Toutefois, des grandes lignes communes se dégagent sur l'ensemble du réseau.

Des organisations diversifiées

Beaucoup de MDPH organisent leurs activités par pôles structurés autour des grandes missions des MDPH : information, accueil, instruction et évaluation, décision, gestion des litiges, accompagnement à la mise en œuvre des décisions des MDPH, pilotage. Des regroupements de mission sont ainsi opérés en fonction des opportunités et des tailles des MDPH.

Certaines MDPH ont également fait le choix d'une organisation autour des prestations spécifiques (PCH, AAH, etc.) ou des grands types de projets de vie (scolarité, projet professionnel, orientation en établissement médico-social par exemple).

Certaines MDPH ont également une offre de service pour l'accompagnement des usagers en matière de sport et de loisirs à l'instar du Territoire de Belfort qui dispose d'un pôle culture et d'un pôle ressource sport et loisirs.

⁵ Territoires ruraux et quartiers prioritaires de la politique de la ville. Résultant de la loi du 21 février 2014, les quartiers de la politique de la ville constituent la géographie prioritaire des contrats de ville conclus sur la période 2015-2020.

⁶ <http://www.cget.gouv.fr/ressources/publications/en-bref-42-handicap-dans-les-territoires-fragiles-acceder-a-ses-droits-plus-facilement>.

Il est préconisé pour favoriser une évaluation globale des situations des personnes et pour faciliter le déploiement du SI harmonisé des MDPH, d'adopter une organisation des circuits par dominantes (projets de vie) plutôt que par prestations, ce qui correspond à la logique du nouveau formulaire de demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées publiée au Journal officiel du 11 mai 2017 (arrêté du 5 mai 2017 formulaire de demande). Ce nouveau formulaire est hybride : dans le cadre d'une nouvelle demande, les usagers pourront, soit décrire leurs besoins sans demander spécifiquement une prestation, soit décrire leurs besoins et formuler une demande spécifique.

Le déploiement de ce nouveau formulaire va se faire de manière progressive et suivre le rythme que le déploiement du nouveau système d'information. Chaque MDPH mettra le formulaire à disposition de ses usagers et les informera de la date à compter de laquelle il sera utilisé pour les demandes qui lui sont adressées. La liste des MDPH qui l'utilisent sera disponible à compter de septembre 2017. L'ancien formulaire est valable jusqu'au 30 avril 2019.

Les circuits fondés uniquement sur le type de demande ne pourront donc plus fonctionner tel quel. Des pôles d'expertises spécifiques (PCH par exemple) pourront être maintenus mais sollicités plus en aval de la demande.

Une intégration croissante des organisations départements et MDPH pour une approche croisée des politiques de l'autonomie

Les MDPH sont des groupements d'intérêt public sous tutelle administrative et financière du département. Si les liens avec les départements sont d'intensité variable d'une MDPH à l'autre, force est de constater que les départements jouent un rôle important vis-à-vis des MDPH, leur mettant à leur disposition du personnel, des locaux, des supports juridiques ou techniques par exemple.

MDPH de la Meuse (55)

La MDPH de la Meuse, dans son organisation, est positionnée en grande autonomie par rapport au Conseil départemental : la MDPH assume en son sein toutes les missions support de son activité (ressources humaines, budget, systèmes d'information, marchés, ...). La MDPH de la Meuse est directement rattachée au Président et au Vice-président du Conseil départemental ; seul un lien fonctionnel est assuré entre la MDPH et le Conseil départemental, par l'intermédiaire du Directeur de l'Autonomie. Il est à noter que ce positionnement très peu intégré de la MDPH au Conseil départemental n'empêche en rien la collaboration fructueuse entre nos services.

MDPH de l'Essonne (91)

En 2016, la Direction de l'autonomie s'est installée dans le même bâtiment que la MDPH, entraînant dans les faits une mutualisation des accueils des usagers de la MDPH et de la Direction de l'autonomie. Une étude sur l'accueil des publics est en cours tant sur les espaces que sur les modes opératoires en lien avec la Direction des ressources humaines du Département et plus particulièrement avec le conseiller hygiène et sécurité.

Focus sur les maisons départementales de l'autonomie (MDA)

Contexte et objectifs

Depuis la loi de 2005 et la création des MDPH, de nombreuses réflexions ont été menées sur l'intérêt d'aborder la politique de l'autonomie dans son ensemble, à la fois pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Les rapprochements des organisations opérés peuvent se faire à deux niveaux :

- dans le rapprochement des missions d'accueil, d'information, de conseil et d'orientation du public. Ces réflexions se conjuguent le plus souvent avec des impératifs de territorialisation de l'activité des MDPH et amène souvent à rapprocher les MDPH des centres locaux d'information et de communication (CLIC) qui exercent des missions similaires d'information pour les personnes âgées (cf. partie territorialisation) ;
- dans le rapprochement des missions d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide ; ce deuxième rapprochement, plus complexe dans l'approche au regard des spécificités des outils et réglementations de chaque champ (personnes âgées – personnes handicapées), est moins investi.

Ces deux niveaux ont été repris dans l'article 82 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) et codifié sous l'article L.149-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF). La loi rappelle que la création d'une MDA ne donne pas lieu à une nouvelle personne morale et qu'elle est sans incidence sur les dispositions relatives aux MDPH.

La loi ASV a prévu une procédure de labellisation des MDA par la CNSA à la demande des présidents de conseil départementaux. En 2016, la CNSA a engagé une concertation importante avec les départements, les directeurs de maisons départementales de personnes handicapées (MDPH) et les associations de personnes âgées et de personnes handicapées afin d'élaborer le cahier des charges de la labellisation. Celui-ci a été annexé au décret n°2016-1873 publié le 26 décembre 2016.

Etat des lieux des organisations

Sur l'ensemble du territoire français, en 2016, on recensait dix-huit MDA. Au cours de l'année 2016, trois MDPH ont évolué en MDA : l'Eure-et-Loir (28), la Gironde (33), la Lozère (48).

La terminologie « MDA » embrasse cependant des réalités très plurielles. Pour certaines MDA, les missions et organisations des MDPH et des départements ont été peu intégrées, dans d'autres configurations, les organisations sont très imbriquées mais le département ne souhaite pas pour autant les faire évoluer vers une MDA.

On trouve cependant plusieurs grands types d'organisation :

- les missions d'accueil, d'information, de conseil et d'orientation des personnes des MDPH sont très intégrées à celles du département (par exemple, dans le département de l'Aube, 10) ; cette logique répond également à un objectif de territorialisation de l'activité ;
- des guichets intégrés territorialisés peuvent s'appeler MDA sans que le siège des MDPH n'évolue lui-même vers des MDA ; c'est le cas du Pas-de-Calais (62) ;
- l'ensemble des guichets territorialisés et du siège des MDPH évoluent en MDA ; mais l'intégration est variable ; selon les configurations, les guichets territorialisés réalisent ou non l'évaluation ; dans les Yvelines (78), l'évaluation est territorialisée, en Eure-et-Loir (28), elle ne l'est pas.

MDPH / MDA du Maine-et-Loire (49)

Le service compensation, notamment en charge de la prestation de compensation et de l'allocation compensatrice tierce personne, a pu intégrer l'instruction, l'évaluation et l'élaboration des plans d'aide pour l'allocation personnalisée autonomie pour les personnes âgées, ainsi que les plans autonomie personnalisés de la CARSAT (délégués par convention). Ces rapprochements PA/PH se sont faits dans ce service plus particulièrement sachant que les métiers, notamment en évaluation, nécessitaient des compétences identiques hormis l'utilisation d'outil d'évaluation différent. Cette organisation a permis de développer la poly-compétence en instruction et en évaluation sur l'APA et la PCH. En termes de déplacement sur le territoire, chaque évaluateur pouvait avoir ainsi un périmètre et des déplacements moins importants. En outre, sur le territoire, ces évaluateurs pouvaient être reconnus comme des référents autonomie pour les partenaires communs aux deux populations tels que les services à domicile. » Des évolutions organisationnelles à l'œuvre pour mieux répondre à de nouveaux enjeux

MDPH / MDA des Yvelines (78)

Le pôle MDA a revu son organisation en 2016 et a mis en place deux coordinations :

- la coordination évaluation autonomie comprenant notamment : la mission harmonisation – évaluation qui coordonne l'activité d'évaluation des pôles autonomie territoriaux ; la mission instruction réalise la valorisation des PCH éligibles, l'aide sociale à l'hébergement et l'instruction de l'APA ; la mission juridique et contentieux, en charge de la coordination des personnes qualifiées et des liens avec les tribunaux.

- la coordination administrative autonomie comprenant : la mission administrative et institutionnelle (accueil centralisé MDA, dossiers entrants, dossiers sortants du département), le fonds départemental de compensation du handicap, la COMEX, le secrétariat de la CDAPH, les interventions de la Présidence, la logistique, le partenariat, des projets tels que la CMI et l'externalisation des courriers, le marché Potentiel Emploi, - la mission dispositifs autonomie : dispositif PAM, Soliha, téléassistance, conférence des financeurs, SAAD, subventions, aide aux aidants et accueil familial,...

MTA de St-Pierre-et-Miquelon (975)

Anticipant la convergence nationale des champs du handicap et de la gérontologie, la collectivité Territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon a souhaité mettre de la cohérence entre ces deux champs en créant la première maison de l'autonomie. Elle regroupe les missions de la maison départementale des personnes handicapées des (MDPH), le centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC), qui existait depuis février 2005, et les services personnes âgées personnes handicapées de la collectivité.

Les stratégies de déploiement

L'analyse des rapports d'activité 2016 montre plusieurs types de stratégies des MDPH pour le déploiement d'une MDA :

- certains départements et MDPH officialisent le projet de MDA et construisent le rapprochement « en marchant » ;
- certains départements et MDPH souhaitent, à terme, construire une MDA et organisent une montée en charge progressive avant de qualifier cette organisation de MDA ; plusieurs MDPH indiquent ainsi avoir rapproché les équipes d'évaluation médico-sociale pour l'allocation personnalisée d'autonomie (EMS APA) du département des équipes d'évaluation PCH des MDPH en vue de la MDA.

MDPH du Doubs (25)

Les demandes de PCH Aide Humaine sont évaluées par les équipes APA réparties sur le département. Cette organisation permet une proximité avec l'utilisateur ainsi qu'une polyvalence des professionnels en vue de la mise en place à venir d'une MDA.

3. Les évolutions des organisations des MDPH en 2016 en lien avec les projets nationaux

Un ensemble de chantiers interconnectés

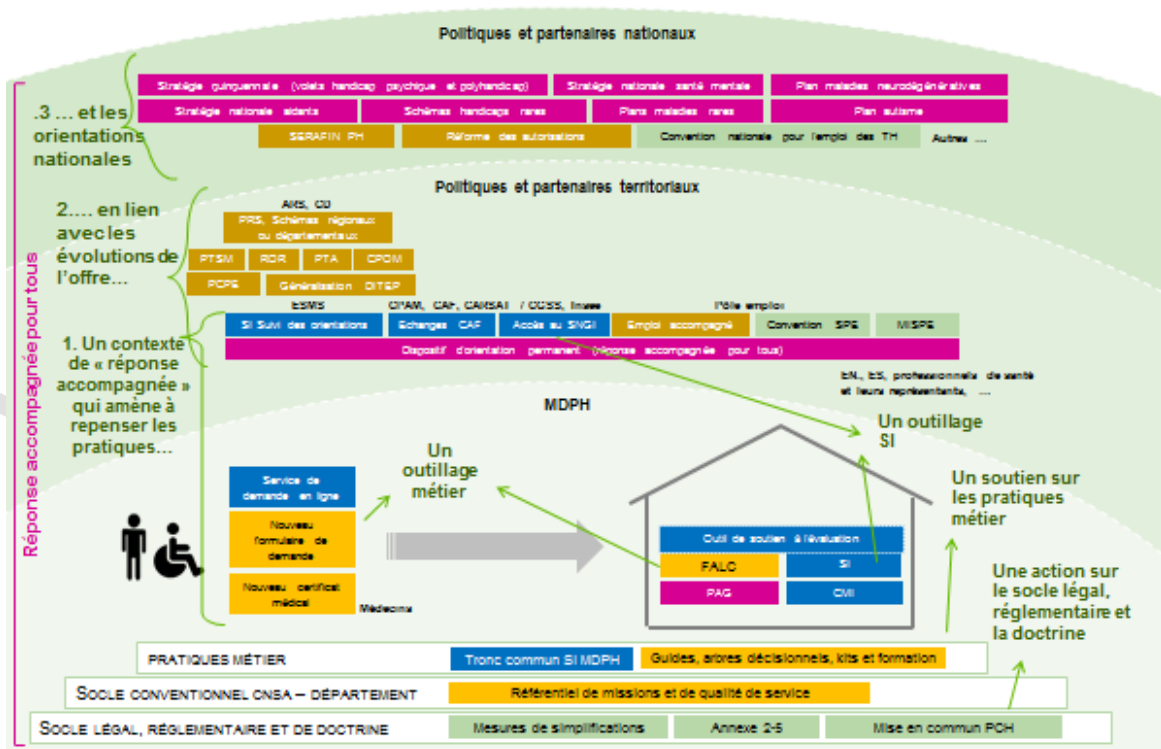
Cette année encore, les MDPH ont travaillé à l'optimisation de leurs organisations pour faire face à l'augmentation continue de l'activité et aux impacts des chantiers nationaux particulièrement structurants. Au global, ces différents chantiers s'interconnectent et agissent sur différents aspects des MDPH :

- l'harmonisation des pratiques métier dans le respect du socle légal et réglementaire et de doctrine (tronc commun du métier des MDPH et RMQS en particulier) ;
- le pilotage des MDPH, en particulier par l'outillage SI.

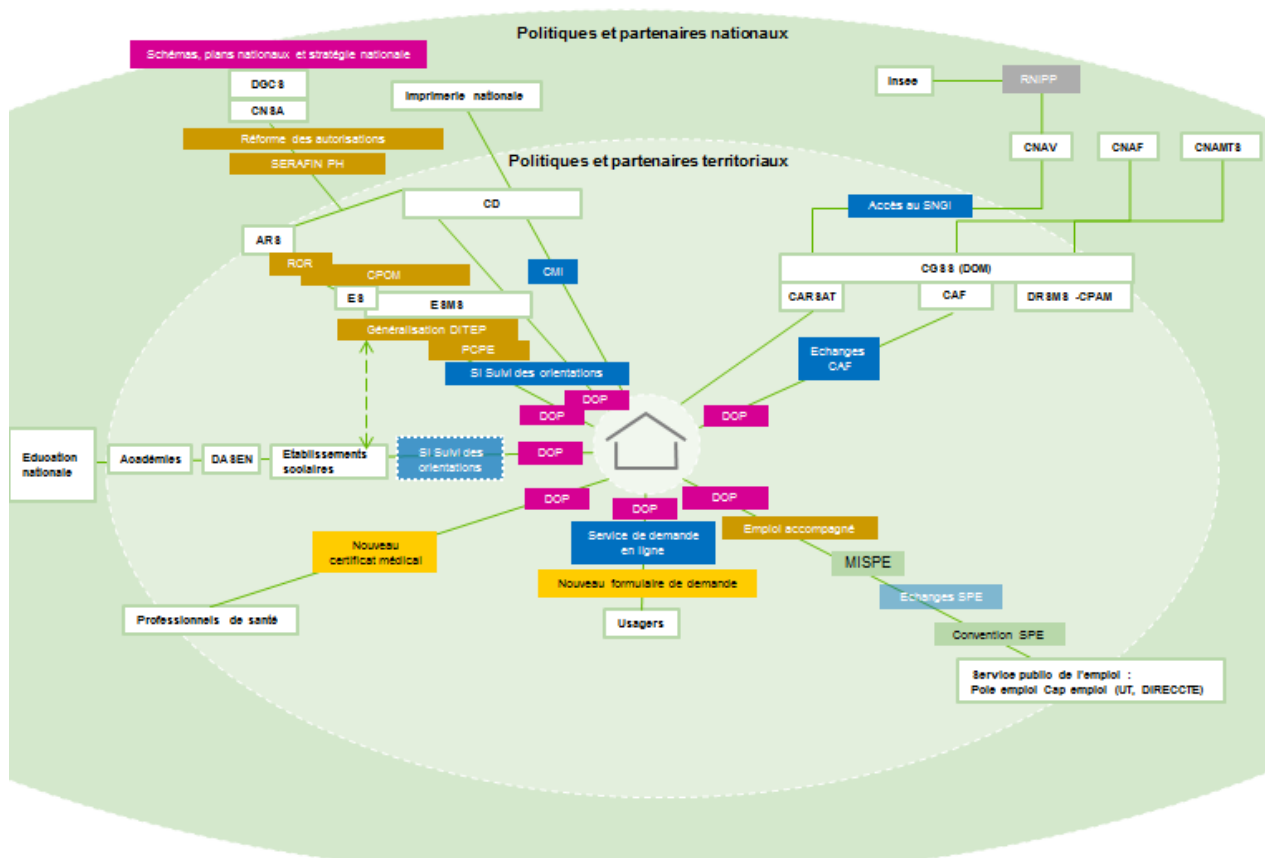
L'ensemble des chantiers qui se déploient au sein des MDPH s'intègre dans la démarche globale et transversale que constitue la réponse accompagnée pour tous.

Celle-ci se fait en lien avec le développement d'offres nouvelles et plus souples, en accord avec les orientations nationales et des réformes structurelles et systémiques (réforme des autorisations, SERAFIN-PH)

Chantiers du handicap et leurs impacts sur les MDPH



Cartographie des chantiers en cours dans leur environnement partenarial



Source : CNSA, juin 2017

La démarche « réponse accompagnée pour tous » : une démarche globale et transversale initiée dans vingt-quatre département en 2016

Faisant suite au rapport de Denis Piveteau intitulé « Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » (2014), la démarche réponse accompagnée pour tous vise à transformer en profondeur le secteur des politiques publiques liées au handicap pour accompagner les situations les plus complexes, permettre l'élaboration de réponses correspondant au plus près des besoins et aspirations des personnes et limiter les ruptures de parcours dues au cloisonnement des institutions et des pratiques. Elle s'appuie à la fois sur de meilleures évaluation et orientation des usagers (axe 1, dispositif d'orientation permanent, il concerne en premier lieu les MDPH), sur une évolution de l'offre (axe 2), plus particulièrement pilotée par les ARS et les départements, qui concerne aussi l'Education nationale et les réponses que proposent les établissements et services dans leurs projets de service), une meilleure prise en compte de la parole et de l'expertise d'usage des personnes en situation de handicap (axe 3) et une transformation globale des pratiques professionnelles : savoirs, bonnes pratiques et outils (axe 4).

L'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit que, dans le cadre du dispositif d'orientation permanent, tout usager puisse demander un plan d'accompagnement global (PAG) à partir du 1^{er} janvier 2018. Cet accompagnement peut également être proposé par l'équipe pluridisciplinaire des MDPH.

Afin de préparer les MDPH à ces futures demandes, un déploiement progressif a été mis en œuvre à partir de la fin de l'année 2015 avec de premiers territoires volontaires. En 2016, vingt-quatre territoires pionniers s'étaient engagés dans la démarche, initiant alors le travail de construction du dispositif d'orientation permanent (DOP) fondé sur :

- le plan d'accompagnement global ;
- le cas échéant, l'organisation des groupes opérationnels de synthèse (GOS) ;
- un pilotage stratégique (en COMEX ou au sein d'un comité de pilotage ad hoc) ;
- un pilotage opérationnel

Des retours d'expérience ont pu être extraits des rapports d'activité des MDPH en 2016 et viennent ainsi compléter les retours d'expériences et enseignements formalisés dans le rapport de capitalisation⁷. Ils sont présentés dans ce document dans la [partie 6.4](#) « Une Réponse accompagnée pour tous : une transformation durable de l'accompagnement de la perte d'autonomie liée au handicap » (page 152).

La mise en œuvre du référentiel de missions et de qualité de service (RMQS) et du système d'information commun des MDPH : des évolutions de pratiques structurantes

Le Référentiel des missions et de qualité de service

La CNSA a structuré, avec les représentants des MDPH et des associations du handicap, un **référentiel de missions et de qualité de service (RMQS)**. Annexé aux conventions pluriannuelles conclues entre la CNSA et les départements, le référentiel permet de poser un socle commun de bonnes pratiques pour les MDPH. Le référentiel peut également être mobilisé pour préparer et mettre en œuvre avec les équipes des MDPH les évolutions légales et réglementaires issues des lois de modernisation de notre système de santé et d'adaptation de la société au vieillissement. Fin 2016, un outil d'autodiagnostic traduisant le RMQS en questions d'évaluation a été diffusé aux MDPH. Celles-ci disposent de l'ensemble de l'année 2017 pour réaliser celui-ci.

Des éléments de précision concernant les démarches qualité engagées par les MDPH et la préparation à la mise en œuvre du référentiel de missions et de qualité de service sont évoqués en [partie 6.3](#) « Démarches qualité et référentiel de missions et de qualité de service » (page 145).

Le système d'information commun des MDPH

Le programme **SI commun des MDPH** a consisté dans sa phase de conception à définir comme préalable un tronc commun du métier des MDPH qui remet à plat l'ensemble des processus des MDPH prévoit de nouvelles nomenclatures et intègre d'autres évolutions métier importantes, comme le nouveau formulaire issu de l'expérimentation IMPACT ;

Le tronc commun⁸ est un document qui rassemble, par processus métier, les exigences réglementaires et métier nécessaires à l'harmonisation des systèmes d'information des MDPH. Il formule également des recommandations de bonnes pratiques pour le métier des MDPH. Ce chantier majeur va inviter les MDPH à repenser leur processus de traitement des demandes.

Outre le tronc commun, le programme SI commun des MDPH comporte des services transverses comme les échanges dématérialisés avec les CAF, l'accès au SNGI ou le suivi des décisions d'orientation en ESMS, services eux-mêmes très attendus en termes d'amélioration de l'efficacité et du service rendu.

Des éléments de précision concernant l'impact de l'évolution du SI des MDPH et du tronc commun ont été intégrés aux différentes parties de la présente synthèse. Un focus particulier sur la mise en œuvre et le suivi

⁷ Le rapport de capitalisation est disponible sur le site de la CNSA : http://www.cnsa.fr/documentation/reponse_accompagnee_-_rapport_de_capitalisation_-juillet_17.pdf

⁸ Plus d'informations sur le site de la CNSA : <http://www.cnsa.fr/documentation-ressources-informatiques/les-referentiels-du-programme-si-mdph/tronc-commun-et-referentiel-fonctionnel>

des systèmes d'information est également présenté dans la [partie 6.2](#) « Mise en place et suivi des systèmes d'information » (page 140)

Des évolutions organisationnelles pour la mise en œuvre des chantiers nationaux

Ainsi, en 2016, des réflexions sur les modalités de réorganisation ont été conduites par plusieurs MDPH :

- Pour mettre en œuvre de la démarche réponse accompagnée pour tous, la MDPH de l'Yonne (89) a engagé des travaux de réorganisation de l'ensemble de ses services en prenant appui sur la réalisation de l'autodiagnostic RMQS;

MDPH de l'Yonne (89)

Comme l'annonçait la conclusion du rapport d'activité 2015 de la MDPH de l'Yonne, l'année 2016 a constitué une année d'évolution profonde pour son activité et ses équipes. En effet, la MDPH de l'Yonne a mené concomitamment 3 chantiers importants, qui ont abouti en septembre 2016 à une réorganisation de ses équipes :

- la dématérialisation des dossiers de demandes,
- les travaux de rénovation, et la création de salles de réunion pour les équipes pluridisciplinaires d'évaluation (3 salles de réunion),
- le déploiement de la Réponse accompagnée pour tous.

L'organisation des services de la MDPH de l'Yonne doit être en capacité de répondre aux exigences de ses missions tout en s'inscrivant dans la démarche nationale « tronc commun » pilotée par la CNSA.

L'année 2016 a été très largement consacrée à mobiliser les équipes afin de réfléchir sur un mode d'organisation plus opérationnel. Cette nouvelle organisation devra permettre d'optimiser et de fluidifier le travail des équipes, de la commission des droits et de l'autonomie afin de permettre d'apporter une réponse qualitative aux personnes en situation de handicap. La MDPH de l'Yonne est organisée depuis septembre 2016 en trois pôles majeurs :

- le pôle administratif : *Le projet a conduit à rapprocher les services pour plus d'efficacité à travers la recherche de mutualisation des compétences. La constitution d'un groupe projet a permis la participation active des agents, tant administratifs que médico-sociaux. Ainsi la cellule accueil est regroupée dans le même pôle que les agents instructeurs, pôle qui sera sous la responsabilité directe d'un chef de service.*
- le pôle évaluation : *L'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) a travaillé sur une évolution de ses pratiques afin de s'adapter aux évolutions normatives tout en souhaitant affiner ses réponses aux usagers*
- la cellule des affaires internes et usagers : *Cette cellule regroupe l'ensemble des activités administratives et comptables de gestion de la MDPH. Elle comprend les postes de secrétariat, du référent contentieux et statistiques MDPH, le référent budgétaire et RH, elle traite des affaires partenariales et du dialogue avec les usagers sous la supervision directe de la directrice adjointe. »*

- Les MDPH de l'Aisne (02) et du Calvados (14) ont modifié l'organisation des pôles, l'Aisne pour la mise en œuvre de réponse accompagnée pour tous, le Calvados pour mieux adapter son organisation aux besoins des usagers ;

MDPH de l'Aisne (02)

Le pôle réponse accompagnée (PRA) s'est structuré au sein de la MDPH de l'Aisne dès l'engagement du département dans la démarche nationale de la réponse accompagnée pour tous, en janvier 2016.

MDPH du Calvados (14)

Depuis le 1er janvier 2016, la MDPH a modifié son organisation afin de s'adapter aux réformes nationales et aux besoins des usagers en matière de suivi de leurs droits. Elle est désormais organisée en quatre pôles :

- *Le « pôle ressources », regroupant les fonctions logistiques, est placé sous l'autorité directe de la directrice de la MDPH ;*
- *Le « pôle accès aux droits » en charge de l'accueil, de l'instruction des demandes et des recours gracieux et contentieux, est placé sous la responsabilité d'un chef de service ;*
- *Le « pôle évaluation – élaboration des réponses », placé sous la responsabilité du coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire, responsable de service ;*
- *Le « pôle suivi des décisions » est en charge de l'élaboration des notifications de la mise en place des circuits de transmission, des relations avec la CAF. Il gère aussi le FDC et le fonctionnement des CDAPH. Il est également placé sous la responsabilité d'un chef de service.*

Les éléments généraux de réorganisation identifiés dans les rapports d'activité des MDPH touchent à l'ensemble de leur activité :

- des évolutions constatées sur la gestion des ressources humaines avec la mutualisation des ressources humaines entre les services, accompagnée d'un ajustement permanent des ressources en fonction des besoins ;
- l'évolution des tâches attribuées aux agents, avec une plus grande polyvalence observée et ainsi par exemple des glissements de fonctions entre les missions d'accueil et d'instruction ;
- l'externalisation de certaines actions pour gagner en efficacité et permettre aux agents des MDPH de se concentrer sur leurs missions prioritaires (par exemple, l'accueil et l'information des usagers) ; certaines MDPH ont ainsi pu externaliser :
 - le tri/mise sous pli des courriers ;
 - le traitement des appels reçus par une plateforme téléphonique ;
 - la dématérialisation des dossiers d'archive.

MDPH des Bouches-du-Rhône (13)

Le premier objectif des services reste la maîtrise des délais d'instruction tout en poursuivant l'amélioration des procédures instruction et d'évaluation. Sur ce dernier point, deux axes de travail ont été développés :

1) Au niveau de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap : - Maintien du dispositif « projet de vie » permettant aux bénévoles associatifs d'accompagner les personnes en situation de handicap qui le souhaitent, dans l'expression de leur projet de vie. - Renforcement de la diffusion de l'information et de la sensibilisation du handicap auprès des usagers et des professionnels par la participation des équipes de la MDPH aux manifestations et forums (semaine de la santé à Aubagne, salon Autonomic, semaine de l'insertion socio-professionnelle, etc.)

2) Au niveau de l'instruction et de l'évaluation des dossiers : - travaux autour du projet personnalisé de scolarité (PPS) qui ont conduit les services à retravailler leurs méthodes et à une réorganisation du pôle enfants. - développement des partenariats et échanges avec les partenaires institutionnels et associatifs en vue d'une meilleure connaissance des procédures et des dispositifs - création en

septembre 2016 de la sous-direction de l'accompagnement global en charge de la gestion des situations complexes et critiques, qui devrait permettre d'améliorer encore cette approche transversale.

MDPH des Landes (40)

L'activité de la MLPH, et à travers elle, celle du pôle administratif, ne cesse d'augmenter. Aussi, afin de ne pas alourdir le travail de l'équipe administrative et de maintenir des délais raisonnables pour les personnes handicapées, il a été décidé de sous-traiter à un ESAT du département la plastification des cartes ainsi que la mise sous pli de certains courriers.

MDPH du Loiret (45)

L'année 2016 a été impactée par l'audit organisationnel et fonctionnel de la MDPH dans l'optique de faire ressortir les points forts et les axes d'amélioration de son organisation. En effet, les objectifs définis dans le périmètre de l'audit [...] étaient d'appréhender le fonctionnement global de la MDPH, afin de proposer et de mettre en œuvre des évolutions.

L'audit a démarré en mai 2015 et s'est achevé en avril 2016.

Cette étude a permis d'aboutir à des recommandations :

- optimiser et réorganiser les moyens de la MDPH au regard de ses missions,
- revoir l'organisation du processus de traitement des demandes,
- et développer les missions et les partenariats dans le cadre du projet de la création de la maison départementale de l'autonomie (MDA).

MDPH du Tarn (81)

Il convient de signaler l'évolution de l'activité des évaluateurs sociaux ; en 2007, lors de la constitution de l'équipe, ceux-ci n'intervenaient que pour la PCH ; progressivement, leurs activités se sont diversifiées pour agir vers d'autres prestations [...], notamment une augmentation importante pour le sujet sensible des orientations en établissements et services médico-sociaux (recherche de places disponibles, accompagnement éventuellement des usagers dans les démarches pour accéder à ces établissements et services), ainsi que sur l'AAH, notamment pour celles instruites au titre de la RSDAE (restriction substantielle et durable à l'emploi).

Focus sur le cas de la métropole lyonnaise

Enfin, le développement de métropoles fait apparaître des configurations nouvelles de « maisons départementales métropolitaines des personnes handicapées », à l'instar de la métropole de Lyon⁹. La MDPH comporte deux directions territoriales, placées sous l'autorité du directeur général de la MDMPH, nommé conjointement par les présidents des deux autorités de tutelle (Conseil départemental du Rhône et Métropole). Installée en 2015, cette organisation s'est consolidée au cours de l'année 2016.

⁹ Suite à l'ordonnance n° 2014-1543 du 19 décembre 2014 « portant diverses mesures relatives à la création de la Métropole de Lyon », une MDMPH compétente sur le territoire du Conseil départemental du Rhône et de la Métropole de Lyon a été instituée

MDMPH du Rhône (69)

Les principales dispositions de l'ordonnance du 19 décembre 2014 :

O Intégration de la Métropole de Lyon comme membre fondateur du GIP

O Présidence de la commission exécutive assurée alternativement chaque année par la Métropole et le Département

O Unicité des instances : commission exécutive, commission départementale métropolitaine des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, fonds départemental métropolitain des personnes handicapées

O Répartition égalitaire des représentants des deux collectivités au sein de la COMEX et de la CDA

La croissance de l'activité est un sujet de forte préoccupation pour les MDPH dans un cadre budgétaire contraint compte tenu l'enjeu essentiel de maîtrise des délais de traitement des demandes et de l'attente des personnes en termes d'accompagnement auquel la mise en œuvre du dispositif réponse accompagnée pour tous devra contribuer à répondre.

Les MDPH ont poursuivi en 2016 leurs efforts d'amélioration de leurs organisations. Ces efforts sont nécessaires pour permettre aux MDPH de faire face à ces nouveaux défis. Dès lors, toutes mesures ou dispositifs de simplification à fort impact apparaissent déterminants et nécessaires.

4. L'information et la communication

La mission d'information des MDPH, en lien avec l'accueil, constitue l'un des principales missions des MDPH. Elle est inscrite à l'article L146-3 du code de l'action sociale et des familles. Les MDPH doivent fournir une information de qualité aux usagers afin de les accompagner au mieux dans leurs démarches et dans leur projet de vie. Les MDPH continuent de s'engager en ce sens et développent de nouvelles modalités d'échange avec les usagers et en structurant davantage les missions d'information et de communication.

Des modalités d'information et de communication diversifiées pour mieux informer les publics

L'engagement des MDPH dans l'amélioration de l'information apportée aux usagers passe notamment par la diffusion de supports de communication ; l'utilisation de nouveaux canaux, comme internet et la mobilisation en externe, en lien avec les partenaires, pour contribuer à faire connaître l'action des MDPH et sensibiliser les publics (personnes en situation de handicap et leurs proches, grand public, professionnels, partenaires institutionnels, étudiants, etc.) au handicap.

En premier lieu, **la diffusion de supports de communication** intègre de plus en plus le souci d'améliorer l'accessibilité des contenus aux personnes. Parmi les différents supports utilisés par les MDPH, on peut citer à titre d'exemples :

- la création et la diffusion de plaquettes d'information auprès des différents partenaires, qui se font relais d'information auprès des publics sur les missions des MDPH ;
- la création et la diffusion de plaquettes d'information à destination des personnes et de leurs proches, qui dans certaines situations fait l'objet de réflexions sur une traduction en facile à lire et à comprendre (FALC) pour en améliorer l'accessibilité ;
- la rédaction de contenus spécifiques publiés dans les magazines départementaux ;
- des lettres d'information, accessibles en ligne sur le site des MDPH ou des conseils départementaux dans la majorité des cas.

MDPH de l'Indre-et-Loire (37)

Enfin, deux lettres d'information ont été publiées. Une en mai sur des sujets divers et une en novembre axée sur la thématique du handicap psychique. Désormais diffusée uniquement en format dématérialisé, elle est adressée par mél à toute personne le sollicitant. En ligne sur le site de la MDPH, elle est accessible au format PDF en téléchargement.

MDPH de Lozère (48)

L'équipe de la MDPH diffuse la plaquette de la MDPH 48 éditée à 5 000 exemplaires auprès des centres médico-sociaux et services du Conseil départemental et différents partenaires (hôpital de Mende, hôpital de Marvejols, CAP EMPLOI, Pôle Emploi, Éducation nationale, CARSAT, CFAS, associations de personnes handicapées, mais aussi lors de la journée de Pôle Emploi...) chargés d'être des relais d'information afin de faire connaître les missions de la MDPH48.

MDPH du Puy-de-Dôme (63)

Des fiches pratiques destinées au grand public ainsi qu'aux professionnels ont également été réalisées et mises à jour sur les différents droits et prestations. Elles sont disponibles à l'accueil de la MDPH et téléchargeables sur le site de la MDPH : www.mdp63.fr [...] « Dans le souci d'informer au mieux les personnes en situation de handicap et leur entourage, la MDPH a travaillé en 2016 un numéro spécial du « MDPH 63 Magazine » sur la scolarisation des enfants en situation de handicap dont la parution est prévue en 2017.

Les MDPH utilisent également de plus en plus **les supports numériques de diffusion**. La grande majorité dispose désormais de sites internet en propre ou sont hébergées sur une page du site du Conseil départemental. Plusieurs MDPH ont engagé en 2016 des travaux de refonte de leur site internet, en mobilisant dans certaines situations directement les usagers afin de rendre le site accessible. Les rubriques des sites ont été développées et s'étendent progressivement à une communication sur les évolutions réglementaires, l'actualité, les initiatives locales, etc.

La plupart des MDPH fait état d'une augmentation des visites effectuées sur les sites et d'un fort plébiscite de la part des personnes et de leur entourage. L'accès à l'information et la possibilité de récupérer des documents (formulaire de demande) permettrait selon certaines d'entre elles de désengorger l'accueil physique et téléphonique.

Outre les sites internet, des MDPH souhaitent développer d'autres canaux de diffusion. On peut par exemple noter :

- la création de vidéos explicatives du fonctionnement des MDPH ;
- la mise à disposition sur le site internet de cartes interactives de l'offre des ESMS enfants et adultes.

MDPH du Gard (30)

En mai 2014, un nouveau portail internet sur le handicap a été lancé par le Conseil départemental du Gard. Il s'agit d'un portail participatif et ouvert à tous (grand public, professionnels) qui répond à une réelle demande des usagers (handicapés, familles et aidants) pour partie associés à son élaboration, avec de nombreux représentants d'associations et des professionnels du secteur. Il est tout particulièrement destiné aux personnes en situation de handicap et à leurs familles afin de les informer de leurs droits, des aides et des accompagnements existants pour faciliter leur quotidien. Comme tout portail internet, « handicap.gard.fr » propose de nombreux liens vers des sites officiels partenaires traitant du handicap et vers « gard.fr ». Il offre une grande accessibilité pour les personnes en situation de handicap et une navigation simplifiée pour tous les internautes. Il devrait faciliter la recherche de formulaires sans avoir à se déplacer jusqu'à la MDPH. Sur la période du 1er

janvier au 31 décembre 2016, 80 % des connexions sont des 1ères visites ; le nombre de pages vues au cours d'une session est de 3,08 et la durée moyenne des sessions est de 2,55 minutes.

MDPH de l'Isère (38)

Le site www.isere.fr/mda38/ a été créé avec la participation d'utilisateurs. Il répond à leurs attentes en termes de rubriques demandées (annuaire, guide des aides, formulaires téléchargeables et demandes en ligne). Ainsi, la recherche d'informations répond aux questions de base de l'internaute « novice ». En effet, plus le professionnel expert connaît le sujet, moins il trouve car il appréhende le site avec une autre grille de lecture sans vraiment lire les pages (survol)... alors qu'un usager lira les informations contenues dans les pages et arrivera au renseignement recherché (meilleure appréhension des rubriques du site).

Enfin, la grande majorité des MDPH organise ou participe à des manifestations en lien avec ses partenaires pour mieux faire connaître leur action et sensibiliser les publics à la thématique du handicap. Une fois de plus les différentes manifestations concernées peuvent prendre des formes très diverses avec notamment :

- la mise en œuvre d'actions de présentation des organisations liées à la mise en œuvre de la démarche RAPT aux partenaires territoriaux concernés ;
- la participation à des émissions de radio sur le handicap ;
- la participation à des concerts et festivals de musique, avec par exemple la contribution à la création d'espaces plus accessibles aux personnes en situation de handicap ;
- l'organisation et la participation à des événements artistiques pour promouvoir l'intégration culturelle des personnes en situations de handicap ;
- l'organisation de journées portes ouvertes au sein des MDPH pour rencontrer les publics et leur permettre de découvrir le fonctionnement interne des MDPH ;
- l'organisation et la participation à des journées/semaines de sensibilisation thématiques sur le handicap (sur le sport, l'audition, l'autisme, la santé mentale, etc.) ;
- la participation à des journées d'information, colloques, organisés par des partenaires (forums de l'emploi avec Cap emploi ; etc.) ;
- la réalisation d'interventions dans des écoles et centres de formation aux métiers du médico-social (Lycées professionnels, IFSI, etc.) ; les thématiques abordées peuvent par exemple concerner le dossier MDPH, les prestations personnes handicapées, etc. ;
- la réalisation d'interventions pour sensibiliser plus largement les étudiants à la thématique du handicap dans les lycées généraux et les universités ;
- la création et la mise à disposition des partenaires d'outils d'information/de formation sur le fonctionnement des MDPH.

MDPH des Hautes-Alpes (05)

En 2014, la MDPH 05 a été à l'initiative, avec la Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP), d'une première journée « Sport Handicap ». Cette journée de sensibilisation à l'accès aux activités sportives pour les personnes en situation de handicap a permis la signature d'une charte sur la pratique sportive. Cette manifestation a pu réunir de nombreux clubs sportifs (tennis, badminton, escrime, volley...) le Comité départemental olympique et sportif (CDOS), l'association Handisport et des écoles du département. La troisième édition a eu lieu au plan d'eau d'Embrun en juin 2016.

MDPH du Var (83)

La MDPH a construit un outil de formation / information qui présente les dispositifs enfants et adultes qu'elle gère, en reprenant les éléments réglementaires et les modalités pratiques de mise en œuvre dans le Var. Ce document sert de support pour toutes les actions de formation. Il a été utilisé lors d'une séance de présentation organisée auprès de 62 travailleurs sociaux et ouverte également à d'autres partenaires. Cette formation fait partie du plan d'actions de la MDPH pour améliorer les coopérations notamment avec les professionnels du Département (UTS et direction de l'autonomie). Ce document a également été présenté auprès de différents partenaires et lors de visites dans les établissements médico-sociaux.

MDPH du Territoire de Belfort (90)

Participation au Festival « les Eurockéennes ». Depuis 2009 la Maison départementale des personnes handicapées s'associe à Territoire de Musique pour l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap sur le festival. Durant 3 jours, 15 personnes de la Maison de l'autonomie participent à l'accompagnement des festivaliers. Le point d'orgue de l'édition 2016 a été de repenser l'accessibilité sur le festival par la mise en place d'un espace « all-access » de 200 m². Abolir les frontières, créer des rencontres, favoriser l'échange et la tolérance, proposer un espace d'animation, d'expérimentation et de sensibilisation à destination de tous tels étaient les objectifs ambitieux de ce projet. Ouvert à tous, l'espace ALL ACCESS était doté d'un accueil pour les personnes en situation de handicap avec toutes les commodités (espace de repos, de conseil et accueil technique), d'une présence de personnels adaptés (LSF, accompagnement malvoyants, guides...) mais aussi d'un espace d'exposition, d'un « bar-sourd » et de manifestations culturelles (Brutpop, radio tistau). « Avec ALL ACCESS, c'est désormais le public empêché qui invite le public valide à partager un espace convivial et solidaire

Un structuration inégale de ces missions

Si certaines MDPH expriment des difficultés à allouer des moyens aux missions de communication et d'information dans un contexte où leur priorité est de faire face à l'augmentation de l'activité, plusieurs évolutions organisationnelles visant à structurer et à développer les actions de communication et d'information des MDPH sont identifiées dans les rapport d'activité. Par exemple :

- la formalisation de plans de communication établis, comprenant un échéancier et un ensemble d'actions à mettre en œuvre ;
- l'organisation centralisée de l'implication de l'ensemble des personnels des MDPH dans la réalisation d'actions de communication ;
- la création et la valorisation de postes dédiés aux actions de communication et de sensibilisation pour répondre aux sollicitations des publics ainsi qu'à l'information sur les nouveaux enjeux réglementaires.

En outre, à travers la participation à des manifestations organisées par les partenaires dans les domaines du sport, de la culture, des loisirs notamment, les MDPH contribuent à développer sa mission d'accompagnement de l'utilisateur.

Sur le volet sport et loisirs, la MDPH de Belfort (90) a par exemple désigné un référent sport, qui peut être sollicité directement par les usagers et travaille à l'inclusion sportive en milieu ordinaire (lien avec le club de sport par exemple). Les MDPH peuvent également participer à des événements en faveur de l'inclusion sportive en milieu ordinaire.

Sur le volet culture, une organisation similaire peut être observée, avec la création d'un poste de référent culture qui anime des temps d'échange avec des usagers. A la MDPH des Hautes-Alpes (05), c'est un temps d'interprète en langue des signes française qui est mobilisé lors de vernissages d'exposition pour permettre aux personnes d'échanger avec les artistes.

MDPH du Finistère (29)

La priorité donnée aux sollicitations des usagers et à la généralisation de l'accueil de 1er niveau sur le territoire n'ont pas permis de répondre à l'ensemble des sollicitations formulées par nos partenaires en 2016.

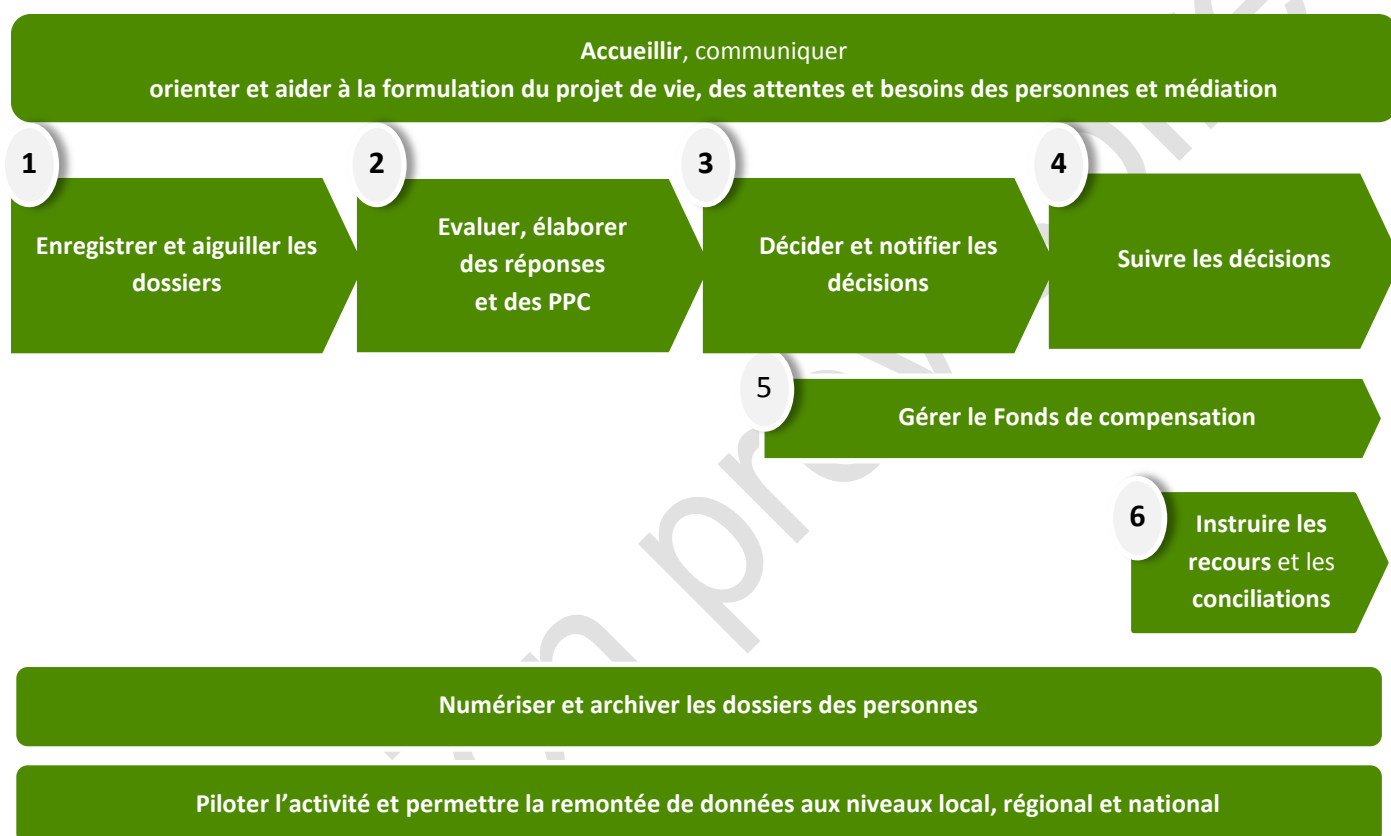
MDPH du Vaucluse (84)

La MDPH a choisi de donner une ampleur à cette mission de sensibilisation du handicap et d'animation du partenariat en y affectant une chargée de mission [...] La diffusion de l'information a été faite en 2016 selon trois axes : une information ciblée où un dossier de presse est réalisé et envoyé par la MDPH à une vingtaine de contacts de la presse orale ou écrite ; les affiches de la manifestation ainsi que les flyers sont diffusés par la MDPH, chez nos partenaires, dans les différents points d'affichage, et aussi par mailing ; certains livrets d'information sont actualisés.

Version provisoire

4. Des processus métier adaptés pour gagner en qualité et en efficacité

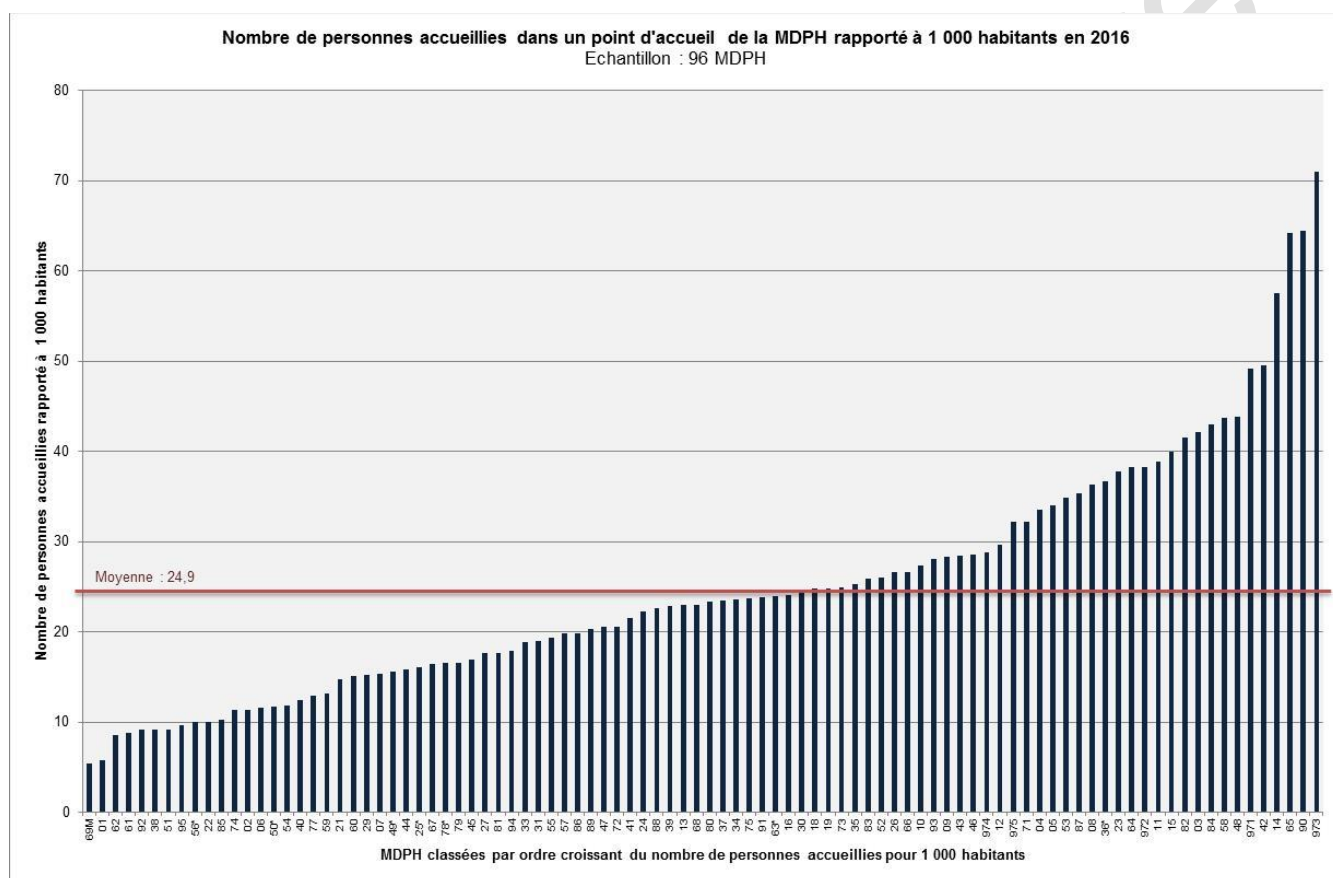
Pour rappel, les différents processus résultant des missions des MDPH sont :



1. L'accueil des usagers

La mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil constitue l'une des principales missions des MDPH¹⁰. Elle prend diverses formes, complémentaires les unes des autres : l'accueil physique, téléphonique, courrier et électronique. L'expérience amène à considérer deux niveaux d'accueil : l'accueil de niveau 1 (premier niveau d'information, accueil généraliste) et l'accueil de niveau 2 (information dédiée aux situations plus complexes).

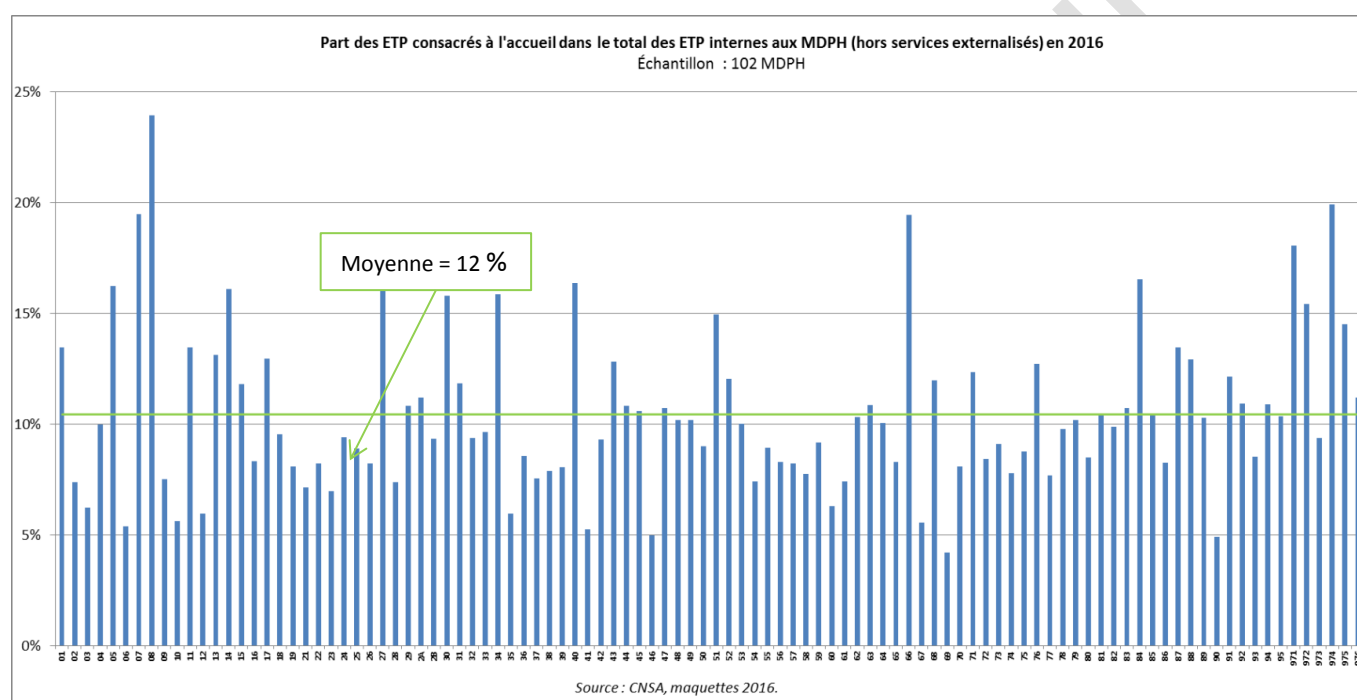
L'accueil physique, une part importante de l'activité des MDPH



En 2016, l'accueil physique en MDPH s'opère, en moyenne, auprès de 25 personnes pour 1 000 habitants (nombre de personnes se présentant à un point d'accueil, quel que soit le niveau d'accueil). **Ce rapport (pouvant aller de 5 à 71 pour 1 000 habitants) est très proche du nombre de personnes ayant déposé au moins une demande en MDPH la même année (26 personnes sur 1 000 habitants),**

L'accueil physique constitue une part extrêmement importante de l'activité des MDPH. Celles-ci le soulignent dans leur rapport d'activité : le nombre d'accueils physique annuel est important et constitue l'un des principaux moyens de contact avec les MDPH, notamment pour les usagers qui ont besoin d'un accompagnement personnalisé ou n'ont pas la possibilité d'utiliser d'autres modalités de contact.

L'analyse des maquettes budgétaires montre que la part des ETP consacrés aux missions d'accueil est assez variable d'une MDPH à l'autre (de 4 % à 24 %). Elle est en moyenne de 12 % pour l'ensemble des MDPH. Cette analyse ne tient pas compte de l'accueil externalisé (accueil de 1^{er} ou 2^{ème} niveau fait par les services du département, les CLIC ou les CCAS, permanence d'associations...)



Les raisons qui poussent les usagers à se présenter à l'accueil sont multiples. Selon les MDPH, il s'agit principalement pour eux de déposer ou retirer un dossier, de suivre l'état avancé de leur demande ou de la procédure, de demander un accompagnement pour le renseignement des documents. Certaines MDPH font également état de la croissance des demandes qui ne relèvent pas de leurs missions (demandes sociales, scolaires hors champ du handicap, etc.)

MDPH de l'Aveyron (12)

Ces personnes sont venues à la MDPH essentiellement pour obtenir des informations sur les droits, obtenir une aide pour compléter le formulaire, vérifier la complétude de leur dossier, solliciter une information sur le suivi de leur dossier. Les retraits de formulaire au guichet restent majoritaires. L'imprimé est disponible sur le site internet de la MDPH mais, même si le nombre de téléchargement est en hausse, ce mode de retrait est essentiellement utilisé par les partenaires de la MDPH, les ménages ne disposant pas tous d'une imprimante pour éditer les documents

MDPH de la Haute-Garonne (31)

Le nombre de personnes se rendant à la MDPH ces deux dernières années ne cesse d'augmenter et certains jours de la semaine ce sont plus de 130 personnes qui sont reçues pour un accueil personnalisé. Ces chiffres sont d'autant plus marquants que les usagers qui se présentent sans

rendez-vous témoignent souvent d'un besoin d'accompagnement important : aussi, l'équipe du pôle « accueil » fait preuve de réelles qualités d'écoute et d'empathie face aux difficultés exprimées par les personnes. Ce n'est que lorsque la confiance est installée que l'agent pourra apporter conseils et réponses individualisés.

Les MDPH soulignent l'investissement et les capacités d'écoute des agents d'accueil, tout en notant la difficulté du travail effectué, en particulier au regard de l'agressivité de certains usagers. Pour répondre au mieux à ces enjeux, certaines MDPH ont mis en place des formations spécifiques.

MDPH du Doubs (25)

Les cas de comportements violents et agressifs à l'accueil sont de plus en plus fréquents, et les personnels d'accueil ont exprimé le besoin d'être sécurisé techniquement et professionnellement. Ainsi, des alarmes ont été placées sur leur poste afin de permettre une intervention rapide d'autres agents en cas de difficulté, et des formations spécifiques ont été organisées : « L'accueil des publics présentant des troubles psychiques », « La gestion des comportements agressifs en situation d'accueil.

L'accueil téléphonique, une modalité d'accueil toujours plébiscitée par les usagers

Si toutes les MDPH n'ont pas mis en place d'outils de suivi du nombre d'appels reçus et décrochés, un grand nombre de MDPH soulignent à nouveau cette année une augmentation du nombre d'appels. Les appels concernent principalement de premiers contacts et des demandes d'information sur l'instruction du dossier. Certaines MDPH ont fait le choix d'externaliser l'accueil téléphonique à des prestataires ou de mettre en place un numéro vert.

Pour rappel, les MDPH sont tenues de mettre à disposition des usagers un numéro téléphonique d'appel gratuit (ou « numéro vert »).

En effet, aux termes de l'article L. 146-7 du CASF, « *La maison départementale des personnes handicapées organise son activité et fixe ses horaires d'ouverture au public de telle sorte que les personnes handicapées et leurs familles puissent accéder aux services qu'elle propose ou à la permanence téléphonique qu'elle a mise en place dans les conditions fixées par la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens mentionnée à l'article L. 146-4-2.*

Pour les appels d'urgence, la maison départementale des personnes handicapées met à disposition des personnes handicapées et de leurs familles un numéro téléphonique en libre appel gratuit pour l'appelant, y compris depuis un terminal mobile. [...] »

En 2016, auprès d'un échantillon de 77 MDPH ayant pu fournir l'information dans l'enquête relative à leur activité, **le taux de décroché est de 66 %.**

L'amélioration du taux de décroché est une préoccupation importante pour les MDPH qui ne parviennent pas répondre à l'ensemble des appels des usagers. Celles-ci identifient plusieurs freins qui peuvent expliquer les difficultés rencontrées :

- la mutualisation de l'accueil physique et téléphonique sur le poste d'un seul agent ;
- le manque de moyens humains dédiés ;
- des problématiques techniques (absence de répondeur ou de système permettant le suivi des appels décrochés) ou de configuration de locaux inadaptée ;
- l'absence d'accueil multimodal pour face à la quantité d'appels reçus.

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

Il n'a pas été fait le choix de confier l'accueil téléphonique à une plateforme, ce qui maintient un lien de proximité avec l'utilisateur. En revanche, le fait que ce soit le même agent qui gère à la fois l'accueil physique et téléphonique se fait parfois au détriment du téléphone, le taux de « décroché » n'est pas bon, et il conviendra de paramétrer des messages téléphoniques d'attente ou de non réponse adéquats.

Afin d'améliorer spécifiquement le taux de décrochés plusieurs solutions ont été mises en œuvre dans certains territoires. Elles consistent par exemple à :

- mutualiser les ressources avec le Conseil départemental (mutualisation des réponses aux appels avec répartition des réponses selon une gradation du besoin d'information) ;
- l'application de l'organisation en plusieurs niveaux d'accueil gradués à l'accueil téléphonique avec un premier niveau pour traiter les questions/demandes les moins complexes (qui peut être dans certaines situations traité par prestataire externe), et l'orientation vers un deuxième niveau d'accueil téléphonique vers des agents formés pour répondre plus longuement aux questions/demandes plus complexes.
- faire évoluer le matériel à disposition et apporter des améliorations techniques (mesure de l'activité rendue possible avec notamment le suivi du nombre d'appels, du nombre d'appels décrochés, du temps d'attente moyen, mise en place de serveur vocal interactif pour répondre aux demandes les moins complexes, mise en place de centrales d'appel) ;
- optimiser les horaires d'ouverture et des moyens humains pour répondre au mieux aux sollicitations (décalage des horaires d'ouverture pour coïncider au mieux avec les pics d'appels, création d'un ETP de renfort, etc.).

MDMPH du Rhône (69)

Afin de permettre aux membres des équipes d'évaluation de se concentrer sur l'instruction des demandes, une centrale d'appels composée de trois agents renseigne sur les questions de 1er niveau (démarches, suivi de dossiers..), ce qui correspond à la grande majorité des questions. Un lien est fait si nécessaire avec les membres des équipes pour les informer du contenu de l'appel, recueillir des informations et recontacter le demandeur, les solliciter pour recontacter la famille (accueil 2ème niveau).

MDPH des Hauts-de-Seine (92)

En plus, de ce réaménagement physique des lieux, une modernisation des outils a été menée : un écran diffusant des informations sur la MDPH et les services départementaux et les outils statistiques liés à l'activité sont en place. Cette modernisation a permis de raccourcir les temps d'attente et d'améliorer le service rendu aux usagers.

L'accueil par voie électronique (courriel et télé service), un levier pour la diversification des modalités d'accueil

L'année 2016 confirme la tendance à la hausse de l'utilisation de l'accueil par voies électroniques. Son développement permet de diversifier les modalités d'accueil et de compléter l'offre, en particulier pour les catégories d'utilisateurs qui utilisent internet de manière autonome ou sont accompagnées par un proche ou un professionnel de proximité. La notion d'accueil électronique comprend :

- la possibilité d'envoyer un courriel à une adresse générique (généralisé à la majorité des MDPH) ;
- la possibilité de télécharger en ligne sur le site des MDPH ou des conseils départementaux un formulaire de demande (service offert par un nombre important de MDPH) ;
- la mise à disposition d'un portail usager où les usagers peuvent déposer et/ou suivre l'état de leur demande (modalité qui se développe depuis plusieurs années).

Les MDPH notent que ce mode de communication est apprécié par les usagers qui l'utilisent, la fréquentation des portails usagers et l'envoi de courriels étant en augmentation dans nombre d'entre elles. Les services électroniques permettent aux usagers de formuler et questions et demandes en dehors des horaires habituelles d'ouverture au public. Les MDPH notent également que la télé service permet de désengorger l'accueil physique et téléphonique, aujourd'hui fortement mobilisé pour des demandes relatives au suivi du dossier.

Ce mode de communication peut être complémentaire à la territorialisation de l'accueil notamment au sein des maisons de services au public MSAP. Plus d'éléments dans la [partie 3.1](#) «La territorialisation se développe pour renforcer la proximité du service » (page 47)

MDPH de Haute-Saône (70)

Quant à la boîte mél (mdph@haute-saone.fr) mise en place en 2007, son utilisation par le public poursuit sa progression (+27,70 %, en 2015 : +13,9 %, en 2014 : + 54 %, en 2013 : + 22 %, en 2012 : + 88,7 %). Ce mode d'échange, qui permet aux personnes d'adresser des messages à n'importe quel moment (le soir, le week-end...), évite d'être confronté à la saturation des lignes téléphoniques et permet à la MDPH d'apporter des réponses plus précises et écrites à la personne. Le courriel électronique continue donc de s'inscrire progressivement comme moyen d'échange avec le public de la MDPH, en alternative ou complémentarité des accueils physiques et téléphoniques.

MDPH de Charente (16)

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

Un accueil organisé par niveaux en fonction de la nature et de la complexité des demandes des usagers

L'ouverture au public se fait généralement sur des amplitudes horaires hebdomadaires de trente à quarante heures en moyenne, du lundi au vendredi (cette amplitude varie selon les effectifs des MDPH). Plusieurs MDPH réservent en semaine des plages horaires voire des demi-journées non ouvertes au public afin de pouvoir mobiliser les équipes sur d'autres tâches également importantes (réduction du stock de demandes, numérisation des demandes, formations des équipes, organisation d'instances de pré-tri ou pré-instruction en lien avec les agents d'instruction, etc.)

Certaines MDPH ont mis en place des plages horaires dédiées à l'accueil des partenaires (professionnels de santé par exemple).

MDPH de Maine-et-Loire (49)

La MDA 49 est ouverte au public (accueil physique et téléphonique) quotidiennement de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h soit 30 heures hebdomadaires, sauf le jeudi après-midi où la fermeture permet des actions de formation-sensibilisation (type de handicap, dispositif...) ou des réunions pour tout le personnel.

MDPH de Martinique (972)

Ce dispositif d'accueil privilégié [accueil dédié aux partenaires] est toujours sollicité par les partenaires qui sont accueillis deux fois par semaine, le lundi et le jeudi, de 14h à 16h.

23 % des MDPH sur l'échantillon de 53 MDPH ayant renseigné l'information en 2016 a mis en place un accueil en deux niveaux, organisé de manière différente mais qui va dans le sens des recommandations du Tronc commun du métier des MDPH, avec :

- un accueil de premier niveau, au guichet, par courriel ou par téléphone, pour les demandes et situations les moins complexes ;
- un accueil de second niveau, accueil physique dans la majorité des cas, pour une écoute plus approfondie et globale si la situation est plus complexe ou requiert une compétence spécifique (assistance sociale par exemple) ; des espaces dédiés pour assurer la confidentialité des échanges ont ainsi pu être installés.

Pour information, la définition des niveaux d'accueil donnée par le Tronc commun du métier MDPH est la suivante :

- Accueil de premier niveau : l'accueil de premier niveau est un accueil généraliste assuré par un agent d'accueil. Il concerne : la délivrance de documents à remplir, l'orientation des personnes, les informations sur le suivi du dossier de demandes, la vérification des droits ouverts de la personne, l'aide au remplissage du formulaire, la vérification de la recevabilité du dossier de demandes et des pièces complémentaires, etc. Cet accueil peut éventuellement déboucher vers un accueil de 2^{ème} niveau (sur rendez-vous ou non, selon l'organisation des MDPH). Accueil de deuxième niveau : Ce niveau d'accueil spécialisé et approfondi se définit par le type de compétence mobilisée nécessaire pour approfondir la sollicitation de l'utilisateur (agent instructeur, travailleur social, référent insertion professionnelle,...). Il peut être aussi assuré par un agent d'accueil.

Si l'accueil est physique, il s'agit de recevoir la personne dans un espace garantissant la confidentialité, éventuellement sur rendez-vous, de prendre du temps. L'accueil de niveau 2 peut être téléphonique, éventuellement sur rendez-vous.

MDPH des Alpes-Maritimes (06)

Depuis septembre 2016, l'accueil a été réorganisé. Désormais, le « pôle accueil » est composé de 3 agents d'accueil dédiés, recrutés et formés pour remplir 2 missions essentielles : l'accueil du public de 9h à 13h, selon un planning prédéfini ; le traitement des appels de « 2ème niveau » transmis par le prestataire téléphonique, partenaire de la MDPH.

Cette nouvelle organisation a plusieurs objectifs :

- professionnaliser le métier d'agent d'accueil,
- assurer une coordination transversale et un suivi des dossiers d'utilisateurs reçus à l'accueil,
- rendre plus efficace la mission d'accueil, grâce à un meilleur investissement professionnel d'agents volontaires et motivés pour cette fonction nouvelle et évolutive.

Tout ceci contribue à un bien être de ces agents qui trouvent un sens à leur travail.

La mobilisation des équipes d'accueil dans l'aide à la formulation du projet de vie, une préoccupation des MDPH

L'élaboration du projet de vie est une étape importante pour dégager les aspirations, besoins et souhaits de la personne. Ces éléments permettent à l'équipe MDPH d'améliorer ses connaissances, son analyse de la situation individuelle et, en conséquence, les réponses à apporter. L'aide à la formulation du projet de vie est donc essentielle.

Le code de l'action sociale et des familles prévoit ainsi que « La maison départementale des personnes handicapées assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie ». (CASF, art. L. 146-3, al.5)

En 2016, la recherche de l'organisation adéquate pour accompagner les personnes dans la formulation de leur projet de vie reste une préoccupation importante des MDPH, bien que relativement peu de rapport d'activités évoquent précisément la mise en œuvre d'une aide spécifique à la formulation du projet de vie.

Cet accompagnement s'appuie en grande partie sur les partenaires des MDPH : des permanences sont tenues par les associations ou services sociaux du département. Il peut également dans d'autres MDPH être opéré par les agents d'accueil et/ou d'instruction, à différentes étapes du processus de traitement de la demande mais plus généralement au stade de l'accueil de niveau 2 :

MDPH de la Creuse (23)

Il existe une convention avec le Conseil départemental pour l'intervention du service social en vue d'apporter une aide à la formulation du projet de vie. La MDPH a également conventionné avec cinq associations représentant les personnes en situation de handicap. Malgré cela, le taux de remplissage du document « projet de vie » reste faible.

MDPH de la Somme (80)

Pour aider à la formulation du projet de vie et suite à un constat à la fois de l'Unité Accueil mais également au niveau du service d'évaluation du pôle parcours adultes, un travail de concertation a été mené il y a déjà plusieurs années. Cette réflexion a débouché sur la mise en place d'une permanence d'accueil réalisée par un chargé d'évaluation du pôle. La fréquence est de deux demi-journées par mois. Soit un total de 20 demi-journées. Cette permanence permet de réguler les demandes complexes à l'accueil et de parvenir à une complétude efficiente du formulaire de demande, voire de conseiller à la personne de surseoir à son dépôt de dossier afin d'y adjoindre l'ensemble des documents d'évaluation nécessaires.

Sur toutes les modalités d'accueil, une recherche d'optimisation

Information des usagers

Premier élément d'optimisation identifié par les MDPH, la meilleure information des usagers (par le biais du site internet des MDPH, de la transmission d'information aux partenaires, de la distribution de flyers d'information sur les procédures, etc.) doit permettre une diminution des appels pour des demandes d'informations simples.

L'amélioration de l'information passe également par la meilleure identification des agents de niveau 2. Elle doit permettre de désengorger l'adresse générique et ainsi d'orienter plus facilement les demandes plus complexes.

MDPH des Côtes d'Armor (22)

L'équipe a finalisé plusieurs flyers thématiques concernant les prestations, permettant d'apporter une information synthétique et accessible, venant à l'appui des renseignements apportées lors des entretiens ou en complément d'un courrier. Un document a également été élaboré pour favoriser la compréhension des modalités d'attribution de l'aide à l'aménagement de logement et des différentes étapes d'instruction du dossier. 26 823 appels téléphoniques ont été recensés en 2016 pour 30 332 en 2015, soit une diminution de 11,5 %, après des années de hausse successives (+ 6,85 % entre 2014-2015). Cette baisse semble correspondre en partie à une diminution des appels concernant l'état d'avancement du dossier, ce qui correspond à l'amélioration des délais de réponse et à une information plus précise donnée aux usagers sur le circuit de la demande et sur le calendrier

prévisionnel d'examen des différentes étapes. Un flyer expliquant les circuits d'instruction est remis avec le dossier.

Relation avec les usagers

L'amélioration de la relation avec les usagers est un élément central des travaux conduits. Plusieurs MDPH organisent ainsi, en sus de l'accueil de niveau 2, des permanences tenues par un professionnel (souvent un référent scolarité ou insertion professionnelle) dont l'objectif est de pouvoir permettre un temps d'écoute plus approfondi des usagers qui le demandent. Ces permanences sont ouvertes à l'ensemble des usagers et peuvent présenter une coloration spécifique selon la formation du professionnel : meilleure appréhension des spécificités de l'insertion professionnelle, échanges sur les parcours de scolarisation, aide à la constitution des dossiers voire explication des refus de la CDAPH suite à une demande.

Le renforcement de la relation avec l'utilisateur peut également prendre la forme de permanences associatives, organisées au sein de l'accueil des MDPH. Ces permanences, qui sont la plupart du temps tenues par plusieurs associations selon un planning de roulement, sont perçues de manière positive par les MDPH qui y voient la possibilité d'améliorer l'écoute et l'information apportée aux usagers comme les relations entre associations/ entre les associations et les MDPH.

Le suivi des dossiers, détaillé par une MDPH, est un autre exemple d'effort conduit pour améliorer la relation avec l'utilisateur : les échanges sont saisis systématiquement dans un logiciel pour permettre aux agents d'accueil de retrouver facilement des éléments concernant les usagers.

MDPH des Ardennes (08)

L'objectif de la présence d'associations d'utilisateurs au sein de la MDPH est de permettre une rencontre entre l'utilisateur qui le souhaite et un représentant associatif, afin d'accompagner la personne dans l'expression de ses besoins ou pour lui donner des informations générales sur le handicap. La rencontre avec le public peut se faire spontanément dans l'espace accueil ou suite à un entretien physique en accueil niveau 2 avec un agent du service RIU. Au 31 décembre 2016, les huit associations [...] ont assuré 49 demi-journées au sein de la MDPH et ont rencontré 19 personnes souhaitant des informations sur les aides possibles liées à leur handicap ou des explications par rapport au formulaire de demande MDPH.

MDPH de Haute-Savoie (74)

Une permanence est tenue par le référent scolarité (psychologue de métier) chaque mardi matin et une par l'infirmière chaque vendredi matin. Réalisé sans rendez-vous « programmé », ces permanences apportent une souplesse dans l'organisation de l'accueil approfondi. Il s'agit de décrypter des situations « au tout venant » et souvent d'accompagner, au plus tôt, les personnes et/ou les familles se déplaçant à la MDPH. Il s'agit aussi d'expliquer les décisions prises par la CDAPH et d'orienter les personnes pour leur mise en œuvre. [...]. Le retour de ces permanences est positif. Elles offrent une plus grande disponibilité aux usagers sur un temps régulier et permettent une évaluation globale des besoins et attentes. Concernant les permanences de l'infirmière, la légitimité du métier apporte un plus : les personnes parlent de prime abord de leur problème de santé (handicap, maladie...).

Accessibilité

L'amélioration de l'accessibilité de l'accueil est également une préoccupation importante des MDPH qui ont engagé des actions pour favoriser l'accueil physique des personnes et la prise en compte de tous les handicaps (psychiques et sensoriels notamment) dans la fonction d'accueil.

Ainsi, en 2016, plusieurs MDPH ont mis en œuvre des travaux de réflexion sur le réaménagement des locaux d'accueil afin de permettre par exemple un meilleur accueil des personnes en situation de handicap moteur ou de mieux identifier les zones d'accueil plus spécialisées (logos pour l'accueil des malentendants par exemple). La plupart de ces MDPH indiquent souhaiter aller au-delà des obligations réglementaires imposées aux établissements publics en termes d'accessibilité des usagers.

MDPH du Loiret (45)

La MDPH a changé de locaux en fin d'année 2016 et d'importants travaux d'amélioration du bâtiment et d'accès à ces nouveaux locaux étaient programmés sur l'année 2017 (entrée en conformité avec l'accessibilité aux personnes en situation de handicap, aménagement d'un nouvel espace d'accueil, parkings visiteurs et davantage de places de parking pour personnes handicapées, etc.). Une réflexion a été menée pour l'accès aux locaux par les transports en commun, et un nouvel arrêt de bus a pu être créé à proximité immédiate de la MDPH.

MDPH de la Manche (50)

Au-delà de ces normes légales imposées pour l'accueil des personnes en situation de handicap, le conseil départemental souhaite offrir des espaces adaptés, et une circulation aisée pour tout type de public. Chaque site a fait l'objet d'un état des lieux, identifiant les aménagements souhaités.

MDPH du Puy-de-Dôme (63)

L'inauguration des travaux de rénovation du bâtiment Vaucanson s'est déroulée le 10 mars 2016. Cette opération, conduite par le Conseil départemental, a permis d'améliorer les conditions d'accueil du public et de répondre au mieux aux besoins des différentes entités présentes sur le site. [...] Au regard du nombre de personnes accueillies sur le site par les services de la maison départementale des personnes handicapées du Puy-de-Dôme et des spécificités que leur accueil peut requérir, une attention toute particulière a été portée à l'aménagement des locaux occupés par ce service afin de proposer une accessibilité exemplaire et adaptée à tous les types de handicap, au-delà des obligations réglementaires auxquels les établissements recevant du public sont astreints.

Cet axe comprend par ailleurs l'amélioration de l'accessibilité aux handicaps sensoriels et psychiques, qui engage de nombreuses MDPH et qui revêt plusieurs formes :

- la présence de postes ou de permanences d'Interprétation en langue des signes française (ILSF), mise en œuvre dans de nombreux départements permet de favoriser l'accès aux services d'accueil des personnes présentant un handicap sensoriel. Les interventions, réalisées souvent en lien avec un partenaire, concernent les droits MDPH mais permettent également un temps d'écoute plus global des personnes sur des thématiques par exemple d'insertion sociale, de logement, familiales, etc. ;
- l'adaptation de l'information aux handicaps psychiques avec, par exemple, la traduction d'éléments d'information mis à disposition du public sur l'espace de télé service en facile à lire et à comprendre (FALC) ;
- plus rare, la labellisation de l'accueil adapté aux personnes présentant une déficience intellectuelle (par exemple via le pictogramme « symbole d'accueil, d'accompagnement et d'accessibilité » - S3A, normalisé par l'AFNOR).

MDPH du Bas-Rhin (67)

Tous les courriers destinés aux usagers ont été revus (160 modèles environ). Ils étaient complexes, peu accessibles. Un mode projet a été mis en place, avec un chef de projet à l'interne, et une modalité de groupe de travail. Les participants ont été nombreux, émanation de la CDA et de la COMEX. Ils ont fait l'objet d'une concertation riche, nourrie, attentive au lexique. Tous ont été validés dans un premier temps par les membres du groupe, puis ont été soumis à la COMEX. Ils sont

désormais plus simples, plus accessibles. Mais, c'est l'aspect Co-construction qui demeure la plus grande force de ce projet.

MDPH de Haute-Saône (70)

Le pictogramme symbole d'accueil, d'accompagnement et d'accessibilité (S3A) a été normalisé par l'AFNOR en mai 2000 pour identifier et signaler les structures et services qui leurs sont rendus accessibles. En contrepartie, la MDPH s'engage à réserver un accueil de qualité aux personnes déficientes intellectuelles, ce qui est intrinsèque aux missions d'une MDPH. Ce logo peut alors être apposé dans les guichets, lieux de passage, sur les documents.....

Missions et formation des agents d'accueil

L'évolution des missions des agents d'accueil est également un axe d'amélioration important sur lequel la majorité des MDPH ont travaillé ou engagé des réflexions. On observe ainsi une montée en compétences des agents d'accueil, avec une diversification de leurs missions et le développement de la polyvalence, par exemple sur des missions d'instruction (vérification de la complétude ou numérisation des dossiers).

Ainsi, selon les données des maquettes budgétaires des MDPH en 2016, sur les 1413 agents d'accueil des 102 MDPH, 42 % se consacrent également à des missions d'instruction, 15 % à des missions d'évaluation, et 15 % au suivi et à l'accompagnement des décisions.

Pour pallier les absences d'agents d'accueil, certaines MDPH ont mis en place des organisations visant à la diversité des tâches pour les personnes affectées à la mission d'accueil.

MDPH de l'Eure (27)

Chaque agent d'accueil s'est vu confier une nouvelle mission, permettant une diversification et une montée de leur compétence. Ils sont ainsi impliqués dans la gestion du site internet, dans la gestion des recours contentieux, du Fonds départemental de compensation, des statistiques, comme référent informatique ...

MDPH de Loire-Atlantique (44)

Création d'une unité regroupant l'accueil et le courrier, afin de permettre une meilleure gestion de ces missions et notamment une plus grande disponibilité vers le public accueilli. La diversification des tâches des agents d'accueil permet aux agents concernés de prendre davantage de recul, quant à l'implication requise pour la mission d'accueil continuité de service.

La formation spécifique des agents d'accueil est un autre axe d'amélioration qui a été développé, dans une moindre mesure, par les MDPH en 2016. Ces formations ont par exemple porté sur les modalités d'accueil, les procédures internes des MDPH ou les exigences liées à une labellisation S3A. Des outils ont également été développés à l'attention des agents (guide de bonnes pratiques, référentiel d'activité, vadémécum sur les questions récurrentes, etc.). La formation des agents d'accueil constitue l'un des critères de qualité socle du référentiel de missions et de qualité de service.

MDPH du Calvados (14)

Les demandes formulées sont de natures très diversifiées et cela requiert de la part des accueillants instructeurs de posséder à la fois des capacités dans le savoir-être et des connaissances techniques pointues. Afin d'accroître les connaissances et compétences des accueillants instructeurs, la MDPH a continué de proposer des temps de « formation/action » à tous ses accueillants instructeurs afin qu'ils puissent approfondir les techniques liées à l'accueil et acquérir ou compléter leurs

connaissances des textes et législatifs et réglementaires. [...]. En 2016, les accueillants instructeurs ont fait dans leur ensemble un effort important d'acquisition de connaissances et d'amélioration de leurs compétences, puisqu'ils ont appris à maîtriser les prestations enfants. En fin d'année, tous les secteurs traitaient des dossiers enfant et adultes.

Autres éléments d'amélioration

Enfin, des actions plus spécifiques visant l'amélioration de la qualité de service peuvent également être relevées. Elles concernent notamment la conduite de travaux partenariaux avec, par exemple, le Conseil départemental pour réduire les situations de non recours ; ou bien la mise en place d'une signature électronique pour permettre aux usagers de repartir directement avec un accusé de réception du dépôt de sa demande.

2. L'instruction des demandes

La mission d'instruction des demandes fait le lien entre les missions d'accueil, d'évaluation et d'élaboration d'une réponse et est centrale dans le processus de traitement d'une demande. De nombreuses évolutions ont été conduites par les MDPH pour optimiser le travail réalisé par les agents instructeurs comme par les équipes pluridisciplinaires.

Le rôle de l'instructeur : de l'enregistrement des formulaires de demande à la notification de décision, un lien important avec les usagers

Les instructeurs ont un rôle central dans la réception des demandes, la préparation de la notification et le suivi des demandes, et encore davantage lorsqu'ils réalisent, en polyvalence, des missions d'accueil. Au titre du suivi des dossiers, les instructeurs peuvent intervenir sur :

- l'enregistrement des formulaires de demandes et l'édition d'un accusé de réception ;
- la vérification de la recevabilité du dossier ;
- la numérisation des dossiers, le cas échéant ;
- le suivi de la complétude du dossier et la relance des usagers en cas de pièce manquante ;
- la pré-qualification du dossier et son orientation vers les professionnels d'évaluation adéquats, le cas échéant ;
- la préparation du passage du dossier devant la CDAPH ;
- l'édition des notifications et l'envoi aux usagers.

Les instructeurs sont ainsi souvent des interlocuteurs privilégiés des usagers, en dehors des contacts téléphoniques fréquemment cités par les MDPH pour assurer le suivi d'une demande.

MDPH du Maine-et-Loire (49)

Les instructeurs se chargent de : - l'enregistrement des demandes dans le logiciel SOLIS - la déclaration de complétude du dossier auprès de l'utilisateur ou de la réclamation de pièces manquantes, voire de pièces complémentaires - l'inscription des dossiers sur liste pour passage devant l'équipe pluridisciplinaire (suivant l'ordre d'arrivée, sauf exception) - la numérisation des dossiers.

Des partenariats avec la CAF sur l'arrivée à échéance des droits

L'article D. 245-35 du CASF prévoit pour la PCH qu'au moins 6 mois avant l'expiration de la période d'attribution de l'élément aide humaine (ainsi que des autres éléments lorsque ceux-ci donnent lieu à des

versements mensuels) les MDPH doivent inviter le bénéficiaire à lui adresser une demande de renouvellement et ainsi éviter une rupture de versement.

La plupart du temps, les agents instructeurs sont chargés de cet envoi. Des requêtes informatiques sont effectuées à intervalles réguliers pour identifier les usagers concernés et de nouveaux formulaires de demandes sont envoyés à ceux-ci.

De nombreuses MDPH ont également conventionné avec la CAF pour permettre le maintien du versement de l'AAH et de l'AAE le temps de l'instruction de la demande. Dans certaines situations, la CAF gère elle-même l'information des usagers sur la fin des droits.

L'information faite à la CAF de l'instruction par les MDPH d'une demande de renouvellement par la CAF est modélisée dans le processus cible du tronc commun du métier MDPH. Le flux d'échange d'échanges entre les MDPH et les CAF a été spécifié dans le référentiel fonctionnel

Il apparaît dans tronc commun du métier des MDPH que lorsque l'utilisateur demande une AAH et qu'il a déjà un droit ouvert, il est possible de le maintenir ouvert en attente de la décision de la CDAPH sur la demande de renouvellement.

Les MDPH informent ainsi les CAF des demandes exprimées d'AAH dès l'instruction du dossier pour éviter une éventuelle rupture de droits, en utilisant les services d'échange mis à disposition par la CNAF.

En l'absence de protocole formalisé avec les partenaires, des procédures de simplifications sont parfois mises en place :

MDPH de Haute-Marne (52)

Sur les modalités de gestion de fin de droits AAH et depuis l'année 2007 la MDPH accompagne les demandes de renouvellement AAH et AEEH que la CAF de la Haute-Marne signale par un courrier d'alerte directement à la MDPH. Ce courrier informant la personne en situation de handicap est repris par les personnes du pôle accueil de la MDPH et un dossier « papier » de renouvellement d'AAH ou AEEH est envoyé avec l'information des autres demandes éventuellement arrivant à échéance. Cette procédure permet l'envoi d'un formulaire 6 mois avant l'échéance des droits. Et chaque fin de mois un point est fait sur la réception ou non du dossier. Des rappels sont enclenchés si nécessaire et la non réception d'un renouvellement AAH avant la date d'échéance fait l'objet d'une information à la CAF qui peut prolonger ou bloquer les versements. Cette démarche permet de ne pas générer d'indus. Cette gestion globale du dossier permet aussi d'aligner les dates d'échéance sur une même période, et aussi d'éviter à la personne en situation de handicap de déposer une demande tous les ans.

MDPH du Territoire de Belfort (90)

PCH. Une requête BO (Business Object) sur l'outil métier Solis nous permet d'identifier et relancer les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap environ 6 mois avant la date d'échéance des droits en cours. Un courrier est alors adressé avec un formulaire de demande au bénéficiaire. AAH/AEEH. La CAF adresse régulièrement à la MDPH les courriers destinés aux bénéficiaires de l'AAH et de l'AEEH concernant les demandes de renouvellement de ces allocations (six mois avant la fin des droits). De plus, comme pour la PCH, une requête est réalisée pour identifier les usagers n'ayant pas déposé de nouvelle demande avant la date d'échéance de leur droit. Aujourd'hui chaque agent de gestion référent gère l'envoi des relances aux usagers en intégrant un formulaire de demande auprès de la MDPH. »

Des travaux pour l'amélioration de la fonction d'instruction

Un grand nombre de MDPH a engagé des réflexions pour faire **évoluer les fonctions des agents instructeurs**. A titre d'exemple, peuvent être cités :

- l'autonomisation des agents instructeurs qui effectuent un autocontrôle des notifications effectuées ;
- la polyvalence des agents sur le traitement administratif des dossiers enfants et adultes. La maison landaise des personnes handicapées (MLPH, 40) a fait le choix de segmenter les différentes tâches de l'instruction et de les attacher spécifiquement à un agent (les agents restent en capacité d'effectuer l'ensemble des tâches) ;
- la montée en compétence des agents sur des missions d'accueil (participation à l'accueil de niveau 1 et 2 selon les configurations) et sur la préparation de l'évaluation (implication plus forte dans la préparation de l'évaluation).

A noter également, l'**harmonisation des procédures d'instruction** a été mise en œuvre par quelques MDPH (par exemple par la réalisation d'un guide interne des processus métiers qui clarifie les actions à conduire selon les étapes du traitement d'une demande).

MDPH de Moselle (57)

La MDPH a travaillé à une simplification de l'ensemble des procédures en vue d'optimiser les processus, réduire le temps de travail et créer les conditions pour consolider le lien avec l'usager et les partenaires. Sur le plan méthodologique, un groupe de travail s'est réuni pour lister l'existant, repérer les actions chronophages et proposer des axes d'amélioration. Cette réflexion a débouché sur un travail d'autonomisation des agents instructeurs, notamment avec l'autocontrôle des notifications.

MDPH de l'Essonne (91)

Un guide des procédures métier a été finalisé en 2016 et permet ainsi de centraliser toutes les consignes de travail au fil de l'eau. Il s'agit d'un outil de référence aussi bien pour les nouveaux arrivants que pour les instructeurs déjà experts. Des ateliers pratiques sont également développés pour tous tout au long de l'année sur des thématiques plus complexes.

En outre, la mutualisation des instructions, si elle n'est pas étendue à la majorité des MDPH, est effective dans certaines d'entre elles. Elle peut prendre diverses formes :

- une mutualisation de l'instruction des dossiers enfants et adultes ;
- une mutualisation des dossiers des personnes handicapées et des personnes âgées, en lien avec les services du Conseil départemental.

Pour les MDPH les ayant mis en place, ces modes de configuration ont un impact positif sur l'activité car ils permettent une meilleure coordination interne et le renfort de la qualité des réponses apportées.

MDPH du Lot-et-Garonne (47)

Un travail a été mené avec la direction des personnes âgées et handicapées du Conseil départemental afin d'alléger les procédures administratives liées à l'instruction des demandes de prestation de compensation du handicap. Les demandes sont désormais déposées à la MDPH. Elles sont saisies directement et certains éléments constitutifs du dossier, notamment médicaux, sont numérisés afin de faciliter les échanges entre professionnels et gagner en réactivité sur l'évaluation.

MDPH des Deux-Sèvres (79)

Chez les adultes, nous avons engagé une mutualisation de l'instruction droits adultes et PCH adultes/enfants en intégrant 2 agents PCH à l'équipe des 5 instructeurs " adultes " (6,4 ETP) considérant que cela correspondait davantage à l'esprit de réponse globale à la personne. L'unité « adultes » a conservé la spécificité des décisions relatives à la PCH enfants (84 décisions en 2016)

dans un souci de simplification. Cette démarche a permis des temps d'échanges destinés à partager les questions/réponses entre les agents sur les droits et les modalités pratiques de travail.

Enfin, quelques MDPH ont mis en place des indicateurs spécifiques de suivi de l'activité d'instruction, à l'instar de la MDPH de Haute-Savoie, afin d'optimiser le processus de gestion des demandes, de mieux piloter l'activité et répartir la charge de travail entre agents.

Des éléments d'amélioration supplémentaires sont identifiés dans le tronc commun du métier des MDPH. Ils portent par exemple sur la vérification de la recevabilité de la demande et des pièces complémentaires et des modalités de contact avec l'usager selon les cas de figure. Ainsi par exemple, si des pièces de recevabilité sont manquantes, les MDPH demandent à l'usager les pièces manquantes avec mention d'une date limite d'envoi. En l'absence de réponse de la part de l'usager, éventuellement après relance, le dossier sera rejeté pour irrecevabilité et un accusé de réception sera envoyé (il peut être accompagné d'une demande de pièces complémentaires si la situation le nécessite).

3. Evaluation de la situation, description des besoins et préparation des plans d'aide

L'évaluation de la situation de la personne est réalisée par les équipes pluridisciplinaires. Leurs missions sont définies par l'article L146-8 et R 146-28 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Elles évaluent la situation de la personne, identifient les besoins en tenant compte de son projet de vie, élaborent les réponses aux besoins, déterminent les critères d'éligibilité (dont le taux d'incapacité le cas échéant) et proposent un plan personnalisé de compensation (PPC). L'équipe doit « éclairer » la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et motiver ses propositions : c'est une instance technique chargée de préparer les décisions de la commission. Elle présente à la CDAPH le projet de vie, la synthèse de l'évaluation, la proposition de PPC et les remarques sur ce plan.

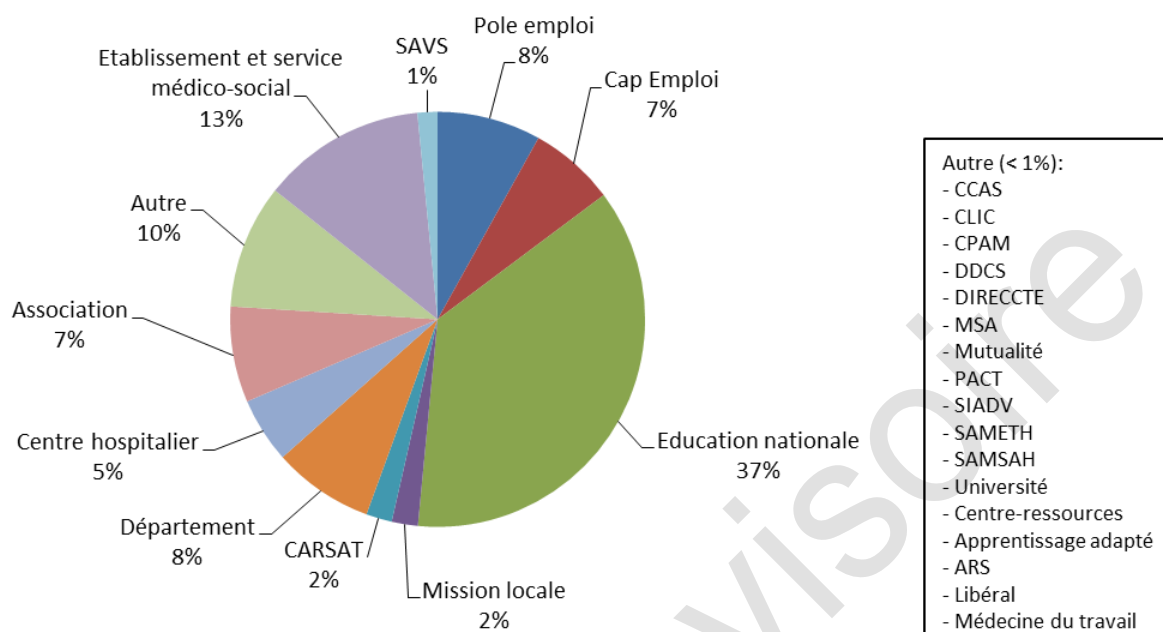
Des équipes pluridisciplinaires pour une expertise partenariale

L'organisation du processus d'évaluation des situations et d'identification des besoins est centrée sur les équipes pluridisciplinaires aux profils de professionnels variés : médecin généraliste ou spécialiste, ergothérapeute, assistante sociale, psychologue, éducateur, etc. La majorité des MDPH a fait le choix d'une organisation des équipes pluridisciplinaires :

- par dominante du projet de vie ou du parcours (scolarisation, emploi, social, médical, etc.) ;
- selon la distinction enfants/ adultes ;
- selon les prestations (orientation en ESMS, PCH, cartes, RQTH ; renouvellement d'allocations, etc.) ;
- selon la spécificité des publics (troubles du spectre de l'autisme (TSA), troubles spécifiques du langage, etc.).

Plusieurs MDPH soulignent l'importance du travail partenarial engagé sur l'évaluation, ce qui est par ailleurs confirmé par les données renseignées sur les maquettes budgétaires (résultats ci-dessous) ainsi que par les résultats d'une enquête réalisée en juin 2016 auprès des membres des équipes pluridisciplinaires citant particulièrement un travail partenarial avec les professionnels d'établissements et services médico-Sociaux, de l'Education nationale, de Cap Emploi, de Pôle emploi, des ARS et de l'Assurance maladie. Aussi, les partenariats que les membres équipes pluridisciplinaires souhaiteraient développer concernent en particulier les acteurs de la santé (les services de psychiatrie, l'assurance maladie, les ARS, etc.).

Participation des partenaires aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation en 2016 (en % du volume annuel de ½ journée de réunions)



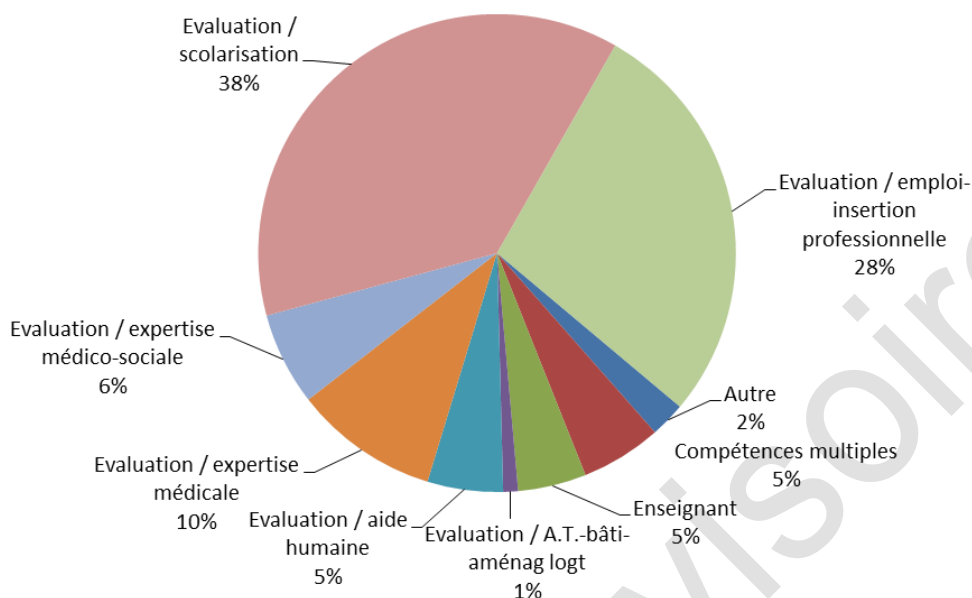
Source : CNSA, maquettes 2016 – Échantillon : 97

Clé de lecture : en 2016, l'Education nationale a participé à 37 % des réunions d'équipes pluridisciplinaires (sont comptabilisées uniquement les réunions auxquelles participent des partenaires).

Ainsi en 2016, le volume total de demi-journées de réunions auxquelles ont participé les partenaires est de 54 209, chiffre stable par rapport à 2015 (+ 0,25 %).

En moyenne, par MDPH, près de **8 partenaires différents** participent aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation des MDPH. Une convention existe dans 47 % des cas.

Expertises/compétences recherchées chez les partenaires participant aux réunions des équipes pluridisciplinaires en 2016
(en % du volume de 1/2 journées annuelles)



Source : CNSA, maquettes 2016 – Échantillon : 97 MDPH

Clé de lecture : 28 % du volume de réunion d'équipes pluridisciplinaires (nombre de réunions * nombre de partenaires) auxquelles participent des partenaires concerne l'emploi/insertion professionnelle

Les expertises principalement recherchées chez les partenaires participants aux réunions des équipes pluridisciplinaires d'évaluation concernent l'emploi et l'insertion professionnelle.

En complément, plus d'éléments sur les relations entre les professionnels des MDPH et les partenaires sur les volets scolarisation et emploi-insertion professionnelle sont présents respectivement dans les [parties 5.1](#) « Scolarité : les MDPH travaillent avec leurs partenaires pour renforcer l'inclusion scolaire » (page 110) et [5.2](#) « Favoriser l'insertion professionnelle : un objectif partagé entre les MDPH et ses partenaires » (page 120) .

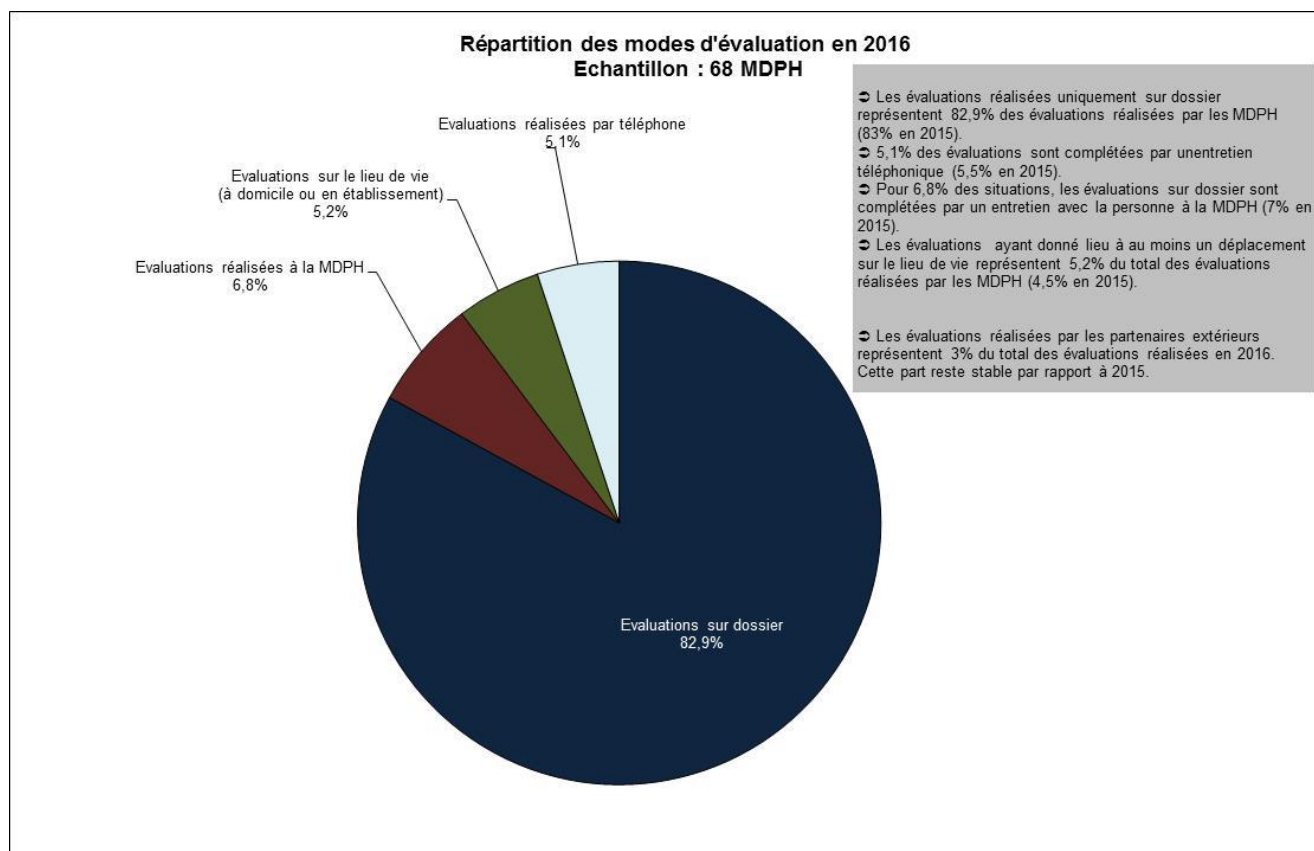
MDPH de l'Aisne (02)

Afin d'optimiser la gestion des dossiers, des points hebdomadaires sont organisés entre un représentant de l'Education nationale et l'adjoint au chef de pôle. Dans un même ordre d'idée, des réunions trimestrielles avec les équipes de la CAF sont organisées par le pôle accès aux droits. Elles ont repris en fin d'année et montrent toute leur pertinence. Ce type d'échanges réguliers participe d'une collaboration efficace, d'une fluidité des relations et contribue à la qualité du travail et au suivi de l'avancement de certains dossiers grâce à une anticipation et un accompagnement constant. [...] Les conventions avec les partenaires ont toutes été renouvelées, leur implication aux travaux de l'équipe est importante, en témoigne notamment leur assiduité. De nombreux professionnels sont accueillis également en qualité d'observateurs à l'occasion des réunions de l'équipe pluridisciplinaire. L'impact est réel tant sur les écrits professionnels transmis à la MDPH, que pour la compréhension des missions de l'équipe.

MDPH de la Somme (80)

Une [équipe pluridisciplinaire] se réunit une fois par mois à raison d'une demi-journée pour étudier les situations d'enfants présentant des troubles spécifiques du langage (sans bilan récent et complet du CRTLA). Elle est composée de l'enseignant référent CRTLA/IA, du médecin du pôle enfants, des correspondants de scolarisation, d'un ergothérapeute. Le référent AEEH peut être sollicité et présent s'il y a des demandes conjointes sur ce sujet.

Une prépondérance de l'analyse sur dossier



Source : CNSA, échanges annuels 2016

Comme les années précédentes, en 2016 la grande majorité des évaluations se fait sur dossier, les MDPH n'effectuant des évaluations téléphoniques ou physiques que pour les situations les plus complexes. Dans un contexte de demandes croissantes, les visites à domicile concernent des situations spécifiques, principalement liées à des demandes de PCH (et/ou d'APA pour les configurations en MDA)

Selon les MDPH, les configurations des équipes qui réalisent les évaluations à domicile peuvent varier : équipe pluridisciplinaire « généraliste », équipe pluridisciplinaire « dédiée », recours par conventionnement à l'expertise d'ergothérapeutes exerçant en libéral ou d'autres professionnels, voire conventionnements avec des dispositifs territoriaux (par exemple le dispositif EScavie en Ile de France où la CRAM met à disposition des MDPH de la région un service sur les aides techniques).

MDPH de Charente (16)

Compte tenu d'une charge de travail importante et en augmentation (+12 % en 2016), les visites à domicile sont essentiellement réservées aux premières demandes et aux situations complexes et /ou très évolutives

MDPH des Hauts-de-Seine (92)

EScavie (Espace conseil pour l'autonomie en milieu ordinaire de vie) est un service de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France qui met à disposition de la MDPH 92. Expert en matière d'aides techniques, il adresse à la MDPH des argumentaires techniques établis par des ergothérapeutes. Ce partenariat permet de faciliter l'évaluation de demandes de compensation notamment pour les aides techniques, d'aménagements du logement, d'aménagement de postes de travail ou d'aménagement du véhicule. Ce partenariat permet également de réduire les délais de traitement des demandes de PCH tout en garantissant à l'utilisateur une évaluation de qualité

Des circuits d'évaluation repensés

De nombreuses MDPH ont réorganisé le fonctionnement du processus d'évaluation par la mise en place :

- de « **pré-tri** » ou « **pré-qualification** » du dossier par dominante pour l'orienter vers le circuit de traitement le plus adapté ;
- l'adaptation du processus d'instruction et/ou d'évaluation avec la **création de circuits courts et/ou de circuits gradués** sur plusieurs niveaux pour orienter sur la base de critères objectifs les situations en fonction de leur complexité perçue.

Ces constats peuvent toutefois être nuancés du fait de la grande hétérogénéité des pratiques constatée sur les territoires.

Ce fonctionnement répond aux recommandations du tronc commun du métier des MDPH, qui préconisent la pré-qualification du dossier par dominante après son enregistrement et la mise en place d'une évaluation à plusieurs niveaux selon la cohérence, la qualité, la disponibilité, la pertinence des données transmises, la difficulté à évaluer/ à identifier les besoins et à élaborer les réponses.

Une étape de pré-qualification des dossiers généralisée à la quasi-totalité des MDPH

La « pré-qualification » des dossiers (également qualifiée selon les configurations de « pré-tri » de « pré-évaluation » ou de « pré-instruction ») consiste à pré-qualifier un dossier selon la dominante de la demande (par exemple vie scolaire/vie professionnelle/vie quotidienne). Elle est réalisée, selon les MDPH, à différentes étapes du processus de traitement de la demande (dès le dépôt de la demande, avant ou après la vérification de la recevabilité de la demande, au début du processus d'évaluation, etc.).

Cette étape est formalisée de manière différente selon les configurations. Si elle prend souvent la forme d'une analyse par une équipe dédiée, réunie en format restreint par rapport aux équipes d'évaluation, sa composition est variable selon les situations : binôme cadre de santé ou médecin/ travailleur social dans la plupart des situations, équipes pluridisciplinaires restreintes dans d'autres. Dans certaines MDPH, les agents instructeurs sont associés à la pré-qualification des dossiers.

L'étape de pré-qualification des dossiers peut également se confondre dans plusieurs situations avec la mise en place d'un circuit court de traitement, où les demandes sont traitées par l'équipe pluridisciplinaire qui peut alors faire des propositions dès cette étape.

Dans certaines MDPH, la pré-qualification des demandes est réservée à certains types de prestations (demande de PCH par exemple). Dans plusieurs situations, on peut observer une extension progressive de l'action (expérimentation par exemple sur les demandes enfants avant application aux demandes adultes).

MDPH de l'Ariège (09)

Souhaitant répondre aux personnes dans un délai réduit, l'équipe de la MDPSH met en place des moyens plus adaptés : les instances de « pré-orientation » qui réunissent un petit nombre personnes de « l'équipe pluridisciplinaire » se sont multipliées. Elles permettent de déterminer, dès le dépôt d'une demande, si l'évaluation plurielle est nécessaire. Dans le cas contraire, le plan personnalisé de compensation est préparé puis soumis à la CDAPH. Cet ajustement des procédures a permis d'améliorer les délais de traitement de manière significative. En effet, ils ont été réduits pour tous les dossiers passant de 6,5 mois en 2013 à 4,3 mois pour les dossiers adultes et 3,9 mois pour les dossiers enfants en 2016.

MDPH de Haute-Loire (43)

Les dossiers sont classés par type de demandes déposées. En fonction de ces dernières la proposition qui sera présentée à la CDAPH sera préparée par l'équipe compétente.

MDPH de la Nièvre (58)

Pour une approche plus globale des besoins de la personne et une recherche de plus de coordination et de cohérence dans l'élaboration du parcours : mises en place en 2014 et renforcées en 2015 puis en 2016, les cellules d'expertises (1 médecin, 1 référent insertion professionnelle et/ou 1 TMS) sont des espaces d'évaluation, d'aiguillage (bon circuit de traitement au regard de la spécificité des situations) et d'élaboration d'une réponse à l'utilisateur pour proposition d'un plan à la CDAPH.

MDPH de Guadeloupe (971)

La nouvelle organisation mise en place en février 2014, se poursuit afin de pouvoir effectuer un premier tri des dossiers par les gestionnaires et les répartir par catégorie : enfants, adultes premières demandes, adultes renouvellements, dans le but de me faciliter la tâche et donc de gagner du temps lors de l'orientation dans les différentes équipes. Cette tâche, délicate, demande forcément beaucoup de temps car, il faut toujours effectuer des vérifications (présence de formulaires, de certificats correspondant à la demande, déjà traité,)....Dispatcher tous ces dossiers dans les différentes équipes demande une attention soutenue afin d'orienter correctement vers l'[équipe pluridisciplinaire d'évaluation] la plus apte à évaluer la situation.

Des circuits d'évaluation gradués pour adapter les réponses aux besoins des usagers tout en améliorant les délais

De manière complémentaire à la mise en œuvre de l'étape de pré-qualification des demandes, la majorité des MDPH a mis en place des circuits d'évaluations distincts selon la dominante de la demande et la complexité de la situation.

Dans la plupart des MDPH ont ainsi été mis en place des **circuits « courts » ou « simplifiés »** ayant pour objectif de traiter les demandes les moins complexes, à savoir les demandes ne nécessitant pas une équipe pluridisciplinaire complète pour aboutir à une proposition (renouvellements par exemple). Les équipes d'évaluation prennent alors la forme d'équipes pluridisciplinaires restreintes. Dans cette configuration, à ce premier niveau d'évaluation s'ajoute un deuxième niveau où sont évaluées les demandes qui nécessitent par exemple des pièces complémentaires, l'organisation d'une visite à domicile, une nouvelle prise de contact avec le demandeur.

Par ailleurs, lorsque des **situations d'urgence** sont repérées ou portées à la connaissance des MDPH, des circuits de traitement spécifiques sont mis en place pour s'assurer de son analyse dans les délais les plus rapides possible (par exemple, mobilisation des partenaires sous 48h pour apporter une réponse fine).

A noter également, quelques MDPH ont mis en place une **évaluation graduée selon trois niveaux d'intervention**. Ce type d'organisation comprend un troisième niveau d'évaluation dédié aux situations les plus complexes et/ou nécessitant un niveau d'expertise plus important.

Ce fonctionnement est une pratique recommandée dans le cadre du tronc commun du métier des MDPH.

Les retours d'expérience sur la mise en place de pré-qualification des dossiers, en lien avec la mise en place de circuits d'évaluation gradués, sont positifs pour les MDPH qui évoquent :

- une rationalisation des processus d'évaluation qui permettrait d'accélérer le traitement des demandes ;
- un meilleur repérage des situations complexes/d'urgence et une évaluation plus approfondie des situations plus complexes/ un traitement plus rapide des situations d'urgence ;

- une meilleure répartition de la charge de travail entre professionnels.

MDPH de Haute-Garonne (31)

Conformément aux consignes de la CNSA, l'évaluation est organisée par type de demande dominante qui permet l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire la plus adaptée à la situation de la personne, et ce, tout en sollicitant le plus rapidement possible les pièces complémentaires pour une évaluation précise de la situation de handicap. L'équipe pluridisciplinaire se réunit, sous différentes composantes de professionnels selon les situations et les demandes, dans une logique d'évaluation globale de la situation : Les dossiers des personnes sont étudiés en fonction d'une classification par demande dominante : vie quotidienne, vie scolaire, vie professionnelle. En fonction des besoins des personnes, trois modalités d'intervention sont organisées : « 1er niveau : étudie toutes les demandes. Si la situation requiert une expertise spécifique, le dossier est présenté vers une composante de deuxième niveau, », « 2ème niveau : intervient pour les situations complexes et les besoins d'expertise spécialisée, » « 3ème niveau : pour les situations critiques qui nécessitent un maillage étroit avec divers partenaires et la formalisation de plans d'accompagnement globaux.

MDPH des Vosges (88)

Pour une qualité de service rendu à l'usager des plus efficaces, l'évaluation des demandes se doit d'être adaptée à la complexité des situations. A ce titre, elle est donc organisée sur deux niveaux (voir schéma ci-dessus) :

- L'[équipe pluridisciplinaire d'évaluation] de 1er niveau, (cellule de pré-orientation)
- L'[équipe pluridisciplinaire d'évaluation] de 2ème niveau avec des professionnels à compétence ciblée par rapport au domaine concerné :
 - PCH, scolarisation, orientation, insertion professionnelle, SAVS, cellule à compétence handicap psychique (cette cellule permet d'étudier l'accès à des prestations pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ; elle réunit des acteurs évoluant dans le champ de la santé mentale, les représentants de l'UNAFAM y sont associés),
 - pour les situations présentant un caractère d'urgence, sont mobilisés sous 48 heures les partenaires concernés afin de parvenir à une analyse partagée de la situation et à l'élaboration d'une stratégie globale et coordonnée d'intervention.

Des équipes d'évaluation dédiées à la période charnière des 16-25 ans organisées selon une logique de parcours

Certaines périodes charnières ou publics font l'objet d'une attention spécifique de la part des MDPH, dont la grande majorité a mis en place un processus d'évaluation spécifique pour les situations liées à la transition adolescence-âge adulte. Plusieurs MDPH notent que les publics les plus concernés par cette organisation sont les jeunes présentant des déficiences intellectuelles ou vivant avec des troubles d'origine psychique, les jeunes en situation de rupture, et notamment des jeunes suivis par l'ASE.

Plusieurs objectifs liés à la constitution de processus dédiés à ces publics ont été identifiés par les MDPH dans leur rapport d'activité :

- éviter les situations de rupture de parcours lors de transitions entre dispositifs enfants et adultes (par exemple lors de transitions entre établissements et services médicaux sociaux ou entre établissements et services médico sociaux et dispositifs d'insertion professionnelle, etc.) ;
- améliorer les transitions vers les dispositifs d'insertion scolaire et professionnelle ;
- améliorer l'information apportée aux publics sur les prestations possibles, en lien avec les partenaires ;

- coordonner l'action des différents partenaires pour apporter des réponses adaptées et individualisées, y compris pour les situations les plus complexes.

Dans la majorité des cas, les organisations créées, avec une définition des périmètres d'âge variables selon les configurations (15-25 ans, 16-24 ans, etc.), sont constituées d'une équipe pluridisciplinaire dédiée. Certaines MDPH ont également fait le choix de créer la fonction de référent parcours 16-25 ans, qui participe à l'évaluation des situations de ces publics ou alors de fonctionner en pré-commission d'évaluation.

Les rapports d'activités des MDPH pour l'exercice 2016 font état d'une montée en charge de ces processus d'évaluation avec des bénéfices perçus à plusieurs niveaux :

- une bonne inscription dans le fonctionnement de la MDPH ainsi que pour les partenaires extérieurs impliqués dans l'évaluation ;
- un impact positif pour le décloisonnement des secteurs enfants et adultes, une logique de parcours qui amène à mieux intégrer les problématiques spécifiques à l'insertion professionnelle et scolaire, à assurer une meilleure continuité dans le parcours des jeunes. Le travail engagé avec les différents partenaires (ESMS, missions locales, services d'insertion professionnelles, directions enfance et familles du département, ...) est ainsi considéré comme clé pour la réussite de ces équipes pluridisciplinaires ;
- une montée en compétence sur la compréhension des situations complexes.

MDPH du Haut-Rhin (68)

En fonctionnement depuis avril 2013, la pré-commission 16-25 ans est désormais bien ancrée dans les fonctionnements de la MDPH. Ce dispositif répond aux objectifs d'accompagnement particulier de jeunes en rupture de parcours (sortis de dispositifs IMPro, ULIS Pro ou déscolarisés du milieu ordinaire) ou à un objectif de renforcement de l'accompagnement à la période charnière de passage entre les dispositifs enfants et adultes. On constate un fort besoin de coordination des partenaires sur ces situations. Ce dispositif rencontre un grand succès et est en augmentation constante. [...] 71 % des situations rencontrées concernent des jeunes avec une déficience intellectuelle ou psychique. Ce sont sur ces situations qu'il y a le plus de besoins de coordination. Le problème de l'errance et de la marginalisation d'une partie de ce public reste une préoccupation majeure pour les différents intervenants du dispositif. Le bon fonctionnement du dispositif réside sur les maillages construits avec les partenaires. Il reste nécessaire de poursuivre le développement du réseau partenarial, indispensable au suivi et à la réussite des parcours des jeunes. Les échanges avec et entre les partenaires à l'occasion des sections thématiques ont permis : de créer une continuité dans les suivis des parcours des jeunes, d'accompagner ces jeunes et d'aboutir à la construction de solutions individualisées.

MDPH de la Vienne (86)

La transition entre les dispositifs jeunes et adultes est un enjeu en termes de continuité de prise en charge médico-sociale mais aussi de perspective d'insertion sociale et professionnelle. Il est notamment possible d'observer des cas d'évolutions favorables pour des jeunes déficients intellectuels qui sortent des dispositifs. Toutefois, on note également des cas de ruptures dans les parcours particulièrement dommageables après l'investissement scolaire et éducatif assuré dans le cadre des dispositifs pour jeunes.

Une appropriation renforcé des outils pour l'évaluation et l'élaboration de réponses

La grande majorité des MDPH indiquent, dans les rapports d'activité, s'appuyer sur des outils pour l'évaluation et l'élaboration de réponses de natures différentes, qui peuvent être des outils développés en interne ou des outils proposés par les partenaires nationaux (DGCS, DGESCO par exemple).

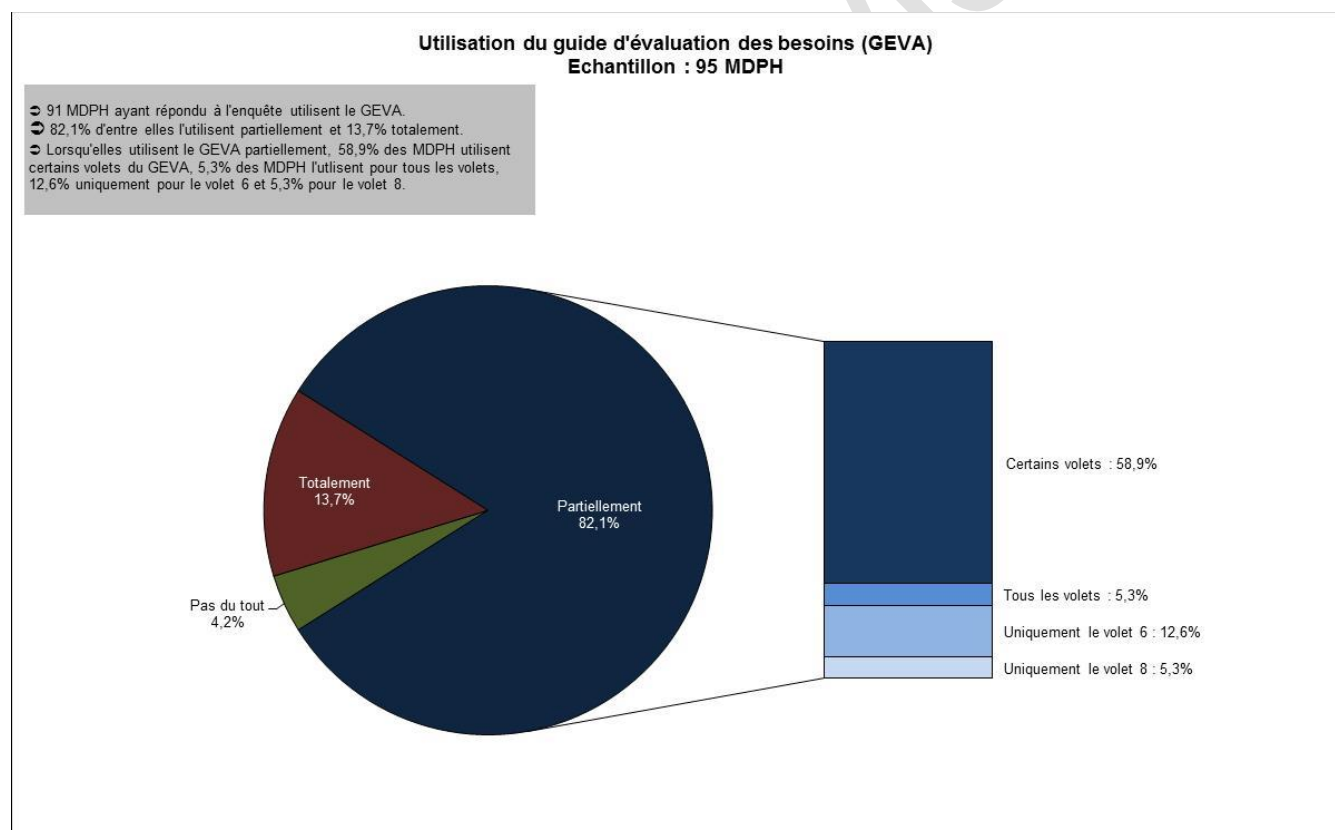
Sont ainsi cités, à titre d'exemples :

- les outils réglementaires pour l'évaluation (le GEVA le GEVA Sco, le guide barème de cotation du taux d'incapacité)
- les outils visant à améliorer les pratiques professionnelles sur une problématique donnée : le guide tarification des aides techniques ; les guides d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins de personnes présentant des troubles spécifiques (troubles du spectre de l'autisme, troubles Dys, épilepsie¹¹) ;
- les arbres décisionnels (restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi par exemple).

Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA), qui constitue la référence réglementaire d'évaluation depuis le décret du 6 février 2008 et l'arrêté publié le 6 mai 2008, est utilisé par la quasi-totalité de l'échantillon de quatre-vingt-onze MDPH répondantes : **13,7 % l'utilisent totalement et 82 % le font partiellement**. On note que **la part des MDPH utilisant totalement le GEVA est passée entre 2015 et 2016 de 9 % à 13,7 %**.

58,9 % des MDPH utilisent certains volets ; 12,6 % utilisent uniquement le volet 6 ; 5,3 % utilisent tous les volets, mais pour certaines demandes seulement ; et enfin 5,3 % des MDPH utilisent seulement le volet 8.

Les demandes concernant la scolarisation mobilisent le GEVA-Sco, notamment le « GEVA-Sco réexamen » qui est obligatoire (cf. focus ci-après).



¹¹ « Troubles du spectre de l'autisme. Guide d'appui » (Avril 2016), « Troubles Dys. Guide d'appui pour l'élaboration des réponses aux besoins des personnes » (Avril, 2016) ; « Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées » (Juin 2013).
D'autres guides « Dossiers techniques » sont parus en 2017 et sont disponibles sur le site de la CNSA / Rubrique Documentation / Publications CNSA / Les Dossiers techniques : <http://www.cnsa.fr/documentation/publications-de-la-cnsa/les-dossiers-techniques>

Source : CNSA, échanges annuels 2016

Un grand nombre de MDPH a également développé en propre et/ou avec les partenaires de l'évaluation (PMI par exemple) des versions dites « GEVA-compatibles¹² », tel que recommandé par la CNSA.

Le futur système d'information harmonisé des MDPH comprendra un outil de soutien à l'évaluation, expérimenté dans le cadre du programme IMPACT, basé sur le GEVA et alimenté d'autres nomenclatures (CIF en particulier) pour décrire les besoins, pathologies et déficiences des usagers. L'outil constituera une porte d'entrée au GEVA dans une logique de « dépliabilité » (ou de progression). Basé, comme les nomenclatures SERAFIN, sur la CIF, il sera compatible avec celles-ci.

En sus des outils proposés par la CNSA à l'ensemble du réseau des MDPH, plusieurs MDPH ont développé (en propre ou dans le cadre de partenariats comprenant la CNSA) des outils spécifiques pour compléter et/ou affiner l'évaluation. Parmi ces outils peuvent être cités à titre d'exemple :

- les questionnaires d'évaluation des besoins de compensation des situations de handicap psychique développés par l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) avec la MDPH des Yvelines et les services de psychiatrie de ce département et proposés à d'autres territoires ;
- des procédures d'évaluation thématique et des fiches de synthèse pour harmoniser les évaluations.

Enfin, plusieurs évolutions concernant le développement d'outils d'évaluation et leur application peuvent être identifiées dans les rapports d'activités des MDPH. Ils concernent par exemple :

- la question de **l'harmonisation des pratiques d'évaluation dans les configurations en MDA ou lorsque des rapprochements sont effectués avec les équipes médico-sociales APA du Conseil départemental sur l'évaluation.**
- la dématérialisation croissante du GEVA *via* la GED. Pour les MDPH ayant mis en place ce fonctionnement, le GEVA dématérialisé peut ainsi être transmis plus facilement aux partenaires externes de l'évaluation et ainsi faciliter les échanges.

MDPH de la Creuse (23)

Le GEVA et le GEVAsco servent d'outil de recueil des éléments (exception pour les renouvellements de l'ACTP, c'est la grille AGIR qui est utilisée). Le GEVA a été adapté et/ou développé en fonction du type de demande (ex : environnement social, ESMS, psychiatrie adulte, professionnel etc.). Ces outils d'échange « geva compatibles » ont été validés et sont très régulièrement utilisés par les partenaires.

MDPH de la Seine-Maritime (76)

Des outils et supports d'évaluation communs sont utilisés, de préférence les référentiels nationaux (guide barème, arbre de décision pour l'éligibilité à l'allocation aux adultes handicapés, guide d'évaluation multidimensionnel : GEVA, GEVA Sco...). Des référentiels internes sont également utilisés comme l'outil d'aide à la détermination des besoins en aide humaine, au titre de la prestation de compensation du handicap, le référentiel d'évaluation des jeunes âgés de 18 à 20 ans ou

¹² La démarche de GEVA-compatibilité traduit la volonté des acteurs de se coordonner et de partager les informations nécessaires et attendues par les équipes des MDPH, relatives à la situation de handicap d'une personne. Il est question de rendre les informations transmises compatibles avec les concepts et le vocabulaire du GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées), référentiel réglementaire pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH, qui se base sur la définition de handicap issue de la loi du 11 février 2005 et inspirée de la CIF. Les outils dits GEVA-compatibles sont donc les outils favorisant ces échanges d'informations, compatibles avec le vocabulaire et les nomenclatures du GEVA (voir le mémo et le cahier pédagogique sur le GEVA).

relevant de l'amendement Creton, baptisé GEVA 18-20 + . , la grille de recueil d'informations sur les capacités et difficultés des personnes handicapées psychiques dans les actes de la vie courante.

Focus : l'utilisation du GEVA-Sco se généralise pour sa première année complète de fonctionnement

Conçu par la CNSA, le ministère de l'Education nationale, des associations de parents et des MDPH, le GEVA-Sco est un outil réglementaire depuis février 2015. Il est renseigné par l'équipe éducative (EE) pour une première demande et par l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS) pour un réexamen associant la famille¹³. Véritable outil de dialogue entre les différents acteurs concernés par la situation d'un élève handicapé, il s'inscrit dans une démarche d'harmonisation des procédures d'évaluation des situations dans le champ de la scolarité.

Après une année de fonctionnement, un nombre important de MDPH indique dans les rapports d'activité avoir généralisé l'utilisation du GEVA-Sco à toutes les demandes relatives à la scolarisation. Les différents partenaires s'approprient petit à petit l'outil (établissements scolaires, orthophonistes, etc.).

Des premiers retours d'expérience peuvent ainsi être effectués. Pour les MDPH ayant généralisé l'utilisation de l'outil, si des temps d'adaptation ont été nécessaires et des évolutions envisagées, le déploiement est de manière générale perçu de manière positive. L'utilisation du GEVA-Sco permettrait ainsi :

- un renseignement plus complet de la situation du jeune, en lien avec les partenaires ;
- une harmonisation de la lecture de la situation.

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

L'ensemble des acteurs de l'accompagnement du parcours de scolarisation des enfants en situation de handicap des Alpes de Haute-Provence utilise désormais la grille GEVASCO, ce qui permet une équité de traitement et une connaissance approfondie des besoins des jeunes.

MDPH de Haute-Saône (70)

L'utilisation du GEVASCO a été systématisée à la rentrée scolaire 2015, 2016 est donc la première année de fonctionnement pleine avec cet outil. Si son usage a nécessité une phase d'adaptation, les équipes se sont désormais bien appropriées l'outil et reconnaissent notamment qu'il permet une lecture harmonisée des situations des enfants. Restent que des améliorations ergonomiques pourraient encore en améliorer la pratique, notamment au niveau de la taille des caractères.

Une formalisation de plans personnalisés de compensation non systématique

Les équipes d'évaluation des MDPH doivent élaborer pour chaque usager un plan personnalisé de compensation (PPC) rassemblant les réponses proposées à ses demandes et besoins, dans une approche globale. Le PPC doit être transmis pour avis à la personne ou à son représentant légal qui a la possibilité de formuler ses observations. Le plan est ensuite soumis à la CDAPH pour décision.

Selon la situation de la personne, le PPC peut comporter :

- un volet consacré à l'emploi et à la formation professionnelle ;
- pour les enfants, de manière obligatoire, un projet personnalisé de scolarisation (PPS) ;
- le cas échéant, avec la mise en place du dispositif Réponse accompagnée pour tous le plan d'accompagnement global (PAG).

¹³ Le manuel d'utilisation du GEVA-SCO est disponible sur le site de la CNSA : <http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-geva-sco-web.pdf>

Plus d'éléments sur l'élaboration du plan d'accompagnement global dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche réponse accompagnée pour tous sont détaillés dans la [partie 6.4](#) « Une Réponse accompagnée pour tous : une transformation durable de l'accompagnement de la perte d'autonomie liée au handicap » (page 153).

Cette année encore, peu de MDPH indiquent élaborer et formaliser le PPC de manière systématique dans leur rapport d'activité. Dans la plupart des situations, les MDPH priorisent la réalisation des PPC, notamment pour les dossiers comportant une demande de PCH, les enfants, les situations complexes, les primo-demandes ou encore les litiges (conciliation, médiation, recours).

Les MDPH expriment une difficulté à produire le document par manque de temps et la crainte d'allonger les délais de traitement. L'absence de saisie et d'édition informatisée du document semble également un frein (cf. partie 5.2 « Mise en place et suivi des systèmes d'information »). Pour pallier ces difficultés, certaines MDPH ont entrepris des travaux de simplification des PPC.

MDPH de Seine-et-Marne (77)

La réalisation d'un grand nombre de plans personnalisés de compensation (PPC) : La MDPH de Seine et Marne adresse des PPC pour toute demande de PCH et les droits d'option ACTP/PCH et/ou AEEH compléments/PCH, mais aussi pour les orientations professionnelles, en dehors des renouvellements de droits à l'identique, ou des accords sur l'ensemble des demandes, ou bien lorsque l'application des critères légaux est incontestable (ex. un refus de CPR pour une personne en ESAT).

MDPH de Guyane (973)

Les réponses aux besoins des usagers sont formalisées dans un plan personnalisé de compensation pour les usagers éligibles à la PCH ou plus rarement pour les propositions complexes. Depuis la création de la MDPH en 2006, les moyens humains et matériels ont manqué pour ouvrir la formalisation des PPC à toutes les demandes de compensation.

Focus : des évolutions importantes pour le projet personnalisé de scolarisation (PPS)

La loi du 11 février 2005 fixe pour objectif de « proposer à chaque enfant ou adolescent handicapé, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire ». Les MDPH, en lien avec leurs partenaires et les familles, doivent répondre à cet objectif. La famille d'un enfant répondant à la définition du handicap peut ainsi saisir les MDPH pour l'élaboration d'un PPS. A partir de cette demande, les équipes pluridisciplinaires des MDPH procèdent à l'évaluation de la demande et élaborent le PPS. Le PPS, une fois envoyé à la famille pour avis et soumis à la décision de la CDAPH pourra être révisé à tout moment. Comme pour le PPC dont le PPS est une composante, force est de constater que toutes les MDPH n'ont pas systématisé son élaboration pour les demandes concernant les besoins de scolarisation des enfants.

Plusieurs évolutions réglementaires ont marqué les pratiques des MDPH en la matière :

- le décret du 11 décembre 2014 est venu préciser le contenu du PPS, le rôle de l'équipe pluridisciplinaire, de l'équipe de suivi de scolarisation et de la CDAPH pour permettre l'harmonisation de la forme, du contenu et les modalités d'application du PPS ;

- en 2016, une nouvelle circulaire consacrée à la scolarisation des élèves handicapés a été publiée au *Journal officiel*¹⁴. Elle remplace la circulaire de 2006 relative à la mise en œuvre et au suivi du projet personnalisé de scolarisation (PPS). La circulaire rappelle qu'il existe des réponses différenciées pour une école inclusive et précise celles qui nécessitent de recourir aux MDPH. Les modalités d'instruction des demandes au sein des MDPH sont également rappelées, depuis l'utilisation du GEVA-Sco jusqu'à la mise en œuvre du PPS, pour laquelle plusieurs nouveaux outils sont annexés à la circulaire. Ces documents de mise en œuvre du PPS doivent permettre à l'équipe éducative de préciser les adaptations proposées à l'élève suite à l'élaboration du PPS.

A la suite de la mise en œuvre de ces textes, plusieurs MDPH font le constat d'une augmentation du nombre de PPS élaborés en 2016 mais également des évolutions dans la structuration des processus d'élaboration, de suivi et de mise en œuvre des projets. A titre d'exemples, on peut noter :

- l'élargissement des critères de priorisation ; dans certaines MDPH, les PPS ne sont plus uniquement élaborés sur demande des parents et systématisés dans certaines configurations ; les critères ont été étendu progressivement, par exemple aux primo demandes ; certaines MDPH testent l'élaboration du PPS sur des publics cibles avant d'envisager l'extension à l'ensemble des demandes enfants ;
- des réorganisations administratives et des équipes pluridisciplinaires pour aller vers la systématisation de l'envoi des PPS ;
- l'organisation de modalités de révision des projets (organisation par exemple de réunions de suivi annuelles).

MDPH de Gironde (33)

A noter l'implication forte des équipes d'évaluation et de l'enseignante spécialisée mise à disposition par l'Education nationale pour rédiger de façon quantitative et qualitative des PPS (projet personnalisé de scolarisation) tout au long de l'année 2016, dans la possibilité de leurs moyens, notamment en terme de personnel enseignant, seul professionnel étant en capacité de remplir les objectifs pédagogiques du PPS.

MDPH de l'Hérault (34)

Le nombre de PPS est en augmentation de 33 % cette année. En attendant l'informatisation et les moyens humains nécessaires à sa rédaction et à la saisie, nous poursuivons notre organisation mise en place en lien avec l'Education nationale c'est à dire : l'enseignant référent fait une proposition de PPS à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Des difficultés récurrentes dans la conduite de l'évaluation des situations

Si les MDPH s'attachent à assurer une évaluation de qualité, nombre d'entre elles soulignent dans leur rapport d'activité les difficultés perçues pour la réalisation de leur mission du fait de :

- la carence de médecins et les difficultés de recrutement. Les MDPH dont les équipes pluridisciplinaires fonctionnent sans médecin rencontrent des difficultés pour élaborer des réponses. Plusieurs MDPH indiquent mobiliser des compétences infirmières à défaut de pouvoir disposer de compétences médicales ;

¹⁴ circulaire n° 2016-117 du 8-8-2016

- le manque d'ergothérapeutes qui complexifie la réalisation d'évaluations à domicile dans le cadre de la PCH. Plusieurs MDPH indiquent ainsi conventionner avec des professionnels exerçant en libéral ou en structure pour pallier ce manque mais, dans certains territoires, un déficit en ergothérapeutes freine ces réalisations ;
- la mobilisation parfois compliquées des expertises des psychologues scolaires.

Plus d'éléments sur les difficultés spécifiques rencontrées sur l'évaluation des demandes relatives à la scolarisation sont présents dans la [partie 5.1](#) « L'évaluation des situations et l'élaboration de propositions dans le champ scolaire repose sur un important travail de coopération entre partenaires » (page 112).

MDPH des Hautes-Alpes (05)

La MDPH ne compte pas d'ergothérapeute dans son effectif, ni le Département. Par conséquent, la MDPH a conclu une convention avec quatre ergothérapeutes libéraux en vue de réaliser les évaluations relatives aux aides techniques et aux aménagements du logement.

MDPH de l'Ardèche (07)

Depuis 2012, la MDPH de l'Ardèche a dû faire face à une pénurie des compétences médicales et à l'arrivée de nouvelles compétences dans les équipes d'évaluation, nécessitant de revoir l'organisation des équipes. Nous avons donc mis en place en 2014-2015 une organisation en pôle d'évaluation, autour de 3 pôles pour les mesures adultes: pôle médical, professionnel et social et 1 pôle enfant.

MDPH de Guyane (973)

Durant l'exercice 2016, l'[équipe pluridisciplinaire], en charge d'évaluer les besoins de compensation des personnes handicapées et d'émettre un avis sur leurs demandes, a dû, une nouvelle fois, absorber l'augmentation de l'activité et fonctionner sans médecin. Pour l'année 2016, on compte 633 dossiers de moins que l'exercice de 2015. Cette diminution est la conséquence de l'absence de médecin (départ en juin 2016). Ainsi, l'[équipe pluridisciplinaire d'évaluation] a dû revoir son organisation, vérifier la validité des propositions émises et réfléchir aux limites à ne pas franchir. Ainsi, les dossiers qui étaient précédemment évalués uniquement par le médecin (les cartes de priorité et d'invalidité, les renouvellements de la RQTH) sont depuis juin 2016 triés quand c'est possible par la Coordinatrice et étudiés ensuite en [équipe pluridisciplinaire] (les dossiers d'AAH première demande, renouvellement d'AAH pour les situations complexes ou qui tendent à évoluer et de PCH). L'évaluation est donc plus complexe sans l'avis médical et de fait plus lente

De nombreux travaux engagés en 2016 pour répondre aux enjeux concomitants d'amélioration des délais et de qualité de traitement des demandes

Evaluation globale de la situation

Plusieurs MDPH ont fait évoluer l'organisation de l'évaluation afin de tendre vers l'évaluation globale de la situation de la personne, tel que recommandé par le référentiel de missions et de qualité de service, anticipant ainsi la mise en place dans leur MDPH du nouveau formulaire de demande. Plusieurs MDPH indiquent être en capacité, à travers l'évaluation globale de la situation faite par l'équipe pluridisciplinaire, de proposer à la personne des prestations non sollicitées initialement.

L'évaluation globale de la situation d'une personne est un critère de qualité sociale du référentiel de missions et de qualité de service (RMQS) : les MDPH doivent apprécier l'ensemble des droits et non seulement les demandes cochées par l'utilisateur dans sa demande. Ce fonctionnement sera généralisé avec le nouveau formulaire de demande.

MDPH du Val-de-Marne (94)

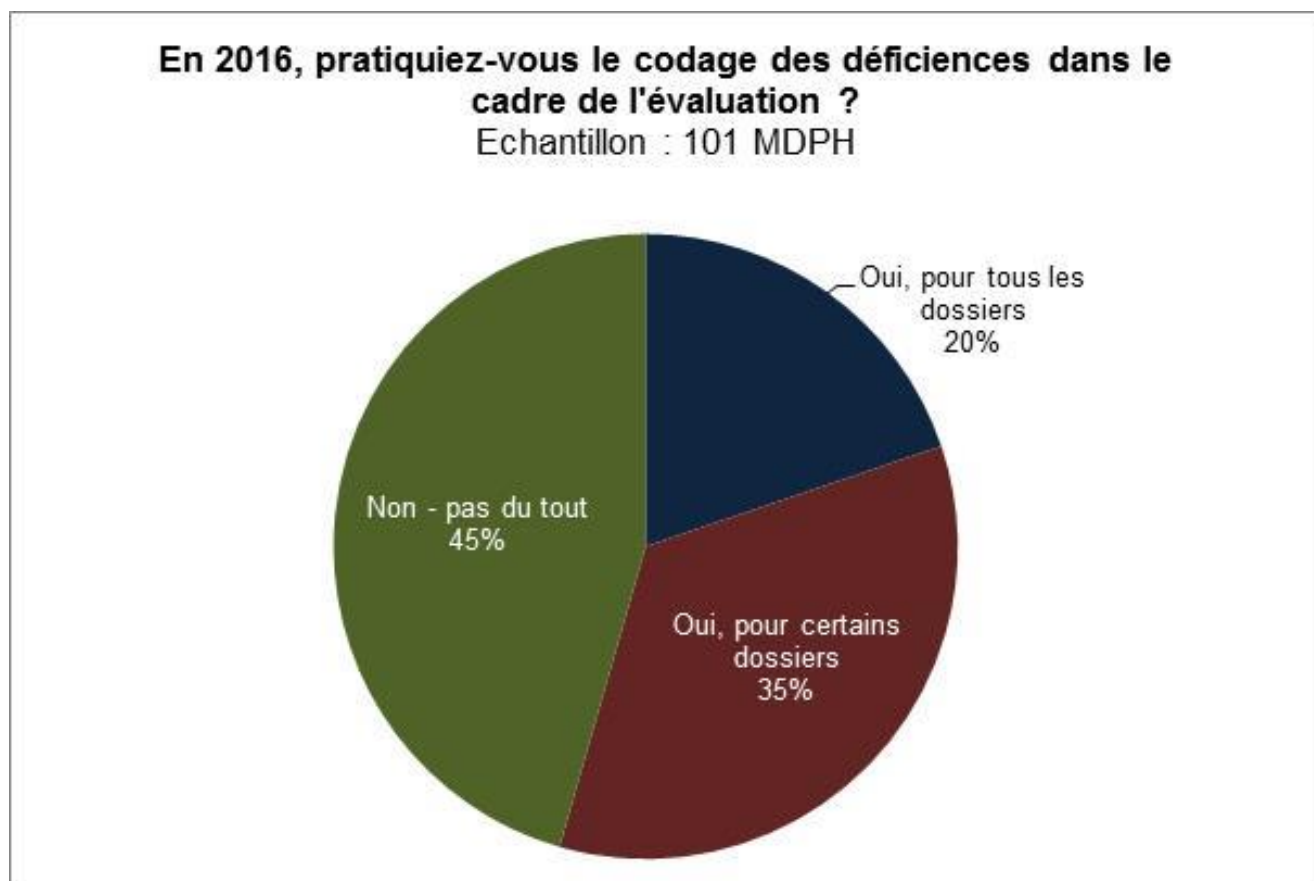
L'évaluation globale réalisée par l'équipe pluridisciplinaire qui lui permet de se prononcer sur le droit potentiel à des prestations non sollicitées, mais qui répondent au besoin de compensation de la personne et peuvent s'inscrire dans son projet de vie ;

MDPH de l'Isère (38)

Evaluation globale de la situation de l'usager : Issue notamment des travaux de l'OMS sur la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), publiés en 2001, la notion d'approche multidimensionnelle de la personne est au cœur de la notion d'évaluation globale. Le GEVA est devenu l'outil officiel permettant aux équipes pluridisciplinaires d'évaluer les besoins des personnes handicapées, par la parution du décret et de l'arrêté du 6 février 2008. Un des objectifs de ce nouvel outil est de favoriser « l'interdisciplinarité dans une observation globale et partagée de la situation de la personne handicapée, dépassant la simple juxtaposition des expertises ». La pratique de l'évaluation globale se heurte à l'impossibilité matérielle de la décliner pour tous les dossiers, c'est pourquoi elle nécessite un traitement gradué en fonction de la complexité des situations. Cette recherche de la mobilisation optimale des moyens mis en œuvre pour l'évaluation ne remet pas en question la nécessaire équité de traitement. L'ouverture des droits conformément à la réglementation nécessite des investigations plus ou moins poussées. Les étapes clés dans le parcours de l'usager doivent pouvoir bénéficier de l'évaluation globale : entrée et sortie du handicap, entrée et sortie d'établissements.

Codage informatique des déficiences

Autre évolution, engagée depuis plusieurs années et qui se poursuit en 2016, le codage informatique des déficiences, enjeu important pour améliorer la connaissance des publics.



Source : CNSA, échanges annuels 2016

En 2016, 101 MDPH ont répondu à la question sur leurs pratiques du codage des déficiences dans le cadre de l'évaluation. Parmi elles, 55 % indiquent coder les déficiences (contre 54 % en 2015). Parmi ces MDPH, 20 % déclarent le faire pour toutes les situations (contre 16 % en 2015) et 35 % le font pour certains types de situations (contre 38 % en 2015). Lorsqu'elles pratiquent le codage des déficiences dans le cadre de l'évaluation (échantillon de 51 MDPH), dans sept cas sur dix, les MDPH saisissent les éléments dans leur système d'information, dans 18 % des cas, elles utilisent un fichier Excel ou un autre support et enfin dans 12 % des cas, elles combinent l'usage de leur système d'information et d'un autre support (Excel, autre support).

Le codage des troubles du spectre autistique (TSA) dans le cadre de l'évaluation se réalise quant à lui dans 40 % des MDPH de l'échantillon (échantillon de 100 MDPH). Lorsqu'elles opèrent ce codage, les MDPH saisissent dans sept cas sur dix les données dans leur SI, dans près de deux cas sur dix dans un fichier Excel ou un autre support et enfin dans près d'un cas sur dix, elles combinent l'utilisation de leur système d'information et d'un autre support (Excel, autre support).

L'identification des déficiences et des pathologies en utilisant les nomenclatures (a minima le niveau 1 tel que prévu dans l'outil) liées à l'évaluation est une étape décrite dans le tronc commun, en tant que composante de l'outil de soutien à l'évaluation.

En outre, en Charente (16), l'analyse du codage des déficiences effectué sur les dossiers actifs permet de réorienter, lorsque cela est possible, la personne vers une réponse plus adaptées.

Cette dynamique est une bonne pratique pour développer l'inclusion et prioriser les places en établissement pour les situations les plus complexes.

MDPH de Charente (16)

Le codage informatique des déficiences de tous les demandeurs a été engagé en 2015. A terme, un repérage des différentes familles du handicap dont sont atteints les jeunes usagers de la MDPH

pourra être réalisé. Au 31/12/2016, 797 enfants ont bénéficié de ce codage sur les 2605 dossiers actifs [...] En 2016, 11 évaluations ont été réalisées dans le cadre de ce protocole (12 en 2015) : 5 personnes ont bénéficié d'une réorientation soit vers une unité de vie pour les personnes handicapées vieillissantes soit vers des établissements dédiés aux personnes âgées.

Formation des évaluateurs

Enjeu stratégique pour garantir la qualité des évaluations, la formation des évaluateurs a été poursuivie en 2016. Ces formations ont par exemple porté sur :

- la dimension technique d'harmonisation de pratiques ;
- le guide barème ;
- l'évaluation de l'AAH RSDAE ;
- la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé ;
- le handicap psychique.

Outre le suivi de formations, qui peuvent être dispensées en interne par un coordonnateur, les équipes d'évaluation peuvent se former via la participation à des échanges de pratiques entre professionnels évaluateurs (enseignants référents, professionnels d'ESMS, etc.), la participation à des colloques et journées d'étude, etc. De plus en plus de professionnels bénéficient de ces échanges.

MDPH des Ardennes (08)

Afin de toujours accroître ses compétences et connaissances en vue de faire évoluer ses pratiques, l'équipe pluridisciplinaire participe chaque année à des temps de formation et d'échange. Ainsi, au titre de l'exercice 2016, les évaluateurs se sont impliqués dans les actions suivantes :

- *échange de pratiques avec les services adultes SAVS-SAMSAH, les enseignants référents, le CAES (Centre d'Audiophonologie et d'Education Sensorielle), le C.R.F.M.E. (Centre de Rééducation Fonctionnelle Motrice pour Enfants); le CRFA (Centre de Rééducation Fonctionnelle pour Adulte), le CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), les CMPP (Centre Médico-Psycho Pédagogiques), le Centre Hospitalier BELAIR et le foyer relais de l'EDPAMS,*
- *formations, colloques, journées d'étude sur l'accueil et l'évaluation des personnes handicapées par la maladie psy, psychiatrie et handicap...*
- *Rencontre des MDPH de la région grand EST concernant la mise en place de plans globaux d'accompagnement (PAG), des partenaires du PACT des Ardennes pour l'amélioration de l'habitat, réunion Grand Est des référents scolarisation,*
- *groupe de travail concernant la mise en place de la GED,*
- *rencontres nationales organisées par la CNSA : référents pour l'insertion professionnelle - correspondants scolaires pour les jeunes en situation de handicap - coordinateurs des équipes pluridisciplinaires,*
- *participation à des groupes de travail nationaux concernant l'élaboration du guide DYS, ou du guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes en situation de handicap d'origine psychique,*
- *participation aux travaux de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) : guide de l'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation.*

MDPH des Hautes-Pyrénées (65)

En 2016, ont été programmées des formations essentielles pour l'équipe pluridisciplinaire, à la fois dans sa dimension technique d'harmonisation de pratiques mais également dans le renforcement de

la pluridisciplinarité et de la place de chaque évaluateur dans l'équipe (guide barème, RSDAE, classification du handicap).

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

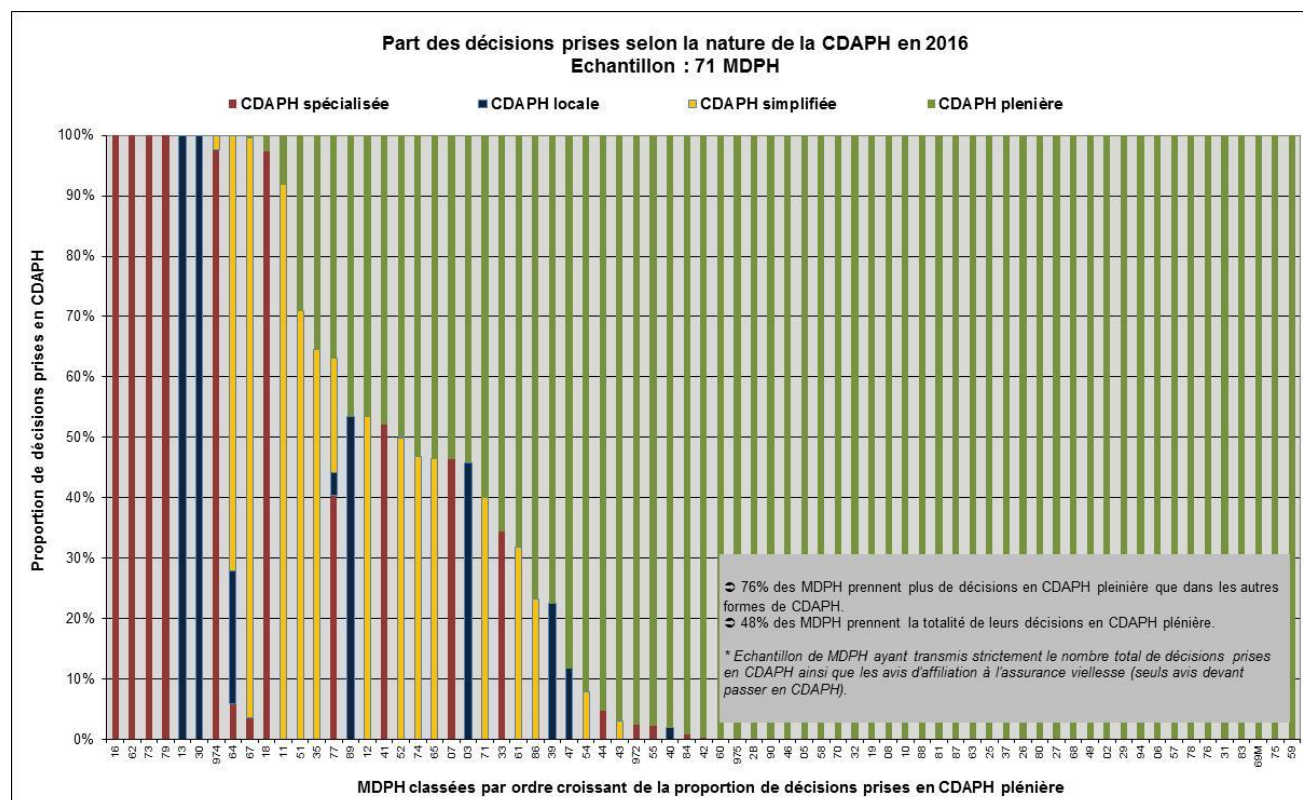
La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) décide de l'attribution des aides auxquelles la personne en situation de handicap a le droit et l'orientation qui lui est adaptée, en prenant les mesures propres à assurer son insertion scolaire, professionnelle et sociale. Elle prend sa décision sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire, des souhaits exprimés par la personne dans son projet de vie et du plan de compensation dans le respect des critères réglementaires d'attribution des prestations¹⁵.

Comme les années précédentes, des décisions très majoritairement prises en CDAPH plénière

Conformément aux articles L241-5 et R241-25 du CASF, les COMEX des MDPH peuvent organiser des CDAPH en sections locales ou spécialisées en sus des formations plénières.

Sur un échantillon de soixante et onze MDPH, 76 % d'entre elles prennent plus de décisions en CDAPH plénière que dans les autres formations de CDAPH (contre 71 % en 2015), et 48 % des MDPH prennent la totalité de leurs décisions en CDAPH plénière (contre 45 % en 2015).

¹⁵ Article 146-9 du code de l'action sociale et des familles



Source : CNSA, échanges annuels 2016

Il n'en reste pas moins qu'en 2016, certaines MDPH font état, dans leur rapport d'activité, d'une augmentation des décisions prises hors CDAPH plénières (CDAPH locales, simplifiées et/ou spécialisées) afin de répondre à un souci exprimé par les MDPH de simplifier les procédures et de gagner en efficacité.

MDPH des Ardennes (08)

La CDAPH des Ardennes est organisée sous la forme d'une commission unique. Ce choix exprimé conjointement par la commission exécutive de la MDPH et les membres de la CDAPH repose sur le principe édicté dans la loi du 11 février 2005, d'appréhender les situations individuelles dans une approche globale. Par ailleurs, les membres de la CDAPH ont choisi de fonctionner en commission plénière exclusivement afin de garantir le développement d'une culture commune entre tous les membres de la Commission qui participent ainsi à l'ensemble des décisions. Dans cette même logique, et pour amplifier cette culture commune, les membres titulaires et suppléants sont incités à organiser une présence alternée.

MDPH de la Manche (50)

Depuis la réunion de la COMEX du 7 novembre 2014, un nouveau règlement intérieur a été entériné. Il est de nature à alléger l'ordre du jour des CDAPH plénières (par l'élargissement du nombre de dossiers sur liste et la mise en place de CDA restreinte consacrées à l'orientation scolaire) tout en consacrant le temps nécessaire à l'étude des dossiers et la réception des personnes le souhaitant.

Des réflexions engagées pour optimiser la CDAPH et favoriser l'implication des représentants des usagers

La présentation des dossiers peut se faire sur liste ou sur dossier :

- selon certaines MDPH, la présentation sur liste permet un examen rapide des demandes qui ne font pas débat. La présentation sur liste concerne la majorité des évaluations ;
- la présentation sur dossier se fait pour les dossiers les plus complexes. Ils sont présentés oralement par l'équipe pluridisciplinaire et font l'objet d'échanges avec les membres de la CDAPH. La présentation orale concerne une faible part des dossiers présentés et une attention particulière est portée aux dossiers enfants, aux demandes de PCH, aux situations complexes et aux situations où l'utilisateur exprime son désaccord (suite au PPC ou à un recours gracieux).

Certains MDPH témoignent, dans leur rapport d'activité, du souci de prioriser l'examen sur dossier.

MDPH de l'Indre-et-Loire (37)

Limitier le nombre de dossiers présentés en s'attachant aux situations les plus complexes. Le règlement intérieur de la CDAPH prévoyait jusqu'alors que les premières demandes d'orientations et de PCH notamment, devaient être présentées en CDAPH, ce qui était de plus en plus difficile, compte-tenu du nombre de dossiers. Par ailleurs, un certain nombre d'entre elles n'amenait pas de remarques particulières des membres de la commission. C'est pourquoi, la CDAPH plénière, réunie en septembre 2016 a décidé de modifier le règlement intérieur afin que soit présentées oralement les demandes atypiques, les évaluations complexes (avis partagé de l'équipe pluridisciplinaire, difficulté à élaborer un plan de compensation, proposition différente de ce que la personne a sollicité, demandes de rendez-vous). Ceci permet notamment de mobiliser les membres sur les dossiers qui nécessitent des arbitrages de leur part, ainsi que de leur soumettre des questions de jurisprudence.

MDPH du Morbihan (56)

Font l'objet d'une présentation devant la CDAPH : 1. De manière systématique, les situations pour lesquelles la personne concernée ou son représentant légal a demandé à être entendu ou à se faire représenter devant la commission ; en l'occurrence, les personnes concernées sont principalement celles qui réagissent à une proposition de plan personnalisé de compensation (PPC) ou à une proposition de projet personnalisé de scolarisation (PPS). 2. Les situations nécessitant un arbitrage de la CDAPH, suite notamment à un désaccord de l'utilisateur : suite de PPC ou recours gracieux ; ceci inclut les situations ayant donné lieu à une décision juridictionnelle du TCI de la CNITAAT ou beaucoup plus rarement du tribunal administratif. 3. Des situations « tirées à la pioche » permettant aux membres de la CDAPH de prendre connaissance d'une situation et d'apprécier voire d'interroger le travail effectué.

Selon l'article L. 241-7 du CASF, les usagers qui en font la demande (personne en situation de handicap ou son représentant légal) doivent pouvoir être entendus par la CDAPH. Plusieurs MDPH font le constat de demandes croissantes d'audition de la part des usagers, liées à la contestation des propositions de décision ou à la complexité des situations. Elles indiquent ne pas pouvoir répondre à l'ensemble de ces demandes et des disparités importantes de situations entre les territoires peuvent être constatées.

Des simplifications du processus de décision

Des travaux complémentaires aux actions précédemment évoquées permettent d'optimiser le processus de décision, notamment :

- l'allongement des durées d'attribution des droits (décidé par la CDAPH ou rendu possible par la loi qui permettra de réduire le nombre de renouvellements ;
- la réorganisation de la CDAPH pour évaluer plus efficacement les situations (nombre de commissions qui peut être augmenté ou diminué selon les situations, structuration des séances, présentation conjointe de demandes, fiches de synthèses des décisions, etc.) ;
- la recherche du *quorum*, qui peut être complexe pour certaines MDPH qui se voient dans l'obligation d'ajourner ou d'écourter certaines séances ; les solutions mises en place concernent par exemple la désignation de suppléants et la création d'outils pour favoriser la mise en place d'une culture commune et sensibiliser les membres à la nécessité de travailler ensemble.

L'amélioration de la qualité des décisions est également un souci important pour les MDPH. Plusieurs d'entre elles ont ainsi mis en place :

- la présentation anonyme des dossiers des usagers pour favoriser l'impartialité des décisions ; si cette présentation ne revêt pas de caractère obligatoire, elle constitue une bonne pratique et est mise en œuvre dans certaines MDPH ;
- la formation et l'appui aux membres de la CDAPH ; plusieurs MDPH indiquent avoir diversifié leurs modalités d'appui par la mise en place de formations sur les prestations et le fonctionnement des MDPH (fond départemental de compensation par exemple), l'organisation d'échanges avec les équipes en interne et de rencontres avec les partenaires externes pour comprendre les spécificités de leur accueil, la mise à disposition des résultats d'une veille documentaire ou bien encore l'organisation d'un séminaire des membres de la CDAPH.

La formation et l'outillage des CDAPH constituent l'un des critères de qualité du référentiel de missions et de qualité de service.

MDPH du Cantal (15)

Pour mémoire, en 2015, 4 réunions de la CDA simplifiée ont été annulées faute de quorum. Cette question de quorum en CDA simplifiée a pu trouver, en partie, une réponse par la désignation de suppléants aux titulaires des associations par délibération de la CDA le 4 juin 2015.

MDPH d'Indre-et-Loire (37)

La simplification de l'organisation et du fonctionnement des CDA, avec le passage, notamment de 4 à 3 CDA par mois, a permis de redéployer du temps de préparation de commission sur l'évaluation des situations et de centrer les CDA sur les situations complexes

MDPH des Pyrénées-Atlantiques (64)

Un effort tout particulier est entrepris à destination de la formation des membres de la CDA :

- *interventions de directeurs et équipes pluridisciplinaires qui accueillent la CDA au cœur de leur établissement, pour présenter leur organisation et plus généralement éclairer les membres de la CDA sur les missions spécifiques dévolues aux structures ayant les mêmes agréments ;*
- *interventions en séance de directeurs et équipes ESMS dans le cadre de l'actualité d'un nouvel agrément, pour présenter leur établissement, le nouveau projet et le public accueilli ;*
- *distribution de supports d'informations : plaquettes des services et établissements, articles de presse,...*

- distribution des textes de référence en tant que de besoin et réponses aux questions techniques posées par les membres de la CDA

- veille juridique assurée par la MDPH. »

79 « L'année 2016 a été marquée par : l'anonymisation des situations présentées en CDAPH et la recherche de médecins hors MDPH pour siéger en CDAPH.

5. Conciliation, médiation, recours gracieux et contentieux

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

- les recours gracieux, instruits par les MDPH ;
- les recours contentieux, instruits par une juridiction extérieure (tribunal du contentieux de l'incapacité - TCI- ou tribunal administratif - TA, selon les demandes).

Les MDPH doivent également être en capacité de proposer des prestations de médiation et de conciliation :

- la médiation, qui consiste à aider les personnes à adresser leurs réclamations individuelles aux autorités compétentes. Si la réclamation porte sur une décision prise par la CDAPH, il convient de voir si la demande de la personne n'est pas plutôt une demande de conciliation ou de recours ;
- la conciliation qui permet d'ouvrir un dialogue avec l'usager et de rechercher une solution amiable.

A noter que si la conciliation suspend le délai de recours gracieux ou contentieux, la médiation est sans effet sur les voies et délais de recours.

Médiation et conciliation : des démarches pour favoriser le dialogue avec les usagers et permettre la recherche de solutions amiables

La médiation

L'organisation de la médiation, obligation légale, varie d'une MDPH à l'autre. Elle peut être portée par des pôles/référents dédiés (majorité des situations) ou être intégrée dans un pôle/poste juridique (pôle de gestion du contentieux, juriste). Plus ponctuellement, elle n'est pas liée à un poste spécifique mais est assurée lors de permanences spécialisées d'assistants de service social.

Ainsi, 58,3 % des MDPH répondantes ont indiqué avoir identifié une personne en charge de la médiation.

Les usagers sollicitent la médiation principalement lorsqu'ils souhaitent contester des décisions d'accès aux droits prises par des partenaires (certaines MDPH notent une prépondérance des sollicitations liées à des refus de logements adaptés, dans un contexte économique et social parfois tendu) ou lors de situations de conflit non résolues entre un ESMS et un usager/sa famille.

La médiation est perçue comme une modalité de première intention permettant de limiter les recours d'instaurer un dialogue avec les usagers. La relation avec les partenaires est considérée comme un vecteur facilitant la résolution des solutions (bailleurs sociaux, CAF, services du département, etc.).

MDPH du Tarn-et-Garonne (82)

Un accueil spécialisé réalisé par le référent pour le traitement amiable des litiges : cette mission consiste à recevoir et à orienter les réclamations individuelles des personnes handicapées vers les services et autorités compétentes. Elle est exercée par un travailleur social de la Direction de la Solidarité Départementale pour 20 % d'ETP les 2ème et 4ème mercredis de chaque mois, avec prise de rendez-vous par l'agent d'accueil. Cela a représenté 17 permanences en 2016 (pour 18 en

2015, 20 en 2014). [...] La rencontre avec l'utilisateur est préparée en amont avec les professionnels de la MDPH, si la personne a déjà un dossier en cours. Ce temps d'écoute, d'échange et de négociation, peut aider à dépasser une situation de conflit où le lien familial est parfois fragilisé. Il permet d'établir la communication et de créer un climat de confiance propice à la recherche d'accords.

Cet accueil spécialisé a porté sur les points suivants :

- l'accès aux droits et renseignements sur les dispositifs (notamment AAH, RQTH, ORP et cartes),
- la rédaction du projet de vie,
- les problèmes de logement et l'appui au relogement,
- les litiges avec les administrations (CAF, CPAM, Trésorerie Publique),
- les problèmes financiers,
- les explications sur les décisions CDAPH,
- des intentions de recours, que l'échange avec le référent litige permet de rester dans suite.

MDPH de Vendée (85)

La médiation consiste essentiellement à solutionner des demandes de logements adaptés. En effet, en raison d'une pression importante sur le logement social, il y a peu de réponses positives immédiates en faveur de personnes en situation de handicap, d'où l'intervention systématisée de la MDPH auprès des bailleurs sociaux du département.

La conciliation

La conciliation est plus régulièrement assurée par des référents, bénévoles, extérieurs aux MDPH, dans l'objectif d'offrir à l'utilisateur l'écoute la plus neutre possible. Plus rarement, les conciliateurs sont désignés parmi les agents des MDPH. **Ainsi, 83,5 % des MDPH ayant renseigné l'information indiquent avoir désigné une personne qualifiée.**

Selon les MDPH, les principaux motifs de sollicitation sont en effet liés à une mauvaise connaissance des usagers de leurs droits et des critères d'accès aux prestations. Quelques MDPH, qui constatent la forte prépondérance d'adultes concernés par des demandes de conciliation, font l'hypothèse que l'existence du PPS permettrait d'instaurer un dialogue entre les familles, les professionnels et les MDPH et limiterait ainsi le besoin de recourir à des instances spécifiques de dialogue.

En revanche, si son intérêt est perçu lorsqu'elle est mise en place, beaucoup de MDPH font le constat du faible recours à cette possibilité par les usagers.

MDPH des Hautes-Pyrénées (65)

Mise en place depuis 2007, elle est peu sollicitée par les usagers bien que faisant l'objet d'une information au verso de chaque notification.

MDPH des Pyrénées-Orientales (66)

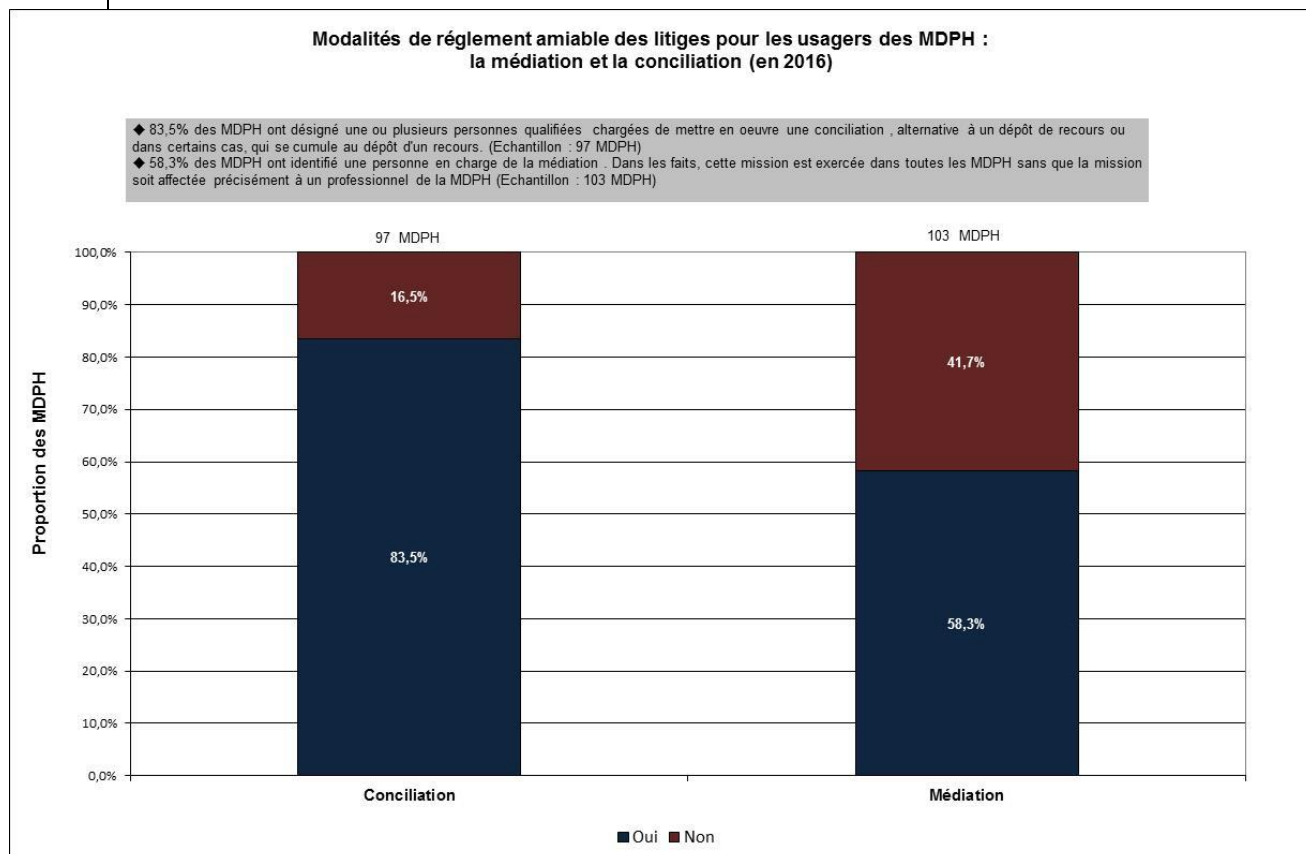
L'intérêt de la conciliation est de permettre de nouer un dialogue avec l'utilisateur et de lui apporter des explications. C'est une procédure exigeante qui suppose un soutien fort de la MDPH en termes de préparation et suivi.

MDPH des Yvelines (78)

Grâce au renforcement du processus de conciliation et au développement de la communication avec les usagers, l'année 2016 est marquée par une nette diminution des demandes de recours gracieux et contentieux.

MDPH de Guadeloupe (971)

La conciliation qui n'est pas un recours est un outil spécifique dont disposent les MDPH est peu sollicitée, les usagers privilégient directement le recours.



Source : CNSA, échanges annuels 2016

En sus des services de médiation et de conciliation, l'organisation de la prévention des recours

En particulier, plusieurs MDPH notent que le manque d'information des usagers sur leurs droits et prestations génère des demandes inadéquates et augmente le taux de refus (cf. partie 1) puis de recours. Par exemple, un nombre important de demandes inéligibles concernent des demandes d'AEEH pour des enfants présentant des troubles « Dys » ne présentant pas le taux d'incapacité requis. L'information des usagers sur leurs droits est donc primordiale pour fluidifier les consultations d'usagers en CDAPH et plusieurs MDPH ont mis en place des organisations spécifiques afin d'améliorer l'information et la relation avec l'utilisateur. Peuvent ainsi être notés à titre d'exemples :

- l'amélioration de l'information adressée aux usagers (commentaires joints à la notification, traductions en facile à lire et à comprendre - FALC) ;
- des temps d'échange plus importants pour l'explication des droits et prestation en amont ;
- la mise en place de CDAPH dédiées aux auditions des situations complexes (une ou plusieurs journées de commissions par mois peuvent ainsi y être consacrées dans certaines MDPH, d'autres ont mis en place une commission restreinte dédiée pour favoriser la parole des usagers).

MDPH de la Marne (51)

Rédigées en FALC, les voies de recours ont été relues et « testées » par un panel de personnes handicapées [...]. Ce document a vraisemblablement contribué à la montée en régime des médiations.

MDPH du Rhône (69)

La précarité contribue au dépôt d'une demande d'AAH et de CPR, la hausse du montant de l'AAH la démarquant d'autres prestations. Des territoires témoignent ainsi de la pression de plus en plus marquée d'usagers pour faire accélérer le processus, et d'une démarche de contestation et/ou demandes d'explication quasi-systématique en cas de proposition ou décision de rejet. Ce constat est particulièrement marqué pour une partie du public bénéficiaire du RSA et pour lequel l'insertion professionnelle reste difficile. La présence du travailleur social favorise les liens et l'accompagnement, particulièrement lorsqu'il est spécialisé sur le domaine PH. [...] L'AAH, et particulièrement l'AAH RSDAE, font partie des prestations les plus contestées (PPC, CDA préparatoire, voies de recours) et celles qui entraînent le plus de tension avec les usagers. Ces prestations sont souvent source d'agressivité de la part des demandeurs. Ce sont celles qui font également l'objet de demandes répétitives en cas de rejets. Ainsi, certains territoires sont en difficulté face à des usagers qui déposent une nouvelle demande d'AAH peu de temps après la réception du rejet, et ce, de façon régulière. [...] Dès 2006, le choix s'est porté sur une CDAPH spécifique pour recevoir les personnes. Cette organisation visait à favoriser l'échange avec la personne reçue en lui proposant un cadre propice à cet échange : présence restreinte des membres afin de rassurer les personnes, souvent impressionnées par la rencontre avec les membres, et ne pas les déstabiliser par le sentiment de faire face à un « tribunal ».

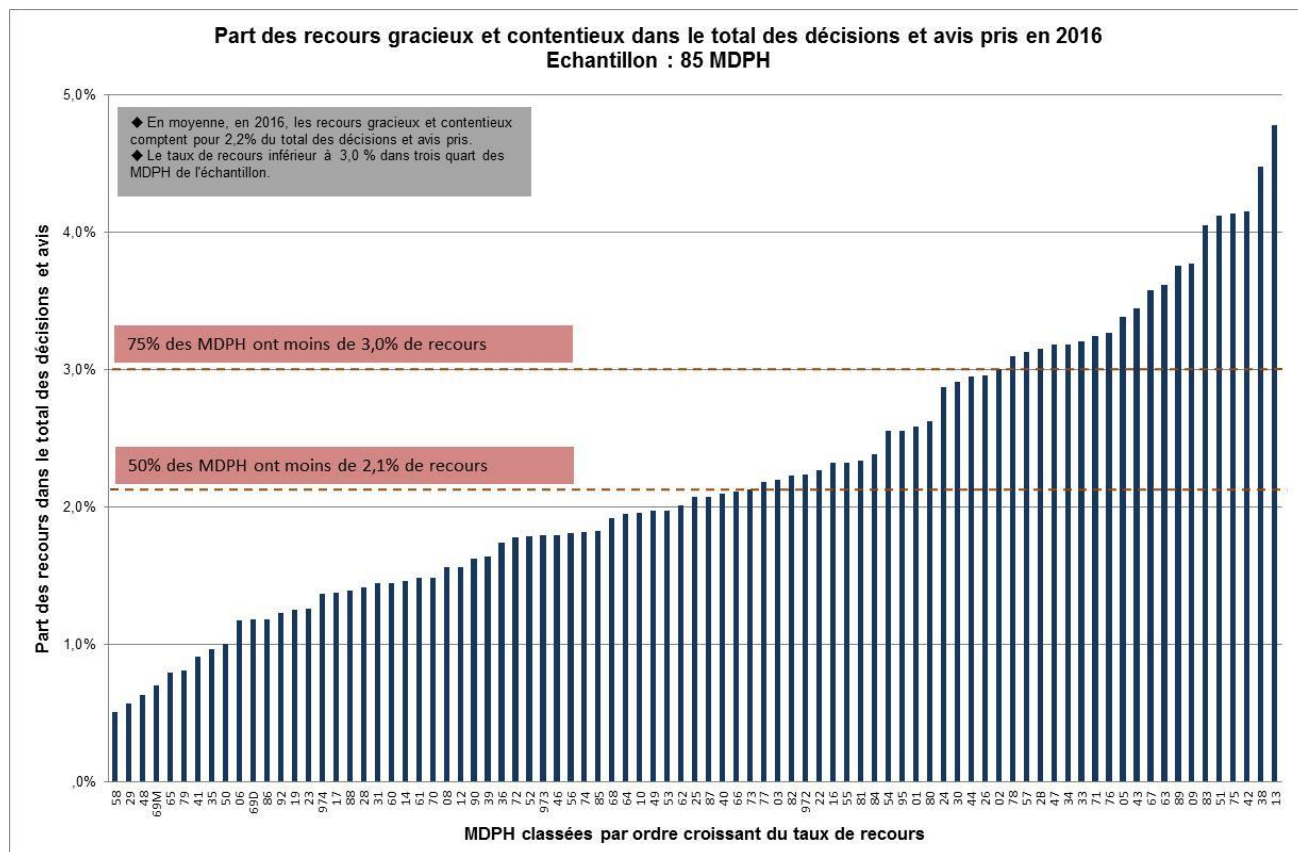
Des taux de recours stables

Comme les autres modalités de traitement des litiges, la gestion des recours varie, elle aussi, entre MDPH. Plusieurs confient cette mission à des postes ou des pôles spécifiques. A titre d'illustration, on peut ainsi trouver :

- le poste d'attaché juridique/ de référent contentieux, qui assure des fonctions administratives tant sur l'enregistrement et le suivi de demandes de contentieux que sur l'appui des conseillers juridiques sur la rédaction des mémoires présentés devant les tribunaux ;
- le poste de conseiller juridique/juriste, qui prépare notamment les dossiers de recours contentieux et rédige les mémoires présentés devant les tribunaux ;
- la mobilisation d'une instruction spécifique des demandes de recours à travers la mise en œuvre d'équipes pluridisciplinaires dédiées (par exemple l'équipe pluridisciplinaire recours gracieux PCH ou l'équipe pluridisciplinaire recours gracieux scolarité).

Le taux de recours moyen est stable par rapport à l'année 2015 :

- ✓ En moyenne, 2 % des décisions font l'objet d'un recours gracieux ou contentieux en 2016 ;
- ✓ Les recours gracieux représentent un peu plus de **quatre recours sur cinq** (82,4 %). Cette proportion est stable par rapport aux années précédentes ;
- ✓ Dans leurs rapports d'activité, les MDPH indiquent que la majorité des recours concernent des décisions de refus, en particulier les allocations (AAH, AEEH, PCH), la RQTH et les cartes (priorité, stationnement ou invalidité).



Source : CNSA, échanges annuels 2016

MDPH de Dordogne (24)

La majorité des recours concerne des adultes et porte sur l'AAH, la carte d'invalidité et la PCH.

MDPH du Doubs (25)

L'année 2016 aura été marquée par la confirmation d'un fonctionnement en équipes pluridisciplinaires (EP) spécialisées à l'image du fonctionnement général pour profiter pleinement des compétences nécessaires à la fois professionnelles et juridiques. Ont donc été créées l'EP recours gracieux PCH en juin 2015 et l'EP recours gracieux scolarité en septembre 2016. Avec la mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », l'instance cas complexes, réunissant les évaluateurs « adultes », a migré vers une instance permettant de revenir sur des situations ou points d'évaluations délicats, de créer une culture commune et uniformisée et de s'approprier les outils nationaux.

MDPH des Pyrénées-Atlantiques (64)

L'attachée juridique qui assure la veille juridique de la MDPH et prépare les dossiers juridiques pour les tribunaux. Elle est chargée en outre du secrétariat de la COMEX et des statistiques.

MDPH du Var (83)

Ces recours concernent la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou l'orientation professionnelle et la MDPH envoie au tribunal des mémoires en défense. Les décisions relatives aux cartes de stationnement sont portées devant le tribunal administratif, mais relèvent de la compétence du préfet (et ne sont donc pas comptabilisées ci-dessous).

En proportion, les usagers déposent quatre fois plus de recours gracieux que de recours contentieux. Certaines MDPH expliquent ce phénomène par la plus grande simplicité et rapidité du recours gracieux, leur permettant d'obtenir plus d'éléments sur la décision.

Par ailleurs, la MDPH de Guyane (973) évoque une prépondérance de recours gracieux effectués dans des situations de déficiences motrices et viscérales, pour lesquels les retentissements dans la vie quotidienne sont jugés plus complexes à évaluer.

MDPH du Bas-Rhin (67)

On remarquera que pour chaque prestation (hormis la PCH dont aucun recours gracieux en 2016 n'a abouti à un changement de décision), le taux d'infirmité à la suite d'un recours gracieux est toujours plus élevé que celui dû à un recours contentieux. Ceci s'explique en grande partie par la possibilité ainsi offerte aux usagers de préciser leurs demandes, d'apporter des éléments et pièces complémentaires à l'occasion d'un recours gracieux qui permet de revoir la décision initiale fondée sur des éléments incomplets.

MDPH de la Sarthe (72)

En conclusion, les usagers semblent privilégier la procédure « gracieuse » au regard de sa simplicité, de la possibilité d'être reçu par l'équipe pluridisciplinaire et d'exposer « sa situation et sa requête » devant les membres de la CDAPH [...] « Les demandes d'AAH représentent avec 23.47 % un nombre très important de refus et ce, depuis 2010. S'agissant d'une « prestation financière plus favorable » que les autres aides sociales, elle est de fait, très sollicitée.

Si les recours gracieux relèvent de la compétence interne des MDPH, les recours contentieux sont laissés à la décision de juridictions vers lesquelles ils sont orientés selon la nature de la demande :

- Les juridictions civiles : le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) ; la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) ou plus rarement la Cour de Cassation ;
- Les juridictions administratives : le tribunal administratif (TA), la cour administrative d'appel ou le Conseil d'Etat.

Les instances les plus sollicitées dans le cadre de recours contentieux sont les TCI et les TA (juridictions de première instance). Les MDPH peuvent adresser un mémoire explicatif au tribunal et se rendre à l'audience pour présenter oralement le dossier et argumenter leur décision. Plusieurs MDPH rencontrent des difficultés pour se rendre au tribunal du fait de l'éloignement géographique ou de l'indisponibilité des experts juridiques. Certaines MDPH qui peuvent participer aux audiences constatent toutefois une diminution du taux d'infirmité des décisions et la possibilité de pouvoir échanger sur les situations.

Le travail partenarial engagé par certaines MDPH avec les tribunaux est perçu comme un élément facilitant la compréhension du fonctionnement mutuel des institutions comme les décisions qu'elles peuvent prendre.

MDPH de l'Hérault (34)

Le TCI organise régulièrement des rencontres avec les MDPH de la région avec pour objectif une interconnaissance de nos modes de fonctionnement afin de les améliorer. Ce partenariat avec le TCI se poursuit et permet de soutenir une communication plus fluide entre nos deux instances.

MDPH de Saône-et-Loire (71)

Les différents développements produits par la cour permettent à la MDPH de mieux comprendre le raisonnement des magistrats pour rendre leur décision.

MDPH de Paris (75)

Face à cette augmentation, le service contentieux (deux agents dédiés à cette activité au sein du PID) a entrepris en 2016 un travail de rationalisation et d'adaptation des réponses de la MDPH, afin d'adapter les mémoires à la complexité des dossiers. Ce travail a permis de réaliser plus de mémoires par rapport à 2015 de manière significative (160 mémoires en 2016 contre 31 en 2015).

Des travaux engagés sur la gestion des recours

Plusieurs MDPH ont fait évoluer leur organisation dans le but d'améliorer la réponse apportée aux usagers qui contestent des décisions. On peut par exemple noter :

- la réorganisation des circuits des demandes de médiation/de conciliation ou de recours ;
- la revalorisation des postes rattachés à ces missions et la définition plus claire des postes ;
- la formalisation des procédures (fiches de procédures, meilleur suivi des échanges avec les juridictions, défense devant les juridictions)

MDPH de la Loire (42)

Evolutions mises en œuvre (...) en 2016 sur les recours : revalorisation des missions des référents contentieux ; amélioration de la procédure de transmission aux juridictions ; activation de la défense des décisions CDA devant les juridictions ; amélioration du traitement des décisions d'annulation ; mise en œuvre des changements de réglementation.

MDPH du Val-de-Marne (94)

La cellule juridique de la MDPH est chargée d'enregistrer et de coordonner le traitement des demandes de recours déposées auprès des tribunaux. Elle fait le lien avec les équipes d'évaluation de la MDPH pour l'envoi aux tribunaux des pièces et mémoires nécessaires à la procédure. A l'occasion de la restructuration de la cellule juridique avec son rattachement au pôle ressources, des fiches procédures ont été réalisées, d'autres actualisées afin d'accompagner la prise de fonction du chargé de suivi juridique effective en début d'année 2017. La cellule a réorganisé ses circuits notamment afin de répondre à l'augmentation du contentieux et de permettre un envoi de pièces dans les meilleurs délais. Les retours de jugements sont également mieux identifiés et analysés afin de proposer un suivi de décisions et de jurisprudence.

6. L'accompagnement des décisions et le suivi des orientations

L'accompagnement des décisions est une mission peu développée par les MDPH et peu décrite dans leur rapport d'activité. Celles-ci soulignent leurs difficultés à suivre les orientations des usagers. Les avancées dont font état les MDPH sont inégales selon les territoires. Une majorité de MDPH ne dispose pas d'outil de suivi des orientations.

Certaines MDPH indiquent bénéficier d'un dispositif de suivi des orientations opérant et soulignent leur bénéfice en terme de connaissance sur le handicap. Toutefois, celui-ci est souvent tributaire d'un fort investissement des ESMS autour d'un outil « maison » complexe à renseigner.

MDPH de l'Ardèche (07)

L'observatoire s'appuie sur l'enregistrement des orientations prononcées par la CDAPH et sur le recueil régulier des listes de présence et des listes d'attentes des établissements et services relevant du secteur du handicap. C'est le croisement de ces informations qui permet de connaître à la fois le profil des personnes accueillies dans des structures dont elles relèvent (que ce soit en Ardèche ou dans d'autres départements) et celui des personnes ne bénéficiant pas d'un accueil correspondant à leur orientation (accueil par défaut ou sans accueil). [...] Afin que les données issues de l'observatoire soient exploitables, l'implication des établissements et services ardéchois est incontournable. En effet, la communication trimestrielle des listes de bénéficiaires accueillis ainsi que des listes d'attente des personnes souhaitant intégrer les structures est indispensable à la fiabilité des requêtes. La mise à jour systématique des orientations réalisée lors du passage des dossiers en CDAPH est tout autant nécessaire ; en effet, c'est le seul moment où les renseignements portés au dossier sont actualisés. A cela s'ajoute le réajustement permanent des informations, par exemple la suppression des fiches des personnes qui bénéficiaient d'une notification vers une structure et dont l'orientation n'est pas renouvelée. Malgré ces précautions, les informations obtenues grâce aux requêtes réalisées nécessitent d'être affinées, notamment pour s'assurer que tous les changements de situation d'accueil ou d'orientation des personnes ont bien été renseignés. [...] Deux niveaux d'information sont ainsi disponibles :

- des informations générales sur les volumes d'accueil et le profil des personnes accueillies / en attente de place (données brutes) des analyses de données affinées permettant de corriger les données brutes et apportant des éléments d'explication concernant le profil des bénéficiaires et les motifs d'accueil, de non accueil, d'inscription ou non en liste d'attente.

Lors des comités de Pilotage, il a été convenu de réaliser :

- une extraction annuelle des données générales permettant à la fois de connaître les principales informations concernant l'accueil (ou le non accueil) des bénéficiaires dans les établissements et services (ardéchois ou non) et leurs évolutions au fil du temps

- une ou plusieurs enquêtes qualitatives portant sur des objets précis et décidées collectivement en séance.

Le suivi des orientations sera bientôt outillé par un système d'information régional ad hoc. Dont les fonctionnalités ont été fixées dans un référentiel fonctionnel de référence défini par la CNSA dans le cadre du programme SI MDPH

Sans attendre ce déploiement, certaines MDPH présentent les solutions qu'elles ont mises en œuvre.

MDPH des Côtes d'Armor (22)

[Le système d'information) harmonisé concerne le suivi des demandes et des décisions de la MDPH, afin d'alimenter le niveau national en données homogènes, exploitables par la CNSA. Par ailleurs, les premières démarches ont été amorcées afin d'appréhender l'organisation future entre le Conseil départemental et la MDPH pour assurer une gestion fluide des demandes de cartes (projet CMI) concernant les personnes âgées relevant des GIR 1 & 2 (droit automatique) et les GIR 3 à 6 par ailleurs. Enfin, dans un souci de fluidifier la transmission d'informations et de documents entre le pôle enfance de la MDPH et les 16 enseignants référents, le logiciel Multigest a été déployé auprès de ces référents à la vie scolaire afin qu'ils accèdent aisément et rapidement aux informations. Pour cette mise en place, six demi-journées de formations ont également été dispensées par le référent sur les différents secteurs géographiques du département.

MDPH de Savoie (73)

L'outil de suivi des décisions d'orientation de la MDPH (questionnaire Sphinx en ligne) qui n'était plus adapté aux besoins de la MDPH et des ESMS a été abandonné en cours d'année 2016. Dans l'attente d'une solution de suivi portée au niveau régional (cf. SI Harmonisé des MDPH), le suivi des décisions d'orientation s'effectue ponctuellement, selon les besoins, par l'envoi d'un questionnaire aux EMS ciblés dont les réponses sont croisées avec les décisions d'orientation de la CDAPH.

Plusieurs MDPH qui n'ont pas d'outil pour le suivi des orientations notent des difficultés importantes pour la réalisation de cette mission.

MDPH des Deux-Sèvres (79)

La MDPH n'est toujours pas en capacité d'assurer systématiquement le suivi de la mise en œuvre des orientations en l'absence d'outil informatique. Le seul suivi réellement assuré est celui des enfants et notamment de ceux maintenus en établissement au titre de l'amendement Creton et des listes d'attente des SESSAD à partir d'un comptage manuel. La MDPH a été dotée en 2015 de crédits pour mettre en œuvre le codage. Un médecin a été recruté fin 2015 pour coder les dossiers enfants (stock) avec ses consœurs qui codent le flux. Ces dossiers ont été codes, manuellement sur les dossiers, le SI MDPH n'offrant pas encore cette possibilité.

MDPH de la Meuse (55)

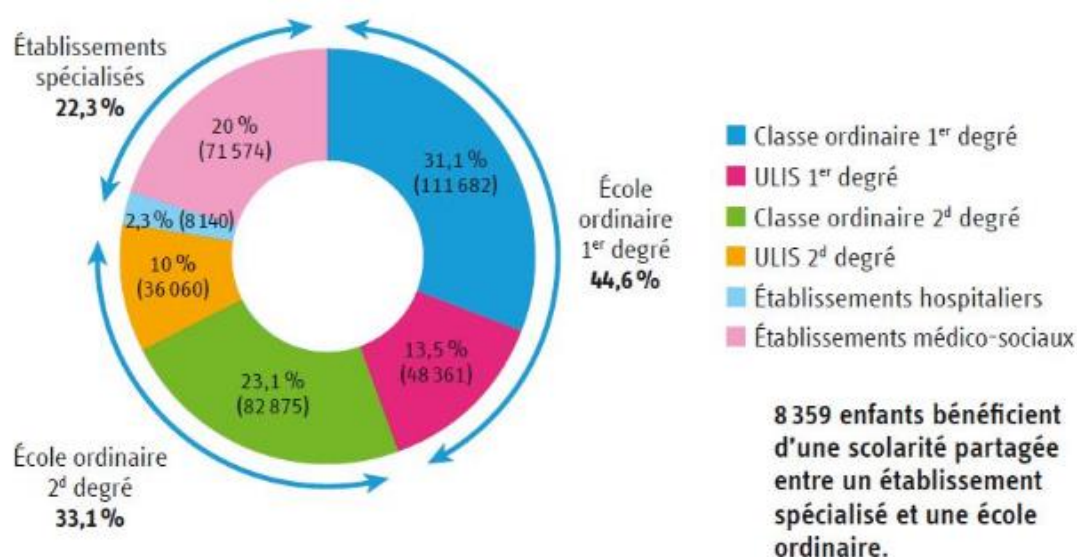
La MDPH de la Meuse est très en attente d'une solution plus aboutie d'échanges d'information avec les établissements et services. L'ARS Grand Est s'est saisie du sujet pour déployer sur les territoires un outil de suivi des décisions qui réponde au cadre fonctionnel de référence de la CNSA (palier 1 du SI harmonisé).

5. Focus sur les grandes thématiques des MDPH

1. La scolarité

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

* Scolarisation des élèves handicapés en 2015-2016



Source : MENESR, repères et références statistiques 2016.

En 2015-2016, 77,7 % des enfants étaient scolarisés en milieu ordinaire (dont 54,2 % en classe ordinaire des premier et second degrés, 23,5 % en ULIS des premier et second degrés) et 22,3 % des enfants étaient scolarisés en établissements spécialisés (20 % en en ESMS et 2,3 % en établissement hospitalier). 8 359 enfants bénéficiaient d'une scolarité partagée entre un établissement spécialisé et une école ordinaire.

L'inclusion scolaire en augmentation constante

Selon l'Éducation nationale¹⁶, sur l'année scolaire 2016-2017, 300 753 enfants en situation de handicap ont été scolarisés dans les écoles et établissements relevant du ministère de l'Éducation nationale (public et privé), soit une augmentation de 7,8 % d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu scolaire

¹⁶ www.education.gouv.fr

ordinaire par rapport à l'année scolaire 2015-2016¹⁷. Ce chiffre est en constante augmentation depuis plusieurs années (+31,8 % depuis 2012).

Si cette augmentation peut trouver des explications multifactorielles, les MDPH identifient certaines raisons à cette hausse dans leur rapport d'activité, et notamment :

- la généralisation de l'application du droit à l'inclusion dans les pratiques ;
- une orientation plébiscitée par les familles ;
- le développement de l'offre, notamment unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), unités d'enseignement en maternelle (UEM) et auxiliaires de vie scolaires (AVS) ;
- en parallèle, un manque de places en ESMS ;
- enfin, le renforcement du partenariat avec l'Education nationale pour l'évaluation des situations et l'élaboration des plans d'aide.

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

On relève donc la tendance de plus en plus marquée vers l'inclusion scolaire, qui s'appuie plus en 2015 et en 2016 sur les dispositifs ULIS que sur les aides humaines à la scolarisation, d'autant plus que les demandes d'aide se soldent davantage par des rejets que les années précédentes. [...] Les enfants atteints de troubles du langage représentent plus du tiers des enfants handicapés scolarisés dans le département. À ce titre, le département des Hautes-Alpes possède une structure spécialisée pour les enfants atteints des troubles du langage. Le pôle expérimental « Les Lavandes » à Orpierre se compose de trois unités complémentaires proposant un continuum de prise en charge graduée :

- Centre de bilans spécialisés (CBS) réalisés par le Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) ;
- Internat et semi-internat : Établissement expérimental pour enfant ayant des troubles Dys (EEEDYS) ;
- Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

MDPH de Haute-Saône (70)

Sachant qu'en application du droit à l'inclusion, les orientations en structures médico-sociales au titre du handicap ne sont prononcées aujourd'hui par la CDAPH que lorsque la complexité de la situation ou des réponses à apporter au handicap sont telles qu'un maintien en milieu ordinaire n'est plus favorable pour l'enfant [...]

Un important travail de coopération partenariale pour l'évaluation des situations et l'élaboration des réponses

Les enseignants référents

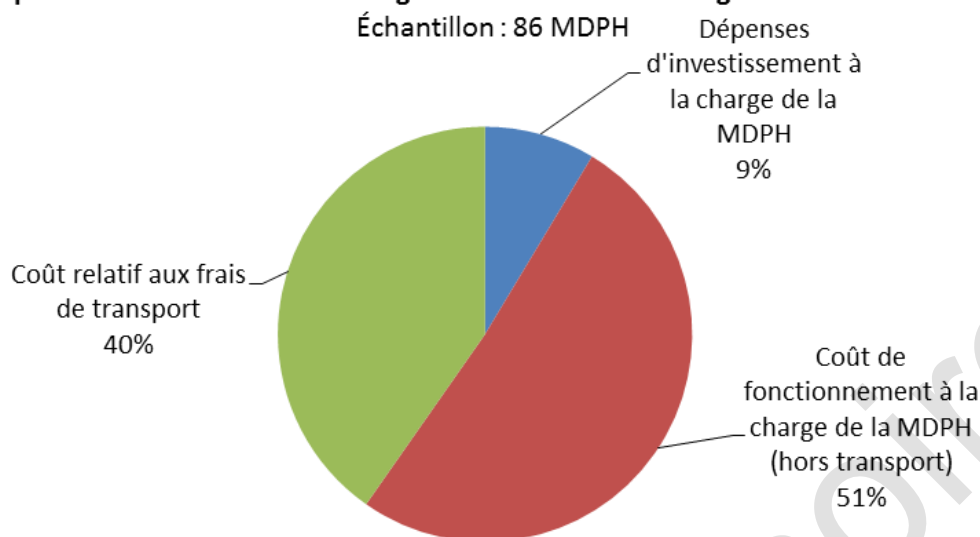
En 2016, on compte 1 769 enseignants référents en lien avec les 101 MDPH ayant renseigné l'information.

Le coût pour ces MDPH est réparti de la manière suivante :

- 90 % des MDPH ont des frais relatifs aux missions des enseignants référents ;
- le coût total à la charge des MDPH est de 2,25 M€ (échantillon = 94 MDPH), stable par rapport à 2015 ;
- pour 25 % des MDPH, le coût par enseignant référent est supérieur à 2 000 € ;
- le coût médian par enseignant référent est d'environ 1 600 €.

¹⁷ Pour rappel, le milieu scolaire ordinaire comprend les classes ordinaires du premier et second degré, les établissements spécialisés et les ULIS (école et collège)

Répartition de frais liés aux enseignants-référents à la charge de la MDPH en 2016



Sources : CNSA, maquettes 2016

Selon l'enquête sur les personnels de l'Education nationale mis à disposition des MDPH¹⁸ conduite par la CNSA en 2017, les enseignants référents peuvent également être amenés à :

- accompagner les familles dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans personnalisés de scolarisation (PPS) ;
- animer et coordonner les équipes de suivi de la scolarité ;
- participer à l'élaboration des GEVA-Sco.

L'expertise pluridisciplinaire apportée par ces échanges est jugée essentielle par les MDPH, qui estiment qu'elle permet d'évaluer plus rapidement, et avec un niveau d'expertise accru, les situations des enfants et adolescents, en particulier complexes.

Les enseignants référents (et les correspondants scolarisation) ont un rôle clé dans les relations partenariales puisqu'ils permettent de faire le lien entre les enfants et leurs familles, l'équipe éducative et les MDPH. Dans la majorité des MDPH, ils s'assurent également de la complétude des dossiers soumis, ce qui permet de faciliter le travail d'instruction et d'évaluation réalisé par les MDPH.

Éléments de gouvernance

L'Education nationale est membre du GIP MDPH et de sa COMEX, et met à disposition des MDPH du personnel et siège en CDAPH.

Selon l'enquête sur les personnels de l'Education nationale mis à disposition des MDPH¹⁹, les MDPH n'ont majoritairement pas mis en place de gouvernance formalisée régulant les relations avec l'Education nationale.

Les partenariats passent principalement par des réunions et rencontres régulières entre les professionnels.

Ainsi, en sus de la participation des professionnels de l'Education nationale aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation, on peut noter le développement de relations partenariales entre agents des MDPH (souvent le

¹⁸ L'enquête a pris la forme d'un questionnaire de 48 questions formulées en lien avec l'ADMPH et a été soumis aux directeurs sur une durée de 15 jours. 55 MDPH ont répondu à l'enquête

¹⁹ L'enquête a pris la forme d'un questionnaire de 48 questions formulées en lien avec l'ADMPH et a été soumis aux directeurs sur une durée de 15 jours. 55 MDPH ont répondu à l'enquête

correspondant scolarisation) et les inspecteurs de l'Éducation nationale pour l'adaptation scolaire et la scolarisation des élèves handicapés (IEN ASH). L'enquête sur les personnels de l'Education nationale mis à disposition des MDPH (cf supra) montre que près de la moitié des MDPH répondantes ont déclaré avoir des réunions « très régulières » avec les IEN ASH. Les échanges peuvent à titre d'exemple porter sur l'actualité réglementaire ou l'organisation de la rentrée scolaire.

Des actions de formation conjointes entre professionnels des MDPH, de l'Education nationale et des ESMS, ont également été mises en œuvre, portées au niveau national par un Co-pilotage du ministère en charge de l'Education nationale et de la CNSA, afin de renforcer les liens et de faciliter le partage d'une culture commune, importante pour l'évaluation pluridisciplinaire.

MDPH de Dordogne (24)

Les enseignants-référents, au nombre de 11 pour 10,5ETP, assurent l'interface entre les familles, l'équipe éducative et la MDPH, en apportant leur conseil et en rassemblant les informations et documents nécessaires à la constitution des dossiers. Depuis la création de la MDPH, ils sont affectés dans les collèges afin de faciliter le lien avec les services départementaux. En contrepartie de leur mission d'information et d'orientation auprès des familles, la MDPH contribue à leurs frais de fonctionnement et de déplacement, à hauteur de 1.500€ par an et par enseignant-référent. Du fait de la création par l'Education nationale d'un demi-poste supplémentaire à la rentrée 2016, la dotation totale annuelle a donc augmenté de 750€.

MDPH de Loire-Atlantique (44)

Les professionnels de la MDPH travaillent en étroite relation avec ceux de l'Éducation Nationale, en particulier avec les deux inspecteurs de l'Éducation Nationale pour l'adaptation scolaire et la scolarisation des élèves handicapés (IEN ASH), qui représentent la Direction académique des services de l'Éducation nationale, et l'équipe d'enseignants référents qu'ils dirigent. Des réunions régulières ont été instaurées entre les IEN ASH et les coordonnateurs de la MDPH et depuis la rentrée 2014, et elles ont été renforcées. 1 ou 2 réunions annuelles sont également proposées aux enseignants référents pour faire le point sur leur participation aux équipes pluridisciplinaires mais aussi sur le fonctionnement de la MDPH et de l'Éducation Nationale, les modifications éventuelles de l'évaluation des situations, etc. En 6 ans, le nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés dans notre département a bondi de 33 % avec plus de 7000 élèves à la rentrée 2015-2016. La politique en faveur de l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap se renforce et de nouveaux dispositifs voient le jour, tels que les unités d'enseignement en maternelle ou des ULIS spécifiques comme l'ULIS TED2. La MDPH a toute sa place dans le développement de ces solutions d'accompagnement à la scolarité Son partenariat avec l'Éducation Nationale est donc primordial.

Difficultés rencontrées et leviers identifiés

Les MDPH évoquent des difficultés dans la gestion du pic saisonnier des demandes relatives à un projet de scolarisation, en amont de la future rentrée scolaire (mars à septembre). Cette difficulté, identifiée depuis plusieurs années, peut notamment être liée à la présence parfois partielle des professionnels mis à disposition des MDPH par l'Education nationale, qui bénéficient des congés scolaires.

Toutefois, cet enjeu a fait l'objet de travaux dans de nombreuses MDPH qui arrivent ainsi à fluidifier la gestion des demandes par la mise en place, par exemple :

- d'une priorisation des dossiers pour l'évaluation et le passage en CDAPH, qui s'accompagne dans certaines situations, du renfort des équipes d'évaluations (assistantes sociales et médecins) ;
- de la programmation d'équipes pluridisciplinaires supplémentaires ;
- de l'envoi en amont des courriers de renouvellement lors de l'arrivée à échéance des droits ;
- d'instances partenariales de suivi du traitement des dossiers (comme par exemple un « Comité de pilotage de la rentrée scolaire » mis en place par la MDPH de Seine-et-Marne en lien avec l'Education nationale).

MDPH de l'Aude (11)

Suite à la rentrée 2015 qui avait posé difficultés, un groupe de travail partenarial MDPH/DSDEN s'est réuni afin d'envisager les modalités d'anticipation de la rentrée 2016 :

- Envoi dès janvier 2016 de 1200 courriers aux familles concernées par une échéance de droit de scolarité au 31/08/2016 avec date butoir de retour des demandes de renouvellement au 31/03/2016 ;

- Priorisation dans l'évaluation des dossiers pour un passage en CDA au plus tard dans l'été 2016 ; toutefois les derniers dossiers sont passés sur les CDA de septembre 2016.

Parallèlement, à l'été 2016, une feuille de route globale a été rédigée pour améliorer les délais de traitement, notamment par l'allongement des durées de validité des décisions chaque fois que la réglementation le permet, et la mise en œuvre de circuits courts d'évaluation.

MDPH de Seine-et-Marne (77)

Comme chaque année, la MDPH doit gérer l'afflux de dossiers concernant la rentrée scolaire sur le premier semestre. Cet afflux a un impact sur les délais de traitement du SAP. Des renforts administratifs sont nécessaires tous les ans, le retard sur l'enregistrement des dossiers adulte est récupéré à partir du second semestre. Les urgences sont toutefois repérées en amont et priorisées. [...] Piloté par la Direction, avec la participation du chef de service, du médecin coordonnateur et des pilotes de pôles de la MDPH, il rassemble des représentants de l'Education nationale (dont les responsables de la mission ASH pour la scolarisation des élèves handicapés, des représentants d'enseignants référents notamment), de la direction des transports du Département, de l'Association des directeurs des établissements et services médico-sociaux (ADEMS), d'une association des parents d'élèves et la Vice-présidente de la commission départementale spécialisée sur les orientations scolaires. Ce comité travaille sur : - l'amélioration des articulations entre les professionnels en charge d'observer les besoins et de les évaluer - la communication sur la date de dépôt des dossiers - la complétude des dossiers - les priorités de traitement arrêtées collectivement en vue de la prévention de la déscolarisation et de favoriser l'accès aux procédures d'affectation du droit commun pour les élèves handicapés (AFELNET) -

Orientations en ESMS et orientations scolaires

Les MDPH peuvent proposer trois types d'orientations :

- une scolarisation en classe ordinaire avec ou sans accompagnement humain/matériel pédagogique adapté/transport scolaire ;
- une scolarisation en classe adaptée (ULIS, SEGPA) ;
- une scolarisation au sein d'un établissement ou service spécialisé qui dispose en son sein d'une unité d'enseignement (IEM, IME, ITEP, SESSAD). Certains ESMS ont engagé une démarche inclusive en externalisant, dans des établissements scolaires, les unités d'enseignement qu'ils gèrent (JEM par exemple).

Focus sur des dispositifs d'inclusion collective : les ULIS et UEM

En application de la circulaire n° 2015-129 du 21-8-2015, à compter du 1er septembre 2015, qu'ils soient situés dans une école, un collège ou un lycée, tous les dispositifs de scolarisation des établissements scolaires destinés aux élèves en situation de handicap sont dénommés unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) : ULIS-école, ULIS-collège et ULIS-lycée. Une nouvelle dénomination a été ajoutée à l'organisation des ULIS : les ULIS TSLA (troubles spécifiques du langage et des apprentissages). Les élèves orientés en Ulis sont ceux qui, en plus des aménagements et adaptations pédagogiques et des mesures de compensation mis en œuvre par les équipes éducatives, nécessitent un enseignement adapté dans le cadre de regroupements. Selon l'Education nationale, à la rentrée 2016, on comptait 3 570 ULIS dans les établissements scolaires du second degré.

Si les MDPH évoquent le caractère positif du développement de places d'ULIS, plusieurs d'entre elles évoquent des difficultés persistantes liées au manque de places.

MDPH de l'Oise (60)

En 2016, une priorisation des orientations sur le dispositif ULIS est effectuée en faveur des jeunes qui en relèvent réellement et ainsi ne plus y orienter des jeunes en attente d'une orientation plus adéquate. Ces derniers sont donc scolarisés en classe ordinaire avec un aménagement du temps scolaire et le bénéfice d'une AVS.

MDPH du Haut-Rhin (68)

Problématiques repérées : Les dispositifs ULIS sont en sureffectifs (sauf un dans le Département) ; Les notifications réalisées par défaut de places en établissement médico-social nécessitent des temps d'accompagnement humain supplémentaires ; L'évolution du public et de la cohabitation des publics accueillis dans les dispositifs ULIS ; L'accueil des élèves avec TSA ou d'élèves avec trouble du comportement reste complexe et source de difficultés dans les classes. Les plateformes autismes devraient permettre de mieux accompagner ces prises en charge ; Difficulté récurrente pour les enfants sortant d'ITEP orientés vers les IME et scolarisés en ULIS par défaut de place en IME ; La surcharge des dispositifs demande à individualiser les prestations connexes comme le transport scolaire et devient chronophage pour les équipes de la MDPH.

Des travaux sur l'offre ont été engagés pour offrir une réponse plus adaptée, à travers la création par des unités d'enseignement en maternelle (UEM) pour les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Prévues par le 3^{ème} plan autisme et formalisées par instruction ministérielle en 2014, les unités d'enseignement en maternelle (UEM) constituent une modalité de scolarisation d'élèves d'âge de l'école maternelle avec troubles du spectre autistiques (TSA) orientés vers un ESMS et scolarisés dans son unité d'enseignement, implantée en milieu scolaire ordinaire. L'instruction interministérielle n° DGCS/SD3B/DGESCO/CNSA/2016/192 du 10 juin 2016 a modifié le cahier des charges national des UEM.

De premiers retours d'expérience de MDPH qui ont vu s'implanter des UEM sur leur territoire sont remontés dans le rapport d'activités. Si le projet est piloté conjointement par l'ARS et l'Education nationale, plusieurs MDPH indiquent avoir été impliquées dans sa préfiguration compte tenu de l'enjeu important que constitue l'orientation des enfants vers ces unités. La MDPH de l'Aveyron (12) précise ainsi qu'un processus d'orientation multi partenarial, regroupant la MDPH, l'Education nationale, l'agence régionale de santé (ARS), le centre ressource autisme (CRA) du département, un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), la caisse des allocations familiales (CAF) et la protection maternelle et infantile (PMI), a été retenu sur le territoire. Le projet a permis de :

- définir le rôle de chaque partenaire dans le processus,

- définir un circuit de traitement des situations susceptibles de relever du dispositif ;
- mettre en place des commissions de concertation chargées d'examiner les dossiers repérés par les partenaires qui sont animées par la MDPH et à la suite desquelles l'IME auquel est rattachée l'unité prend contact avec les représentants légaux de l'enfant pour les accompagner vers le dépôt d'une demande à la MDPH.

MDPH de l'Ardèche (07)

« Trois Principes fondateurs :

1) Un dispositif médico-social implanté dans une école maternelle. 2) L'UEM accueille 7 enfants de 3 à 6 ans avec autisme ou TED n'ayant pas acquis Suffisamment d'autonomie, le langage et /ou qui présentent d'importants troubles du comportement. 3) Des interventions pédagogiques, éducatives et thérapeutiques référées aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'ANESM. Elles seront réalisées par une équipe associant l'enseignant et les professionnels médico-sociaux.

Des enjeux

- Cohésion de l'équipe constituée par l'enseignant et les professionnels médico-sociaux:- Formation commune de 10 jours - Co-pilotage du dispositif ARS-EN - Inscription de l'UE dans le territoire et parcours de l'enfant après sa sortie de l'UE - Suivi et co-pilotage ARS-EN sur le territoire - Conception d'un dispositif médico-social d'accompagnement afin d'éviter les ruptures de prise en charge et organiser la suite de la scolarisation - Coordination avec la MDPH

Budgets :

- 280 000 € en année pleine (crédits assurance maladie)

Démarche engagée sur le département :

- Identification des besoins sur les 3 bassins de vie (Annonay, Aubenas, Privas) pour 7 enfants âgés de 3 ans en 2016 voire 4 ans un recensement a été effectué auprès des CAMSP, CEDA, CMP, PMI.
- Identification des écoles susceptibles d'accueillir l'UEM : 2 salles recommandées. - Identification des ESMS potentiellement porteurs : IME ou SESSAD ayant une expertise dans la prise en charge autistique. Création dans le cadre d'une extension de capacité.

Le choix s'est porté sur le bassin Albenassien et l'école maternelle de Vals Les Bains a été retenue. Après le lancement d'un appel à candidature le projet de l'association Béthanie porté par l'IME des Tisserands à Chassiers a été sélectionné. S'en est suivie une campagne de communication auprès des associations, des membres de la COMEX, des médecins généralistes, pédiatres libéraux et en CH, pédopsychiatres, PMI...

Mise en œuvre concrète du projet (montée en charge progressive)

- Concrétisation des demandes d'orientation des enfants susceptibles d'être accueillis à l'UEM. - Orientation par la MDPH - Recrutement d'un enseignant - Finalisation du projet de service et recrutement du personnel par l'association Béthanie - Formation par le CEDA - Prise en charge des enfants septembre 2016 »

MDPH de l'Aveyron (12)

Dans le cadre du plan autisme 2013-2017, un projet de création d'une unité d'enseignement en classe maternelle pour améliorer l'inclusion scolaire des enfants avec autisme ou autres TED dès la petite enfance a été lancé fin 2015. Il s'agit d'un dispositif médico-social implanté dans une école maternelle qui accueillera 7 enfants de 3 à 6 ans, avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (TED) qui ne peuvent intégrer l'école ordinaire même avec une AVS individuelle. Les enfants sont accueillis dans ce dispositif à partir d'une orientation MDPH. Le principe est celui d'une scolarisation au plus tôt (année civile des 3 ans) et d'un accompagnement durant 3 ans maximum.

La MDPH a été associée au groupe de travail mis en place pour mettre en œuvre ce projet conduit conjointement par l'ARS et l'Education nationale. Au terme d'un appel à projets, la gestion de cette unité a été confiée à une association gestionnaire d'un IME et a été implantée dans une école maternelle de Rodez. Compte tenu de l'enjeu important concernant l'orientation des enfants vers cette unité, il a été décidé de créer un groupe de travail réunissant la MDPH, l'Education nationale, l'ARS, le CRA, le CAMSP, la CAF, la PMI. Ce groupe de travail a établi une procédure pour l'orientation des enfants vers l'UEM qui précise le rôle de chaque partenaire dans le processus, définit le circuit relatif au traitement des situations susceptibles de relever du dispositif et mis en place des commissions de concertation chargées d'examiner les dossiers repérés par les partenaires. Ces commissions sont animées par la MDPH et se réunissent à minima deux fois. A l'issue de ces commissions, l'IME auquel est rattachée l'unité prend contact avec les représentants légaux de l'enfant pour les accompagner vers le dépôt d'une demande à la MDPH. Une fois que la MDPH est saisie, la demande suit le circuit de traitement « classique ». 4 enfants ont intégrés l'Unité d'Enseignement dès l'ouverture, les 3 places ont été occupées entre les mois de novembre et janvier. Sur les 7 enfants orientés, 2 sont âgés de plus de 3 ans. Une dérogation aux conditions d'admission a été décidée afin de permettre des entrées dans le dispositif en 2017.

Aides humaines relatives à la scolarisation

Le statut et les modalités d'accompagnement des aides humaines de scolarisation a évolué ces dernières années pour répondre à des enjeux à la fois de professionnalisation des auxiliaires de vie scolaire et le choix laissé aux MDPH entre les modalités d'accompagnement pour une scolarisation en classe ordinaire (individualisée – AVS i, mutualisée – AVS-m). Deux statuts d'aides humaines peuvent être distingués : les accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH) qui peuvent être individuels, mutualisés, ou exercer au sein de dispositifs collectifs ; ainsi que les auxiliaires de vie scolaire sous contrat unique d'insertion (AVS CUI).

Les MDPH font le constat de l'augmentation du nombre de demandes d'accompagnement scolaire en milieu ordinaire par un AESH / une AVS. L'analyse de cette augmentation confirmée par les statistiques nationales par le poids de ces demandes parmi l'ensemble des demandes enfants (de 14 % en 2012 à 18 % en 2016) ainsi que par l'évolution observée sur la même période des volumes de demandes d'aides humaine à la scolarisation dans un échantillon de 48 MDPH, pourrait en partie s'expliquer par :

- le manque de place en ESMS ;
- l'augmentation des demandes de compensation (aides humaines mutualisées notamment) pour des enfants présentant des troubles cognitifs (TSLA par exemple) qui peuvent être repérés plus précocement.

MDPH des Yvelines (78)

Les décisions de scolarisation avec aide humaine aux élèves handicapés (AHEH) individuelle ou mutualisée restent largement majoritaires. Ces décisions ainsi que celles liées à l'orientation scolaire des enfants handicapés ne cessent de croître (+ 7,1 % pour les premières et + 14,1 % pour les secondes par rapport à 2015).

MDPH du Tarn-et-Garonne (82)

Les demandes d'aides humaines à la scolarisation (ex auxiliaires de vie scolaire) continuent d'augmenter (+4,94 % par rapport à 2015), 12,23 % d'entre elles ont été refusées. Cette augmentation peut s'expliquer par:– le manque de places en établissements spécialisés, qui induit le maintien des élèves en milieu ordinaire (notamment ULIS) avec AVS individuelle pour compenser les troubles du comportement et le manque d'autonomie des enfants, - une volonté de démarche

inclusive qui se traduit notamment par une tendance à notifier un parcours de scolarisation en milieu ordinaire grâce au couplage AVS-i et accompagnement thérapeutique type SESSAD ou prise en charge libérale dans le cadre de l'AAEH- des demande d'AVS de plus en plus précoces constatées dès l'entrée en petite section faisant suite à un diagnostic du CAMSP-- la scolarité des enfants souffrant de troubles psychiques, avec AVS mutualisée afin de permettre une certaine stimulation par leur immersion en milieu ordinaire – des demandes d'AVS mutualisées pour les enfants DYS.

Le taux d'accord sur l'accompagnement humain en milieu scolaire ordinaire tend à diminuer légèrement : de 84 % en 2012, 83 % en 2013 puis 81,3 % en 2014, le taux d'accord atteint 78,4 % en 2015 comme en 2016. Certaines MDPH expliquent l'augmentation du taux de refus par :

- une meilleure compréhension du rôle des aides humaines ainsi qu'une évaluation plus fine des situations ;
- l'appui croissant sur le GEVA-Sco, qui apporte des éléments d'aide à la décision.

MDPH des Hautes-Alpes (05)

Les refus d'AHS (individualisés et mutualisés) ont fortement augmentés. Les refus s'expliquent en raison d'une évaluation plus précise en équipe pluridisciplinaire et en équipe de suivi de la scolarisation (ESS). Dans le cadre de réunions régulières entre la MDPH et l'Inspection d'Académie (réunions ASH), les enseignants référents, au nombre de quatre, analysent le bien-fondé de la mise en place des auxiliaires de vie scolaire (AVS) auprès des familles.

Si la diminution du taux d'accord reflète une tendance nationale, elle n'est toutefois pas observée sur l'ensemble des territoires.

L'accompagnement par des AESH/AVS permet de contribuer au renfort de l'inclusion en milieu scolaire des enfants et adolescents en situation de handicap. Mais plusieurs MDPH évoquent un certain nombre de difficultés dans le choix de ce type d'orientation. Elles concernent principalement :

- des contraintes pour la mise en place d'aides humaines mutualisées en territoires ruraux, notamment lorsqu'elles doivent partager leur temps entre plusieurs sites distants ;
- l'adéquation entre le niveau de formation des AVS et la nécessité de pouvoir appréhender les besoins des enfants du premier et du second degré ;

MDPH de Moselle (57)

La mise en œuvre de l'accompagnement des enfants par des AVS reste un sujet de tension en Moselle pour les parents comme pour les institutions. En effet, la situation des AVS évolue car désormais ils accompagnent également des élèves du second degré (45 %) ce qui demande une formation plus poussée.

MDPH de Saône-et-Loire (71)

La part de refus et des « fins d'accompagnement » [AVS] passe à 30 % : pour les enfants présentant des troubles des apprentissages d'autres alternatives sont proposées l'attribution de matériel pédagogique adaptée pour permettre une autonomie plus pérenne, la mise en place d'aménagements et adaptations scolaires dans le cadre d'un PPS, la préconisation d'un PAP, ou une orientation plus adaptée type ulis ou segpa »

Matériel pédagogique adapté

Depuis le décret n° 2014-1485 du 11 décembre 2014, le matériel pédagogique adapté entre dans les aides à la scolarisation qui donnent lieu à une décision d'attribution par la CDAPH (auparavant la CDAPH émettait un avis).

Plusieurs MDPH témoignent d'une augmentation des demandes en lien avec le matériel pédagogique adapté. Si cette augmentation n'est pas validée au niveau national par des données statistiques consolidées²⁰, si cette augmentation existe, elle pourrait être liée à un meilleur dépistage de certains troubles (troubles spécifiques du langage et des apprentissages principalement, mais également troubles sensoriels et troubles du spectre de l'autisme) pouvant justifier, selon les situations, un plus grand recours à ce type d'aide.

Cependant, les MDPH indiquent également que les demandes ne sont pas toujours appropriées (demandes incomplètes/ prématurées ou situations ne relevant pas du champ du handicap) ce qui expliquerait l'augmentation du taux de refus qui peut être observées dans un certain nombre MDPH.

Enfin, on peut noter la mise en œuvre par la MDPH des Hautes-Alpes (05) d'une fiche de liaison entre les équipes de l'Education nationale et la MDPH pour appuyer l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire.

MDPH du Tarn-et-Garonne (82)

De même, les demandes de matériels pédagogiques sont en constante évolution depuis 2013 (+ 78 % entre 2013/2016). Rien que sur l'année 2016, une hausse de + 65,75 % a été enregistrée en lien probablement avec l'évolution du nombre d'enfants diagnostiqués DYS.

MDPH du Vaucluse (84)

Le nombre important de rejets s'explique par les raisons suivantes : • La demande est prématurée par rapport à l'âge de l'élève ou aux prises en charge extérieures (notamment en ergothérapie) dont il bénéficie [...]

2. L'emploi

Les demandes relatives à l'emploi et à l'orientation professionnelles restent une activité importante des MDPH, notamment sur le volet adulte où elles représentent la moitié des demandes (51 %). La CDAPH peut se prononcer sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et émettre des décisions sur les orientations en établissement et service d'aide par le travail (ESAT), sur des préconisations en entreprises adaptées, sur des orientations vers des organismes d'insertion professionnelle (comme les centres de rééducation professionnelle). La CDAPH n'est pas compétente pour émettre des décisions sur les demandes de formation en milieu ordinaire.

Une augmentation de l'activité confirmée en 2016

Un grand nombre de MDPH dresse le constat de l'augmentation des demandes liées à l'emploi, qu'elles concernent les orientations professionnelles ou les demandes de RQTH. Cette évolution reste à être

²⁰ Augmentation en volume non confirmée (sur 47 MDPH dont la donnée est dispo entre 2012 et 2016) et la part des avis de matériel pédagogique parmi l'ensemble des demandes déposées pour le public enfant diminue (évolution pouvant être liée à la place qu'occupent dans le temps d'autres prestations sur la même période).

confirmée par les statistiques nationales, elle est donc à analyser avec précaution. Les MDPH avancent plusieurs facteurs explicatifs qui pourraient expliquer cette évolution de ces demandes sur leur territoire :

- le vieillissement de la population au travail ;
- la meilleure sensibilisation des salariés et employeurs sur l'importance de la RQTH.

MDPH de la Côte-d'Or (21)

Ces chiffres sont révélateurs des difficultés économiques actuelles qui incitent les personnes à demander un statut de travailleur handicapé dans l'espoir de conserver leur emploi ou bien de bénéficier d'un accompagnement spécifique lorsqu'elles sont inscrites à Pôle Emploi.

MDPH de la Moselle (57)

On note une hausse sensible du nombre de demandes concernant les orientations professionnelles. Cette hausse (14 %) est en lien direct avec l'octroi systématisé en 2016 d'une orientation professionnelle alors même lorsque les personnes ne l'ont pas sollicitée et/ou que leur état de santé ne leur permet pas d'envisager une activité professionnelle à court ou moyen terme, voire définitivement. La décision d'orientation mentionne dans ce cas que l'orientation est proposée « sous réserve de la stabilisation de l'état de santé ».

Un nombre important de partenaires de l'emploi

La grande majorité des MDPH souligne l'importance du travail partenarial avec les acteurs locaux de l'emploi pour optimiser le parcours vers l'emploi. Les partenariats locaux mis en place varient d'une MDPH à l'autre. A titre d'exemples, peuvent être cités :

- les acteurs du service public de l'emploi, notamment Pôle emploi, missions locales Cap emploi, dont les partenariats sont formalisés par des conventions. Ce partenariat prend des formes diverses : participation aux équipes pluridisciplinaires ; transmission d'informations avec l'accord de la personne ; rencontres régulières, etc. ;
- les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), les services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH), les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de pré-orientation (CPO) sont également des partenaires privilégiés des MDPH. Ils participent dans la majorité des territoires aux équipes pluridisciplinaires et des travaux d'échanges interprofessionnels sont engagés avec plusieurs MDPH.
- la mutualité sociale agricole (MSA), dont les professionnels peuvent participer aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation ;
- les caisses d'assurance retraite (CARSAT), organismes avec lesquels les partenariats consistent principalement en un relais d'information ;
- les programmes régionaux d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH), dans lequel les MDPH peuvent être investies au niveau stratégique (comité de pilotage) et opérationnel (groupes de travail) ;
- les réseaux territoriaux HANDIPACTE, installés dans chaque Région par le comité national du FIPHFP, où les MDPH peuvent engager des actions d'information et de sensibilisation (sur la RQTH par exemple) ;
- l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) et le FIPHFP.

MDPH de Loire-Atlantique (44)

Par ailleurs, la MDPH, Pôle emploi et la DIRECCTE sont également signataires d'une convention Service public de l'emploi (SPE), qui précise leur partenariat à l'échelle locale. Ce partenariat est très satisfaisant. En témoignent notamment la participation d'un conseiller emploi et d'une psychologue de Pôle emploi aux [équipes pluridisciplinaire] professionnelles et l'exploitation de DUDE, une plateforme compilant les données d'un ensemble d'acteurs tels que les maisons de l'emploi, les missions locales, les Départements, les MDPH, etc. Ces données aident l'[équipe pluridisciplinaire] à proposer une orientation adaptée à la personne.

MDPH de l'Yonne (89)

Programme Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PRITH) : La MDPH est investie dans les actions du PRITH. Investissement dans le comité de pilotage départemental (qui détermine les actions de gouvernance et de coordination) et dans les différents groupes de travail. L'accompagnement des personnes en situation de handicap dans le cadre du retour à l'emploi nécessite une prise en charge multi partenariale et un accompagnement sur la durée. Le PRITH est parti du constat suivant : pour être efficiente cette collaboration d'acteurs doit d'abord partager une culture commune et identifier la place de chacun dans le processus global. Pour cela, la MDPH participe notamment au groupe des « référents de l'Yonne » qui se réunit 3 fois par an. Ce groupe est constitué de personnes ressources identifiées, spécialistes du handicap ou référents dans des organismes de droit commun. La MDPH participe également à la professionnalisation des acteurs de l'orientation et de la formation, et aux actions « accompagnement vers l'emploi et handicap psychique ». La fusion des régions « Bourgogne » et « Franche-Comté » va amener des évolutions concernant la gouvernance du PRITH. La MDPH devra trouver sa place dans cette nouvelle organisation en lien avec la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) et l'ensemble des partenaires.

Enfin, des MDPH engagent des partenariats avec des acteurs spécifiques de leur territoire, à l'image par exemple de la MDPH de la Haute-Vienne qui a mis en place un partenariat avec une unité d'évaluation et réhabilitation professionnelle (CER) d'un établissement de santé spécialisé. .

MDPH de Haute-Vienne (87)

Evaluation CER (Centre d'Evaluation et de Réhabilitation) Partenariat Centre d'Evaluation et de Réhabilitation d'Esquirol (CER)/MDPH : Partenariat mis en œuvre en 2016. Le CER est une unité pluridisciplinaire du Centre hospitalier psychiatrique de Limoges (médecin, psychologue, cadre de santé, infirmier, assistant socio-éducatif, aide-soignant, agent des services hospitaliers). Cette unité évalue et prend en charge le handicap psychique et ses répercussions en vue d'une préparation à l'insertion sociale et/ou professionnelle et/ou scolaire. Afin de mettre en place un projet socio-professionnel, l'équipe procède à une évaluation spécifique du handicap psychique (clinique, neuropsychologique et fonctionnelle), à une réhabilitation ciblée sur les dimensions liées au travail grâce aux ateliers internes, à un partenariat avec le milieu protégé et ordinaire de travail. L'admission se fait sur prescription médicale d'un psychiatre sur le principe d'une hospitalisation de jour (35h/semaine) au sein d'un groupe de patients restreints et au travers de contrats individuels passés entre le patient et l'équipe. La convention CER/MDPH 87 a pour objet de définir le cadre d'intervention des équipes respectives dans l'exécution de leurs missions : accueil, information et évaluation de l'employabilité des personnes handicapées psychiques ainsi que dans l'appropriation du parcours d'orientation. Dans le cadre de l'étude d'une demande de RQTH/ORP et/ou AAH, après évaluation du médecin psychiatre expert de la MDPH et adhésion de l'utilisateur, ce dernier pourra intégrer le CER en vue: - d'une évaluation pluridisciplinaire (médi-co-psycho-sociale) visant à déterminer la restriction à la participation dans le champ de la réinsertion professionnelle sur une période maximale de deux mois à raison de 5 jours semaine (L-J : 9h – 16h ; V : 9h – 14h) - d'un accompagnement à l'insertion professionnelle au moyen de mises en situation en milieu ordinaire ou protégé. A l'issue, un bilan est adressé à la MDPH pour aider à la prise de décision de la CDAPH.

L'amélioration du suivi des orientations et des partenariats

Plusieurs MDPH indiquent rencontrer des difficultés dans leur travail d'orientation du fait par exemple :

- du manque de places disponibles en milieu adapté sur leur territoire (en ESAT notamment) ;
- du manque d'informations sur les parcours professionnels dans les demandes déposées ;
- des difficultés d'adaptation des structures d'accueils aux spécificités des publics (troubles psychiques, TSA, etc.).

Ainsi des réflexions sont menées afin de pallier certaines de ces difficultés et dans l'objectif d'améliorer la qualité de l'évaluation et des réponses apportées aux usagers.

En premier lieu, en ce qui concerne l'évaluation spécifique des situations relatives à l'emploi par les équipes pluridisciplinaire, les MDPH s'appuient de plus en plus sur les outils développés par leurs partenaires (DUDE, POPS) et font évoluer leurs outils internes pour appuyer l'évaluation (fiches parcours professionnels, mise en œuvre de dispositifs d'évaluation multi partenarial, questionnaire d'évaluation professionnel revu en lien avec les partenaires, etc.).

Des actions visant l'amélioration de la mise en œuvre et du suivi des orientations proposées par la CDAPH peuvent également être identifiées. Il s'agit par exemple de :

- l'attention particulière sur les orientations vers les ESAT qui peut passer par la mise en place de stages de découverte dans les milieux professionnels avant toute demande d'orientation pour s'assurer de sa pertinence. Cette pratique est cadrée juridiquement par la convention relative à la mise en situations professionnelle au sein d'établissements ou services par le travail (MISPE), issue du décret du 10 octobre 2016;
- la mise en place d'outils de suivi des orientations, en lien avec les structures partenaires.

En sus du développement d'outil d'évaluation par les MDPH, certaines ont engagé des actions visant à améliorer le contact avec le demandeur, qui peut prendre la forme, selon les situations, de systématisation des contacts téléphoniques avec les personnes lors d'orientations vers les CRP/CPO ou de la rencontre avec les usagers pour toute demande d'orientation professionnelle. Ces rencontres peuvent avoir lieu lors de sessions collectives animées par les MDPH et leurs partenaires ou lors d'entretiens individuels spécialisés.

Des réflexions visant à améliorer les échanges partenariaux sont également engagées. Parmi ces réflexions, peuvent être citées à titre d'exemple :

- la mise en place de visites par les équipes d'évaluation dans les structures d'insertion professionnelle (ESAT par exemple) afin d'échanger sur les pratiques avec les professionnels de ces établissements ;
- le renfort du travail partenarial sur les évaluations pour appliquer le principe de subsidiarité (la structure la plus compétente assure la prise de décision).

MDPH de Haute-Marne (52)

Travail partenarial entre le SDAIP et la MDPH sur la gestion et la fiabilisation de la liste départementale des personnes en attente d'une entrée en ESAT Un travail mensuel en lien avec la MDPH et les ESAT a permis de recenser toutes les personnes bénéficiant d'une orientation professionnelle vers les ESAT, à compter du 1er janvier 2007. Au 31/12/2016, 353 personnes sont orientées vers les ESAT et sont en attente d'une place dans un établissement

MDPH du Haut-Rhin (68)

Les usagers sont rencontrés par les professionnels de la MDPH dans le cadre d'une demande d'orientation professionnelle avec différents objectifs : les usagers demandeurs d'une orientation ou d'une formation professionnelle sont invités à participer à des informations collectives animées par la

MDPH et ses partenaires. Les séances se décomposent en un temps collectif de présentation des différents dispositifs d'insertion professionnelle et un temps d'entretien individuel afin d'apporter une réponse la plus adaptée possible à l'usager. Les usagers peuvent être invités en pré commission thématique orientation professionnelle. Ils ont la possibilité d'exprimer leur situation et/ou leur projet en matière d'insertion professionnelle auprès de l'équipe pluridisciplinaire. Celle-ci va être source de propositions personnalisées. Cette possibilité est privilégiée dans les parcours complexes. Des entretiens socio-professionnels peuvent être proposés aux usagers. Ces derniers sont reçus par les assistantes sociales du PAOP. Les entretiens permettent de réaliser une analyse globale de la situation de l'usager, ce sont des moments d'échange privilégiés qui assurent une meilleure compréhension de situations complexes. Ces entretiens peuvent être associés à une visite médicale. L'ensemble de ces actions est en augmentation (+16 %). Elles correspondent à une volonté d'évaluer précocement les situations professionnelles des personnes handicapées pour favoriser une dynamique d'insertion. Toutes ces mesures sont possibles grâce à l'existence d'un réseau partenarial solide et interactif

MDPH de Saint-Pierre-et-Miquelon (975)

L'employabilité des personnes en situation de handicap reste limitée sur le territoire, l'obligation d'emploi n'étant que partiellement mise en œuvre et les possibilités de reconversion, d'adaptation de poste ou de reclassement étant restreintes dans un marché de plein emploi, dominé par des petites et très petites entreprises.

L'archipel ne dispose pas d'entreprise adaptée, structure qui pourtant répondrait aux besoins d'un certain nombre de travailleurs handicapés (une dizaine de personnes recensées depuis 2012). Affilié à l'UNAPEI, le seul ESAT de l'archipel accueille des travailleurs majoritairement porteurs d'un handicap mental. Dans ce contexte et au vu des activités proposées, l'intégration de personnes porteuses de handicap psychique ou physique s'avère aujourd'hui difficile. De plus, l'ESAT est basé à Saint-Pierre, ce qui complique l'accès aux résidents de Miquelon. Un développement et une diversification de l'activité de l'établissement, incluant davantage d'intégrations en milieu ordinaire, permettrait une meilleure adaptation au contexte actuel.

3. Les orientations en établissements et services médico-sociaux

Les principales caractéristiques des orientations adultes et enfants

Le secteur adulte

L'augmentation générale de l'activité des MDPH est perceptible dans le champ des orientations d'adultes, qui s'explique aussi par une meilleure orientation des usagers par les partenaires sociaux. Plusieurs MDPH font le constat d'une augmentation des orientations vers des accompagnements en milieu ouvert (services d'accompagnement à la vie sociale –SAVS- et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés - SAMSAH). Dans certaines MDPH, ces évolutions s'accompagnent de réflexions de fond sur l'évaluation et les orientations en SAVS/SAMSAH selon les missions de ces services d'accompagnement. Il convient toutefois de rappeler que ces constats sont ceux de certaines MDPH qu'il conviendra de confronter par la production de statistiques nationales

MDPH de la Creuse (23)

Depuis 2013, la CDAPH a souhaité notifier les décisions d'orientation SAMSAH même si ce service n'existait pas sur le département, afin de faire remonter les besoins. A ce jour, il y a 85 personnes orientées SAMSAH et à défaut SAVS. L'ARS Nouvelle Aquitaine a annoncé un prochain appel à projet pour la création de places SAMSAH.

MDPH du Morbihan (56)

Si on simule une année 2016 avec l'ensemble des places qui seraient disponibles, selon la nature de l'établissement ou du service, pour les adultes, on observerait que la seule année 2016 remplirait entre 37 % des places (SAVS) et 90 % (places en SAMSAH).

Autre caractéristique notable des orientations adultes, la préoccupation croissante des MDPH vis-à-vis des orientations en ESMS des personnes handicapées vieillissantes. Plusieurs MDPH évoquent des travaux engagés, souvent en lien avec l'ARS ou le conseil départemental, pour mieux appréhender cette problématique. Ont ainsi par exemple été organisées des travaux sur :

- le recensement et l'analyse des besoins des personnes ;
- la mise en place d'un dispositif spécifique d'instruction des renouvellements d'orientations ;
- la création de places « personnes handicapées vieillissantes » au sein des établissements.

MDPH des Pyrénées-Orientales (66)

Parallèlement, grâce à la volonté conjointe du Conseil départemental et de l'Agence Régionale de Santé, le Département des Pyrénées orientales a vu son offre de service se développer avec la création de places en Établissement pour des Personnes Handicapée Vieillissantes (PHV). Le Conseil départemental a souhaité que cette nouvelle orientation puisse être portée par la MDPH. L'équipe chargée de l'évaluation des orientations adultes de la MDPH a travaillé sur une définition des usagers relevant de cet établissement qui a été validée par la COMEX. • à titre principal des personnes handicapées âgées de 60 ans et plus nécessitant un accompagnement dans l'accomplissement des actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins réguliers ; • par dérogation des personnes âgées de moins de 60 ans nécessitant un accompagnement dans l'accomplissement des actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance et des soins réguliers lorsqu'il aura été constaté un vieillissement prématuré et une situation d'isolement ou de criticité caractérisée.

Le secteur enfant

Sur un échantillon de 90 MDPH, les orientations d'enfants en IME (42 %) et SESSAD (44 %) sont les plus fréquentes. Les orientations en ITEP et en IEM représentent respectivement 10 % et 4 % des orientations en ESMS enfants. A noter, certaines MDPH indiquent orienter des enfants ayant en moyenne plus de 12 ans, en dernier recours après une scolarisation en classe ordinaire (avec ou sans aide à la scolarisation).

MDPH de Haute-Saône (70)

On note que les enfants sont principalement orientés en établissement après avoir fait des tentatives de scolarisation ordinaire en primaire. Les âges « collège et lycée » sont les plus représentés : 73,35 % des enfants orientés en établissement ont plus de 12 ans (71,86 % en 2015, 74,17 % en 2014, 72,54 % en 2013, 71,9 % en 2012). 73,12 % des enfants orientés en EMS ont entre six et seize ans (69,79 % 69,67 % en 2014, 69,28 % en 2013, 70,26 % en 2012).

L'impact de l'offre médico-sociale et sanitaire

L'orientation se fait normalement hors contrainte de l'offre, pour permettre aux équipes pluridisciplinaire de proposer des orientations, droits et prestations les plus pertinents au regard des besoins résultants de l'analyse de la situation de chaque personne. Ainsi les MDPH essaient d'individualiser de plus en plus l'élaboration des plans de compensation pour proposer aux personnes des solutions qui seront réellement opérationnelles. Elles souhaitent proposer des réponses plus modulaires, plus diversifiées, de ne pas raisonner seulement en termes de places. Toutefois, les MDPH sont amenées à prendre en compte les réponses existantes sur le territoire, les liens à anticiper entre intervenants. D'autant que leur connaissance de ces réponses, par exemple des délais d'admission et des listes d'attente est de mieux en mieux outillée.

Les MDPH identifient, même dans un contexte de transformation de l'offre et d'évolution des pratiques, sur leur territoire un déficit de places d'accompagnement en ESMS et ce déficit concerne principalement les

structures d'accompagnement des enfants. Ce manque de places constaté sur les listes d'attente est aggravé par une tension croissante des possibilités d'accueil en pédopsychiatrie. Ce qui entraîne un risque de manque de coordination et un risque accru de rupture dans les parcours.

Les MDPH y voient un risque d'enchaînement de conséquences négatives :

- si une orientation cible ne peut se mettre en œuvre, les MDPH sont amenées à construire d'autres types de réponses ; des situations d'enfants qui se complexifient lorsqu'ils ne peuvent bénéficier d'un accompagnement adapté à leur besoin.

MDPH du Jura (39)

Pour les EMS : comme les années précédentes, les familles sont confrontées à l'attente d'une place pour leur enfant (liste d'attente considérable pour certains établissements). Dans l'attente d'une place, il est possible pour certains de les maintenir encore une année scolaire en ULIS au vu de leur âge et de leurs « capacités » à poursuivre une année. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont confrontés à certaines situations d'enfants ou d'adolescents accueillis en établissement médico-social mais pour lesquels des périodes d'hospitalisation (15 jours maximum) en service de pédopsychiatrie sont nécessaires et mises en place. Ces jeunes sont « à la limite » d'une prise en charge médico-sociale et d'une prise en charge sanitaire. Faute d'établissements spécifiques pour ces quelques jeunes, une prise en charge adaptée sur du long terme est difficile à mettre en place (manque de structures, manque de place en pédopsychiatrie (hospitalisation) et de moyens humains et financiers).

MDPH du Val-de-Marne (94)

De plus en plus de demandes de doubles ou triples voire quadruples orientations « pour ouvrir les possibilités d'orientation du jeune vers un dispositif adulte » • De plus en plus de demandes d'orientations par défaut : -De plus en plus de demandes de SAVS dans l'attente d'une place en établissement adulte en sortie d'IME et d'amendement CRETON. -Des entrées en ESAT qui ne sont plus possibles si le jeune n'est pas autonome dans les transports ou directement performant (l'apprentissage devant se faire auparavant en IMPRO ou en Foyer de Vie accueil de jour de type section d'accueil spécialisé (SAS) ou centre d'initiation au travail et aux loisirs (CITL). Il semblerait en effet que, du fait de la pression économique qu'ils subissent, les ESAT sont contraints de plus en plus souvent de privilégier les enjeux de rentabilité aux enjeux d'accompagnement éducatif et professionnel -Demandes d'accueil de jour + foyer d'hébergement par manque de place en Foyer de Vie en internat (des listes d'attente de plus de 300 personnes) -demande de réorientations en FAM ou MAS à la demande d'établissements belges. Des difficultés à trouver des solutions pour certains handicaps

- *d'accompagnement : SAVS ou SAMSAH si le jeune n'est pas en situation de handicap psychique ou mental, s'il est en situation de handicap sensoriel notamment auditif, s'il est atteint de cérébrolésion ou s'il est dyspraxique.*
- *-d'accompagnement en Milieu Ordinaire pour les jeunes en situation de handicap qui désirent poursuivre des études ou trouver un poste adapté autre part que dans un ESAT où le travail manuel est privilégié notamment pour les jeunes dyspraxiques ou autistes de type Asperger.*

Certaines MDPH indiquent cependant ne pas connaître ces situations, à l'image par exemple de la Lozère (48), historiquement bien équipée.

MDPH de Lozère (48)

[...] Le département de la Lozère est historiquement une terre d'accueil [des personnes en situation de handicap] et d'innovation pour la prise en charge des personnes handicapées. [...] Son taux d'équipement est ainsi élevé au regard de ce qui est constaté au niveau régional et national : 19,76 places d'hébergement pour enfants pour 1000 habitants (7,41 en région ; 6,60 en France) ; 15,52 places d'hébergement pour adultes pour 1000 habitant (2,25 en région ; 1,50 en France).

Les commissions en charge des situations critiques : vers la construction de solutions partenariales pour trouver des réponses communes

La circulaire du 22 novembre 2013 prévoit un dispositif d'alerte et de traitement gradué au niveau départemental, régional et national pour les situations jugées critiques. La circulaire les définit comme des situations :

- dont la complexité de la prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours (retours en famille non souhaités et non préparés, exclusions d'établissements, refus d'admission en établissement) ;
- et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.

A l'échelon départemental, les MDPH doivent mettre en place une commission en charge de la gestion des situations critiques : elle examine les situations critiques et identifie les éléments de blocage ainsi que les modalités permettant d'aboutir à une réponse adaptée. La commission formalise une solution, qui sera présentée à la CDAPH. Elle signale à l'ARS les situations pour lesquelles aucune réponse locale n'a été trouvée.

La totalité des 55 MDPH qui ont répondu à l'enquête annuelle de la CNSA indique avoir mis en place une commission situations critiques en 2016 ou avant.

En 2016, on constate une augmentation des saisines de la commission par les établissements (21 % contre 19 % en 2015), l'utilisateur ou sa famille (13,5 % contre 10 % en 2015) et une diminution des propositions par les MDPH 13 % (26 % en 2015).

En outre, 6,5 % de ces saisines concernent un refus de l'orientation par la personne ou sa famille et 77 % une problématique d'admission (absence de places, accompagnement trop complexe au regard de l'accueil proposé par l'établissement)

Les MDPH ayant mis en place une commission chargée de la gestion des situations critiques soulignent la prépondérance des situations d'enfants présentant des troubles du comportement (avec ou sans troubles psychiques ou troubles du spectre de l'autisme) et/ou pris en charge par l'aide sociale à l'enfance. Certaines ont également, à l'image de la MDPH du Calvados, mis en place un pré-tri des dossiers orientés vers la commission afin de s'assurer que ceux-ci correspondent bien aux critères établis par la circulaire.

MDPH de la Manche (50)

Une commission cas critiques a été mise en place en Novembre 2016 (4 situations), une procédure a été écrite et validée par l'ensemble des partenaires (ARS, Education nationale, Conseil départemental). Elle se réunit tous les mois. Les situations présentées relèvent essentiellement d'enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance

MDPH du Val-de-Marne (94)

On note une forte proportion de situations de personnes avec troubles du spectre autistique (TED-autiste) : 83 %. [...] Les enfants et adolescents avec TSA présentent parfois des troubles sévères de comportement, en lien avec des troubles sensoriels et organiques difficiles à détecter. Il est parfois nécessaire de revoir un traitement dans un cadre hospitalier sécurisé et adapté.

La circulaire du 22 novembre 2013 définissant la composition des commissions prévoit la présence, en sus de la MDPH, de : « l'ARS, [du] CD, [de] la CPAM (caisse primaire d'assurance-maladie), [du] secteur hospitalier (psychiatrie et/ou somatique) adulte et enfant, [des] représentants des gestionnaires médico-sociaux, [des] représentants des personnes et de leurs familles et l'Education nationale, en tant que de besoins, [du] ou

[des] directeur(s) des établissements concernés, le cas échéant ». Si cette composition n'est pas systématiquement respectée en totalité par toutes les MDPH, on note toutefois la récurrence de la présence minimale de l'ARS, et du conseil départemental.

L'ARS est un partenaire privilégié des MDPH dans la gestion des situations critiques : dans certaines configurations, elle peut être amenée à étudier conjointement la situation avec les MDPH avant son passage en commission.

Ainsi, la composition pluri partenariale dans les MDPH ayant répondu à l'enquête pour l'année 2016 est la suivante :

- présence systématique des MDPH, des conseils départementaux et des l'ARS (100 %)
- présence importante des acteurs institutionnels : Education nationale (92,5 %), ASE (79 %), CPAM (70 %) ;
- présence quasi-systématique des représentants associatifs et des établissements gestionnaires (91 %) ;
- présence importante du secteur sanitaire (87 %) dont majoritairement le secteur psychiatrique (85 %) ;
- présence non systématique des représentants des familles/usagers (74 %)

En 2016, 997 situations ont été étudiées (pour 55 MDPH) soit une moyenne de 18,1 situations par département (contre 17,6 en 2015)

- **86,9 % (866) ont été qualifiées de « critiques »** (76 % en 2015), soit en moyenne plus de 15,7 (contre 11 en 2015) situations par département
- **82 % des situations critiques sont traitées ou en cours de traitement au niveau départemental**

Sur les situations résolues de façon **provisoire**, 68,4 % le sont par une admission en ESMS ; Sur les situations résolues de façon **pérenne**, ce chiffre est de 80,3 %.

Plusieurs MDPH identifient des freins à la mise en œuvre de la commission situations critiques : situations qui ne correspondent pas au périmètre défini par la circulaire du 22 novembre 2013 (situation critique) mais qui sont complexes et qui nécessitent une prise en compte particulière ; caractère chronophage de la gestion de la commission pour les MDPH ; mobilisation complexe de certains partenaires ; articulations difficiles pour les situations relevant à la fois du champ sanitaire et médico-social ; manque d'offre sur les territoires pour permettre de trouver des solutions pérennes.

L'impact de la mise en œuvre des commissions est toutefois dans l'ensemble considéré comme positif par les MDPH qui l'évoquent dans leur rapport d'activité. Si l'analyse des situations étudiées en commission permettrait une meilleure observation des situations critiques du territoire, c'est essentiellement le travail partenarial engagé qui est souligné par les MDPH. Ainsi, la mobilisation conjointe des acteurs du champ social, sanitaire médico-social permettrait dans certains territoires de dépasser des logiques de travail cloisonnées et participerait à la construction d'une culture commune d'élaboration de réponses aux situations.

En outre, plusieurs MDPH évoquent la mise en application de l'instruction interministérielle du 22 janvier 2016 qui précise les modalités de mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêts des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique. Selon cette instruction, toute orientation vers un ESMS belge, qu'elle soit sollicitée par la personne ou anticipée par les MDPH, doit faire l'objet d'une évaluation en commission « situations critiques » (ou entrant dans le cadre de la mise en œuvre anticipée du dispositif d'orientation permanent le cas échéant).

Ainsi les MDPH ayant mis en application cette instruction estiment que le dispositif est pertinent pour permettre de trouver d'autres réponses sur le territoire de vie de la personne, dans un contexte où certains territoires observent une augmentation de ce type de demandes. Pour certaines d'entre elles, la gestion du dispositif a représenté une part importante des situations étudiées par la commission.

MDPH de Haute-Savoie (74)

Problématique spécifique cette année, les demandes d'orientation vers la Belgique : suite à la Circulaire Ministérielle du 22/01/2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités des personnes handicapées vers la Belgique, les demandes ont été systématiquement présentées en commission. Alors que traditionnellement, du fait de l'éloignement géographique de la Haute-Savoie, peu de demandes d'orientation vers un établissement belge étaient formulées jusqu'à présent, il a été constaté cette année une augmentation de ces demandes émanant des hôpitaux psychiatriques (eux-mêmes démarchés par structures belges).

Des bonnes pratiques et perspectives d'évolution de la commission situations critiques sont identifiées par les MDPH et plusieurs d'entre elles ont entrepris de faire évoluer la configuration de la commission en 2016 :

- dans le Tarn, la préparation de l'étude des situations en amont de la commission a été renforcée par une fiche de synthèse, des échanges avec l'ARS et les partenaires ;
- plusieurs MDPH, engagées dans la démarche « **Réponse accompagnée pour tous** » ou ayant déposé en 2016 un demande pour adhérer à la deuxième vague de mise en œuvre de la démarche, ont entrepris de **faire évoluer la commission** dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent qui implique davantage la personne concernée dans la construction de sa réponse. Plusieurs de ces MDPH ont ainsi indiqué avoir élargi l'accès à la commission aux partenaires (comme la protection judiciaire de la jeunesse par exemple), convoqués selon leur compétences et leur pertinence vis-à-vis des situations étudiées.

L'évolution de la commission pour préfigurer la mise en œuvre de la démarche « Réponse accompagnée pour tous » et son glissement progressif vers les groupes opérationnels de synthèse permettrait selon certaines MDPH de dépasser les difficultés identifiées sur la distinction entre situations critiques et complexes.

MDPH de Dordogne (24)

En s'appuyant sur la loi de modernisation de notre système de santé et en prévision de la mise en place des plans d'accompagnement globaux, l'organisation des commissions situations critiques a donc été revue pour préfigurer les groupes opérationnels de synthèse. Sont désormais conviés, pour chaque situation, les partenaires directement concernés et susceptibles d'apporter une solution. Les situations complexes sont étudiées en amont conjointement par la MDPH et l'ARS, afin de déterminer si la situation relève bien du dispositif « situations critiques », ou si elle peut être résolue directement par un appui à l'établissement d'accueil, une aide au maintien à domicile ou à la recherche de place en urgence selon les cas. Ces situations ne sont pas recensées dans le cadre du dispositif dédié mais présentent cependant des difficultés majeures pour trouver des solutions même par défaut et entreront vraisemblablement à l'avenir dans le champ des plans d'accompagnement globaux avec mobilisation du groupe opérationnel de synthèse.

MDPH de l'Hérault (34)

Pour les adultes l'accueil temporaire, la PCH, et les hospitalisations partielles restent des éléments d'étayage des situations. On note que de nombreuses situations ne sont pas critiques au sens de la circulaire du 22/11/2013, mais restent complexes, en risque de rupture. Par exemple, les situations avec maintien en scolarisation par défaut de place pour les enfants, en hospitalisation ou en établissement médicosocial inadapté pour les adultes. Elles relèveront probablement du dispositif Réponse accompagnée pour tous (RAPT), avec mise en place de plans d'accompagnements globaux. Par exemple, pour les adultes, au 31/12/2016, on dénombre 18 situations répondant à un de ces critères.

MDPH de l'Oise (60)

Cette instance permet une concertation des partenaires et préfigure la mise en œuvre de la démarche une Réponse accompagnée pour tous (RAPT) mais elle met aussi en exergue la difficulté

réelle et persistante de la MDPH à coordonner les acteurs du handicap, dans son rôle de guichet unique, afin de ne laisser aucun usager sans solution. Il faut noter que la circulaire relative aux départs en Belgique a également fortement mobilisé les équipes d'évaluation

Le travail engagé sur la résolution des situations des personnes en amendements Creton

L'article 22 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 dit « amendement Creton » permet le maintien d'adolescents et de jeunes adultes dans leur établissement médico-social au-delà de 20 ans dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée pour adultes.

Après plusieurs années de fonctionnement, le constat partagé est celui de la pérennisation d'une solution temporaire sans qu'une solution plus adaptée soit trouvée. Plusieurs MDPH indiquent travailler avec l'agence régionale de santé (ARS) et le conseil départemental (CD), sur les parcours de vie et de santé des jeunes adultes en amendement Creton, afin de proposer des orientations plus adaptées à leur situation.

Parmi les évolutions identifiées dans ce cadre, peuvent être citées à titre d'exemple :

- le renforcement de l'accompagnement des transitions entre le secteur enfant et le secteur adulte ;
- le développement et la diversification de l'offre sur le secteur adulte, avec la création par exemple de places personnes handicapées vieillissantes dans les structures d'accueil de personnes âgées ;
- l'anticipation des projets adultes dès l'entrée dans le secteur enfant ;
- l'attention particulière portée par la CDAPH dans l'examen des demandes de renouvellement d'amendement Creton et la réduction de la période d'octroi de l'amendement à un an pour permettre une réévaluation régulière de la situation ;
- la priorisation des orientations des jeunes en situation d'amendement Creton lors d'ouverture de nouvelles structures pour adultes ;
- l'appui sur la démarche « Réponse accompagnée pour tous », où les jeunes en situation d'amendement Creton peuvent être priorités dans les publics ciblés par la démarche.

MDPH de Haute-Marne (52)

Fin 2016 des réflexions et des procédures ont été engagées avec l'ARS et le conseil départemental afin d'accompagner plus attentivement les demandes de renouvellement amendement Creton. Une anticipation des projets adultes va être demandée aux ESMS et aux familles afin de mettre en place dès l'âge de 18 ans voir 16 ans des stages, des visites d'établissements pour adultes, des démarches vers l'autonomie.

MDPH de Seine-Maritime (76)

La commission porte également une attention particulière aux primo-demandeurs d'AAH ainsi qu'aux jeunes relevant de l'amendement Creton (jeunes de 20 ans et plus maintenus en structure pour enfants dans l'attente d'une place en établissement pour adultes). La commission examine systématiquement chaque demande de maintien en amendement Creton des adultes âgés de 22 ans et plus, en vue de proposer des solutions alternatives ou la fin de l'accompagnement en IME. [...] Le nombre de décisions de maintien en amendement Creton a, à nouveau, progressé en 2016, s'expliquant, par une augmentation du nombre de personnes concernées mais aussi par une volonté de la CDAPH de limiter à moins d'un an certaines décisions de maintien afin de faire un point plus régulier sur l'évolution de la situation. Au 31 décembre 2016, on totalise 131 jeunes relevant de l'amendement Creton, contre 102 l'année précédente, 137 en 2014 et 149 en 2013. Pour ce public spécifique, plusieurs actions ont mises en œuvre depuis plusieurs années :

- Bilan statistique précis soumis chaque trimestre à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- suivi et procédures spécifiques mis en place en interne, piloté par un référent

- complétude par les IME du « GEVA 18-20 + », à l'appui de la demande de maintien en aménagement Creton (ou de renouvellement du maintien), soit au moins une fois par an, afin de faire le point, avec le jeune, son représentant légal, l'équipe éducative, sur les démarches engagées dans la recherche d'une structure pour adultes
- Lors de l'ouverture de nouvelles structures, travail avec les gestionnaires pour étudier les premières admissions et ce, en lien avec les services de l'ARS et/ou du Département
- Réunions organisées par la MDPH entre les responsables d'IME et d'ESAT pour faciliter l'admission en ESAT pour les jeunes adultes qui en relèvent. Comme en 2015, une solution a été proposée à court terme à une vingtaine de jeunes, libérant autant de places en IME.

L'expérimentation en « dispositif ITEP » : un retour d'expérience positif pour les territoires expérimentateurs

Le fonctionnement en « dispositif ITEP » repose sur une orientation de la CDAPH vers un dispositif intégré entre un établissement (ITEP) et un service (SESSAD) qui permet à l'utilisateur de passer de l'un à l'autre en fonction de son degré d'autonomie sans formuler une nouvelle demande aux MDPH, et donc sans le délai inhérent à l'instruction. Cette organisation permet aux établissements et services, avec la famille, de choisir la modalité d'accueil la plus adaptée aux besoins des enfants accompagnés. Les modalités d'accompagnement en sont ainsi diversifiées, modulables et évolutives aux besoins des usagers.

Expérimenté dès 2013 dans plusieurs départements, l'article 91 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit la généralisation de ce dispositif aux MDPH et établissements qui le souhaitent, après délibération de la commission exécutive des MDPH et la formalisation d'une convention partenariale (ITEP/SESSAD ; ARS ; MDPH ; rectorat ; organismes de protection sociale). Le décret d'application de l'article 91 a été publié le 24 avril 2017. Il prévoit notamment le suivi des orientations de l'utilisateur par une fiche de liaison et la possibilité, pour l'utilisateur et sa famille, de solliciter les MDPH en cas de désaccord sur l'orientation proposée.

Les MDPH expérimentatrices du dispositif indiquent avoir conduit des adaptations organisationnelles pour mettre en place le dispositif ITEP : évolutions des systèmes d'information pour notifier l'entrée dans le dispositif, révision des modalités de versement de l'AEEH, etc. L'évolution des pratiques partenariales est également identifiée comme un prérequis important pour permettre le fonctionnement en dispositif.

Les retours formulés par les MDPH quant à l'impact du fonctionnement en dispositif sur les parcours des enfants sont positifs. La mise en œuvre du dispositif ITEP permettrait ainsi de fluidifier le parcours grâce à :

- une plus grande souplesse dans les modalités d'accompagnement proposées ;
- une plus grande réactivité de l'adaptation face aux besoins des usagers ;
- la réduction des listes d'attente ;
- un rapprochement des partenaires sur le suivi des enfants.

Il convient cependant de noter qu'une MDPH précise que le fonctionnement en dispositif sur son territoire concerne un nombre relativement marginal d'enfants parmi ceux accompagnés par les ITEP.

MDPH du Cantal (15)

De juillet à fin année 2016, des réunions départementales de concertation se sont tenues afin d'initier un travail partenarial pour un fonctionnement en dispositif autour de thématiques transversales. Dans le Cantal les thématiques suivantes ont été retenues et seront travaillées en 2017 : Thématique 1 – Coordination et fluidification des parcours - action 1.1 : Amélioration du partage de l'information entre les établissements et les partenaires - action 1.2 : Définition d'un fonctionnement partagé cible sur le département, adaptation, négociation et signature de la convention cadre régionale Thématique 2 – Evolution des pratiques et des cultures professionnelles des acteurs - action 2.1 : Evolution et harmonisation des pratiques de l'ITEP et du SESSAD au

regard du cahier des charges du dispositif ITEP - action 2.2 : Evolution des pratiques des institutions partenaires (MDPH, EN, CPAM, CAF, ASE, PJJ et pédopsychiatrie)

MDPH de Loire-Atlantique (44)

Dans le cadre du dispositif ITEP expérimenté dans la région Pays de la Loire, des améliorations dans les modalités de versement de l'AEEH ont été travaillées avec l'ARS et la CAF de Loire-Atlantique. La modalité de versement de l'AEEH (mensuelle ou retour au foyer) est notifiée en fonction de la situation réelle du jeune au moment de la demande et non plus en fonction de la modalité d'orientation dans le DITEP (tel que cela était prévu au départ de la mise en place du dispositif).

L'amélioration du suivi des orientations en établissement est également mise en œuvre à travers le déploiement anticipé de la « démarche réponse accompagnée pour tous », présenté en [partie 6.4](#) « Une Réponse accompagnée pour tous : une transformation durable de l'accompagnement de la perte d'autonomie liée au handicap » (page 153) et les travaux sur l'amélioration du système d'information sur le suivi des orientations en ESMS, présentés en [partie 4.6](#) « L'accompagnement des décisions et le suivi des orientations » (page 109)

4. Les Fonds de compensation du handicap

Les fonds départementaux de compensation du handicap (FDCH) est un dispositif créé par la loi de 2005. Ils sont destinés, en mobilisant différents financeurs, à accorder des aides financières extra-légales pour permettre aux personnes handicapées de supporter les frais de compensation restant à leur charge. Les FDCH se substituent, à partir de 2006, aux sites pour la vie autonome²¹ (SVA).

Éléments généraux relatifs au fonctionnement des FDCH

Les contributeurs aux fonds départemental de compensation du handicap peuvent varier selon les configurations territoriales. On note cependant généralement l'implication du conseil départemental en principal contributeur, mais aussi de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), de la caisse d'allocations familiale (CAF), de la mutualité sociale agricole (MSA), le conseil régional et l'Etat à travers la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS). La participation de ces financeurs varie selon la nature du projet.

Par ailleurs, plusieurs MDPH constatent un écart entre l'engagement financier pris par le fonds et les dépenses réalisées. Cet écart s'explique par le fait que les décisions sont prises dans la majorité des situations avant l'achat par le bénéficiaire, qui n'aboutit pas toujours dans sa démarche, effectue l'achat plusieurs années après la décision ou effectue un achat dont le prix est inférieur au montant initialement prévu.

MDPH des Pyrénées-Atlantiques (64)

Il convient de rappeler que cet écart entre les engagements et les dépenses repose sur le fait que les décisions de la commission sont prises, le plus souvent, avant l'acte d'achat ou de commande. Plusieurs types de situations peuvent alors influencer sur la dépense réelle finale :

²¹ Les SVA ont été mises en place de 1997 à 2005, pilotés par les DDASS et financés par l'État, les SVA étaient constitués par la réunion de financeurs au sein d'une commission chargée d'attribuer des aides techniques aux personnes handicapées.

- le montant de la facture est inférieur au devis initial
- le demandeur obtient des financements extérieurs supérieurs à ceux qui étaient attendus et annule sa demande
- le projet est reporté ou finalisé au cours de l'exercice suivant,
- le demandeur ne donne pas suite.

MDPH de la Sarthe (72)

En effet, les bénéficiaires du fonds de compensation disposent de un à 3 ans au maximum pour réaliser le projet validé par la CDAPH. De ce fait, les montants payés ne correspondent pas systématiquement aux engagements validés au cours de la même année. Ce sont essentiellement les aménagements de logement qui génèrent des versements « décalés ».

Les allocataires de la PCH, principal public des fonds départementaux de compensation

Les fonds de compensation sont régis par des règlements intérieurs propres dans lesquels sont déterminés les publics concernés par l'action du fonds. Ces publics varient donc selon les départements.

On peut cependant noter une prépondérance de l'octroi de financement sur des aides relevant de la prestation de compensation du handicap (aménagement du logement, aides techniques et humaines, aménagement du véhicule, aides exceptionnelles.)

En effet en 2016, le fonds de compensation est intervenu auprès de bénéficiaires de la PCH dans 92 % des cas (résultat obtenu auprès de 69 MDPH). Ce taux est variable selon les départements :

- dans 37 départements (soit 54 % des MDPH de l'échantillon), les personnes éligibles au fonds de compensation bénéficient toutes de la PCH ;
- dans 59 départements (soit 86 % des MDPH de l'échantillon), au moins 75 % des personnes éligibles au fonds de compensation bénéficient de la PCH.

Ainsi, plusieurs MDPH ont mis en place des dispositifs permettant de fluidifier les relations entre le fonds et les équipes en charge du traitement des demandes de PCH.

MDPH de l'Aisne (02)

Plateforme des usagers de la prestation de compensation du handicap

L'objectif de la plateforme des usagers de la PCH était de réunir des gestionnaires de droits MDPH et des agents du département ayant en charge de l'effectivité ainsi que la gestion des dossiers du fonds de compensation. A terme les agents devaient traiter l'intégralité de la demande PCH de l'utilisateur, de l'instruction jusqu'à l'effectivité.

Cette année 2016 a donc été l'année de mise en place de la plate-forme, il a fallu gérer dans un contexte quotidien lourd une réponse à l'utilisateur afin de maintenir le délai de traitement des dossiers. Il a également fallu faire face aux départs des agents en charge de l'effectivité et à la formation des nouveaux arrivants.

Le départ des agents côté effectivité et les temps de formation ont allongé considérablement le délai de paiement de la PCH.

Dans un contexte d'activité tendue, et la difficulté de bénéficier de l'accès au logiciel métier concernant la partie paiement le projet initial de ce service ne peut se concrétiser. [...]

Analyse chiffrée : la mise en place de la Plateforme des usagers de la PCH (PUP) avec montée en charge progressive a certainement eu des incidences sur le délai global d'instruction des demandes PCH. L'analyse des chiffres appelle donc à la prudence.

Globalement on note une augmentation du volet 4 de la PCH qui peut s'expliquer par une sollicitation plus importante au titre des séjours de vacances, des déménagements pour convenance personnelle. Les séjours de vacances sont à l'occasion également d'une demande plus importante de transport ponctuel (élément 3).

Dès cette fin d'année 2016, le service de la plate-forme des usagers de la PCH côté MDPH et le GABAS côté département (service en charge du paiement de la PCH notamment), organisent des rencontres régulières : l'objectif étant d'échanger sur certaines situations, mettre en place de nouveaux circuits, et d'être sensibiliser à la gestion budgétaire que représente cette prestation. Ce rapprochement se poursuit sur cette année 2017 avec des points réguliers entre ces deux services.

MDPH des Alpes-Maritimes (06)

Sans attendre l'élaboration d'un dispositif formalisé, certaines décisions de PCH, mais également certaines demandes, font déjà l'objet de suivis par le plateau de coordination des aides techniques et le fonds départemental de compensation du handicap pour :

- *apporter tout renseignement utile,*
- *rechercher des financements complémentaires à la PCH dans le cadre du principe de subsidiarité,*
- *fiabiliser les devis dans l'intérêt des bénéficiaires et du Département payeur,*
- *se rendre à domicile éventuellement,*
- *assurer une interface générale entre l'équipe pluridisciplinaire, les usagers, le payeur et les fournisseurs.*

En 2017, la parution, à l'initiative de la CNSA, de guides d'appui aux pratiques des MDPH, relatifs à la PCH va permettre d'harmoniser les pratiques

Une structuration du fonctionnement du FDCH

Plusieurs MDPH évoquent dans leur rapport d'activité rencontrer des difficultés dans le fonctionnement du FDCH. Ces difficultés tiennent principalement à la méconnaissance des dispositifs d'aide à l'acquisition d'une aide de compensation qui entraînent des surcoûts ainsi qu'aux délais de traitement du fonds qui peuvent être jugés longs.

MDPH de l'Ain (01)

Reste le problème fréquent de personnes qui acquièrent leur aide technique (notamment prothèse auditive) sans faire jouer la concurrence alors que pour une prestation comparable, les tarifs peuvent varier fortement d'une enseigne à l'autre. De même, le dispositif permettant aux personnes bénéficiant de la protection universelle maladie (PUMA, ex-CMU) ou de la CMU-C (couverture universelle maladie – partie complémentaire) de se voir proposer par les audioprothésistes un appareillage sans surcoût (soit 700€ par appareil maximum) est peu connu et tous les bénéficiaires potentiels n'informent pas leur audioprothésiste du fait qu'ils bénéficient de la PUMA ou de la CMU-C.

Des contraintes budgétaires, notamment la réduction de dotations par le retrait du fonds d'un financeur, peuvent également freiner l'activité du FDCH dans certains territoires. Les situations financières des fonds restent cependant très différentes d'un département à l'autre.

Pour faire face à ces difficultés et pour améliorer le fonctionnement du fonds, un grand nombre de MDPH a ainsi entrepris d'en faire évoluer l'organisation. Parmi les multiples exemples illustrant l'important travail de réflexion conduit, peuvent être cités :

- la révision des critères d'entrée dans le fonds, (qui peuvent être plus ou moins restrictifs en fonction de la situation financière du fonds et du type d'aide sollicitée) avec notamment la révision des plafonds minimums et maximums pour la sélection des dossiers ;
- la révision du règlement intérieur, afin notamment de revoir les règles de fonctionnement budgétaire pour permettre plus de souplesse et de précision ;
- la réduction du reste à charge par la modification de la grille d'aide à la décision pour prendre en compte les revenus ou par la mise en place d'un dispositif spécifique d'aide ;
- l'intégration de l'activité du fonds dans le système d'information des MDPH pour en assurer un meilleur suivi ;
- la simplification des circuits de demande (en limitant le nombre de financeurs auprès desquels des demandes préalables à celle du fonds doivent être effectuées ou par l'élaboration d'une fiche navette) ;
- la réorganisation de la procédure d'instruction avec l'information aux usagers lors de l'envoi de la notification de décision de la CDAPH de la possibilité de saisir le fonds/ des modalités de saisie.

MDPH de l'Aude (11)

Outre la nécessité d'engager un travail sur la refonte du RI du FDC et d'une éventuelle augmentation des contributions annuelles des membres, le service AG engagera en 2017 un nouveau travail de pointage financier sur les accords de principe surcoût transport (2015-2016) pour identifier les sommes restant disponibles et pouvant faire l'objet d'une réinjection. Ce travail aura pour objectif de proposer une règle de fonctionnement budgétaire permettant de réduire l'écart trésorerie/crédits disponibles et ainsi donner plus de souplesse dans la gestion de ce fonds.

MDPH de la Côte-d'Or (21)

Il est à souligner en 2016 la modification de la grille d'aide à la décision à compter de la commission d'avril 2016 (réunion du 24 mars 2016). La grille comporte désormais cinq tranches de revenus et prévoit une participation plus importante du FDC pour les personnes disposant des ressources les plus faibles. Elaborée à partir des décisions prises en commission en 2015, elle n'a pas d'incidence financière et a pour but de garantir l'équité des décisions de la commission.

MDPH du Tarn-et-Garonne (82)

Enfin, afin de simplifier les démarches administratives et comptables il est également décidé qu'en deçà d'un plafond fixé à 10 €, le Fonds de compensation n'interviendrait plus.

6. Un renforcement des missions de pilotage des MDPH pour faire face aux nouveaux défis

Les MDPH constituent des organisations singulières qui reçoivent chaque année plusieurs milliers de demandes à traiter, interviennent auprès d'un public en fragilité du fait du handicap et sont au croisement d'un système d'acteurs complexe et dense. Cet environnement les engage à rendre un service d'une grande qualité et exemplaire, à améliorer en continue la qualité de leur service tout en optimisant leurs organisations pour répondre aux exigences de performance budgétaire.

1. Le pilotage des MDPH, un enjeu de transformation

Face à ces défis multiples, la fonction de pilotage des MDPH est protéiforme : elle s'exprime dans le suivi et le pilotage de l'activité, l'accompagnement et l'encadrement des équipes, la mise en place des systèmes d'information, du projet de service ou encore, dans la mise en place et l'animation des partenariats.

Suivi et pilotage de l'activité

Si peu de MDPH décrivent les activités qu'elles réalisent en matière de suivi et de pilotage de l'activité dans leur rapport d'activité 2016, quelques-unes détaillent le fonctionnement de cette fonction dédiée. Ce suivi prend la forme du suivi de données clés (nombre de demandes reçues - flux, demandes en stock, délais de traitement, etc.), par exemple dans un tableau de bord et peut être partagé dans des instances stratégiques (COMEX, réunion de cadres par exemple).

L'analyse et l'interprétation des données en photographie, à plat, et dans leur perspective d'évolution (augmentation / diminution) permettent d'avoir une vigilance en continu sur l'activité, d'identifier les impacts des évolutions organisationnelles, légales ou réglementaires, et d'ajuster les organisations et processus de travail, le cas échéant, pour maintenir la qualité du service et améliorer les conditions de travail des professionnels.

MDPH du Bas-Rhin (67)

La compétence de pilotage a été renforcée, à tous les niveaux. Les encadrants, en lien avec un chargé de mission ont été accompagnés pour construire des tableaux de bords. Ces derniers permettent un suivi de l'activité (voir annexes 1). En réunion de cadres, le travail d'analyse et d'interprétation est partagé. Les différents services ont été renforcés par des coordonnateurs, chargés de piloter l'activité globale et d'assurer le lien opérationnel et quotidien entre les équipes, les instances et le fonctionnement du processus.

MDPH des Yvelines (78)

Les membres de la COMEX demeurent investis dans les décisions stratégiques actées en COMEX, vigilants quant aux projets engagés et à la qualité de service rendu dans le département des Yvelines. C'est la raison pour laquelle les membres ont souhaité que soient prévus lors de chaque COMEX un point sur les délais de traitement des demandes notamment.

Encadrement et accompagnement des équipes

Le management des équipes est une activité indispensable au pilotage dans une organisation telle qu'une MDPH, où les exigences de qualité et de rapidité de réponse sont fortes. Les rapports d'activité 2016 soulignent un intérêt marqué pour plusieurs préoccupations relatives au management des équipes.

- L'importance de l'encadrement en proximité, notamment auprès des nouveaux agents :

MDPH d'Indre-et-Loire (67)

La réorganisation de l'encadrement, avec la création d'un poste de direction adjointe et la mise en place d'un encadrement resserré a permis de piloter l'activité de façon plus efficace sur la base de tableaux de bord.

MDPH des Hauts-de-Seine (92)

Depuis août 2016, un parcours « découverte » a été mis en place pour les nouveaux collaborateurs. Il sera étendu courant 2017 à tout agent en interne souhaitant une immersion d'une demi-journée dans les services de son choix. Ce parcours permet aux nouveaux arrivants de mieux appréhender le cheminement d'un dossier à la MDPH et de donner du sens à sa propre contribution au sein de l'équipe de la MDPH (de sa numérisation à la notification à l'utilisateur). Ce parcours favorise et dynamise les échanges entre services tout en contribuant à améliorer les recrutements.

- La qualité de l'organisation pour satisfaire les besoins des métiers mais également pour impulser des dynamiques (d'équipe, de transversalité, d'ambiance de travail, etc.)

MDPH des Hautes-Pyrénées (65)

Afin d'harmoniser les pratiques, de mutualiser les compétences et de favoriser la cohésion d'équipe, la Direction de la MDPH, en accord avec les équipes, a fait le choix en novembre 2015 de réunir les agents (instructeurs et évaluateurs) des pôles enfant et adulte en un seul et même service « Droits et Prestations », sous l'encadrement d'une seule cheffe de service pour un management unique. Cette fusion des services a permis de réinstaller un climat social de meilleure qualité, ajouté au partage d'une culture commune, à l'appréhension des pratiques de chacun et à l'inscription de tous dans une nouvelle dynamique.

- La vigilance sur les risques psycho-sociaux et l'amélioration des conditions de travail :

MDPH du Bas-Rhin (67)

L'année 2016 a également permis d'élaborer un plan d'action en lien avec les organisations syndicales dans l'objectif d'améliorer les conditions de travail des agents, suite à une alerte du CHSCT. 146 actions ont pu être identifiées et font l'objet d'un suivi régulier quant à leur mise en œuvre. Ces actions vont de la mise à disposition des fournitures de bureau jusqu'à la refonte des procédures informatiques en passant par l'organisation de temps conviviaux et le partage d'informations en interne à la MDA. En lien avec ce plan d'action, une commission de dialogue interne réunissant tout agent volontaire de la MDA permet d'échanger, en continu, autour de propositions d'amélioration des procédures et conditions de travail. Cette commission est animée par la Direction des ressources humaines du Conseil départemental et permet d'institutionnaliser, au sein de la MDA, le principe d'une participation de tous, en transparence, aux questions communes du travailler ensemble.

- La formation, qu'elle soit technique sur le métier des agents ou méthodologique, sur la gestion de projet. Dans les Yvelines, la dynamique de formation est venue appuyer l'évolution de la MDPH vers une MDA ; dans l'Yonne, la formation « accompagnement au changement » a permis de fédérer les équipes autour des évolutions organisationnelles issues des chantiers stratégiques (dématérialisation, réponse accompagnée, cf. ci-après).

MDPH des Yvelines (78)

L'année 2016 a été pour la MDA une année de transition avant le passage de [coordinations handicap] et [coordinations gérontologiques] en [pôles autonomie territoriaux]. Aussi la MDA a souhaité privilégier les formations à la fois sur les prestations PH et PA et les différents outils informatiques dès novembre 2016. Ce type de formations a été proposé dans le cadre du déploiement des PAT, pour développer des compétences et favoriser la mise en place d'une culture commune entre les professionnels des ex CHL et des ex CGL. Cette formation a été dispensée par le docteur Anne MARSEAULT, médecin coordonnateur MDA, Morgane LE BRIS, coordonnateur social MDA et Véronique BACLE, référent insertion professionnelle MDA. Elle a été ouverte à tous les métiers de l'équipe pluridisciplinaire : travailleurs sociaux, médecins, ergothérapeutes, infirmiers, psychologues ainsi qu'aux responsables de PAT et à leurs adjoints.

La dynamique partenariale

Les MDPH sont au croisement d'un système complexe, composé des multiples acteurs qui interviennent tout au long des parcours de vie des personnes en situation de handicap, qu'il s'agisse d'acteurs du soin, du médico-social, du social ou du milieu ordinaire. La connaissance de toutes les ressources du territoire et leur coordination est intrinsèque au métier des MDPH et indispensable à l'organisation des parcours des personnes en situation de handicap.

Les partenaires sont nombreux et couvrent tous les champs d'expression de vie de la personne :

- La santé (établissements de santé, centres de santé, professionnels libéraux médicaux et paramédicaux, services de santé au travail) ;
- Le médico-social et le social, en particulier les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) et leurs gestionnaires, les équipes mobiles ou ad hoc (HAD, PCPE) et partenaires sur le volet personnes âgées ou généralistes (CLIC, CCAS, maisons des solidarités, etc....) ;
- La scolarité (éducation nationale) ;
- L'emploi (service public de l'emploi – Pole emploi, Cap emploi, Agefiph, FIPHFP, ...) ;
- Les organismes de sécurité sociale (CPAM, CAF, CARSAT, MSA, générales de sécurité sociale en outre-mer, ...) ;
- Les centres de ressource (autisme par exemple) ;
- Les associations locales représentantes d'utilisateurs ;
- Les autres institutions de contrôle et de tarification (département – siège et délégations territoriales, ARS – siège et délégations départementales).

Plusieurs MDPH font la liste de ces partenariats et décrivent les modalités d'animation de ces derniers dans leur rapport d'activité 2017. Cette liste est souvent importante et l'animation de partenaires nécessite du temps et de l'investissement :

MDPH de Maine-et-Loire (49)

La MDA s'est mobilisée, autant que faire se peut, sur les projets portés par les partenaires départementaux sur leur domaine commun de l'autonomie. [...] Ces projets et leurs travaux collaboratifs intègrent d'autres partenaires de la MDA, acteurs de l'autonomie sur le territoire. [...] Ce large réseau est certes une richesse pour l'accompagnement et la création de réponses aux besoins des personnes, toutefois, son amplitude engage nécessairement à favoriser une concertation et une coordination régulière et constructive.

Ces partenariats répondent à plusieurs vocations :

1. La connaissance de l'offre pour orienter le plus efficacement possible les personnes dans le système de santé au sens large ;
2. La gestion des situations individuelles (transmission d'informations des MDPH aux CAF pour le paiement des prestations par exemple), y compris le suivi des orientations ;

MDPH des Alpes-Maritimes (06)

Relations avec la CAF : outre la collaboration permanente dans le cadre de l'amélioration des traitements des dossiers de demande d'AAH (litiges, ruptures de droits, règlements des situations délicates auprès du service Contentieux, transmission des formulaires de demandes MDPH, etc...), la MDPH propose une fois par an, une réunion d'information auprès des nouveaux agents d'accueil et techniciens de la CAF.

3. La participation à l'élaboration et à l'animation de la politique territoriale du handicap. Au carrefour des acteurs et auprès des personnes, les MDPH disposent d'une expertise et d'une vision transverse de l'offre du territoire. Elle participe, dans une logique d'observatoire, à la connaissance des besoins. Elle est également un acteur incontournable du parcours des personnes. A ce titre, de nombreuses MDPH indiquent participer à l'élaboration des schémas territoriaux (55, 27), à l'analyse des politiques publiques du handicap sur le territoire et à l'évolution de l'offre (02, 12, 24, 67, 91).

MDPH de l'Eure (27)

La mise en place d'un schéma unique de la délégation sociale du département, le précédent schéma étant arrivé à échéance en 2015, a particulièrement mobilisé les équipes de cadres de la MDPH. Sa construction fondée sur un mode participatif a réuni les personnels des services ainsi que les partenaires de la Délégation sociale. Les agents de la MDPH ont été réunis sur trois groupes distincts autour des besoins spécifiques de la [personne handicapée]. Des groupes de partenaires ont été montés et les animations des thématiques du handicap ont été confiées à la direction de la MDPH. [...] Cette réflexion a débouché sur 2 fiches confiées particulièrement au pilotage MDPH : fiche 8, Mettre en place un accompagnement individuel des situations complexes et améliorer encore l'information des usagers en situation de handicap ; fiche 27, favoriser l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap.

MDPH de l'Essonne (91)

En 2016, les membres [de la COMEX] ont souhaités avoir un focus particulier sur la mise en œuvre des auxiliaires de vie scolaire au niveau départemental, sensibilisé fortement par les familles sur cette question.

MDPH de l'Aisne (02)

L'évolution de la tarification des SAVS SAMSAH menée en 2016 (dotation globale et file missions des services d'accompagnement et une réflexion approfondie depuis l'évaluation des besoins, jusqu'au règlement en passant par les décisions de la CDAPH. Ce chantier se poursuit en 2017. SerafinPH s'est également invité dans ce chantier. De même les nouveaux concepts de financements et d'accompagnement s'inscrivent dans les projets d'habitat inclusif définis dans les CPOM qui continuent de se déployer avec 5 nouveaux CPOM négociés dans le courant de l'année 2016. La MDPH a participé aux travaux dans la logique de la réponse la mieux appropriée aux besoins évalués.

4. Une meilleure connaissance mutuelle dans une logique de fluidification des échanges et des parcours des personnes en situation de handicap, d'une amélioration des pratiques par un échange d'expertise (avec les ESMS et dans une moindre mesure avec la psychiatrie).

MDPH de la Loire (42)

S'est poursuivie en 2016 la visite d'ESMS enfants et adultes du département avec pour objectifs : meilleure connaissance de l'offre pour les professionnels de l'évaluation de la MDPH ; sensibilisation à la réalité du handicap pour les instructeurs et conseillers accueil de la MDPH ; mise en œuvre de la fonction de suivi des décisions au sein de la MDPH ; développement des collaborations.

MDPH du Territoire de Belfort (90)

Le CAMSP du Doubs et de l'Aire urbaine a associé la MDPH du Territoire de Belfort à l'organisation d'un groupe de travail autour de la problématique de l'annonce du handicap. Ce groupe est composé d'obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, médecins généralistes, psychologues, assistants de services sociaux, administratifs concernés. Ces temps d'échanges ont été ouverts aux professionnels du pôle enfance (responsable et instructeurs), aux enseignants référents, aux travailleurs sociaux de la MDPH. Ce groupe de travail a construit une plaquette d'information à destination des familles. [...] Des suites concrètes sont prévues en 2017.

Le rôle d'observatoire des MDPH viendra à être renforcé dans le cadre de la démarche réponse accompagnée pour tous qui doit permettre l'organisation d'une remontée d'informations / de constats du territoire aux départements et agences régionales de santé, pilotes de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale du territoire.

La formalisation des partenariats dans le cadre d'une convention est une bonne pratique qui est effective dans quelques MDPH qui intègrent en annexe de leur rapport d'activité la liste des conventions dont ils disposent et ce qu'elles prévoient. C'est notamment le cas des MDA 49 et 90. Les MDPH indiquent organiser le suivi des partenariats au niveau de la direction, des cadres ou via un référent partenariats identifié.

MDPH de Vienne (86)

Ce partenariat repose sur 3 principes fondamentaux : Une simplification des procédures pour faciliter l'accès aux dispositifs sociaux et médico-sociaux en évitant la multiplication des intervenants auprès d'un même usager, Un strict respect des compétences et prérogatives de chacun des partenaires, Une complémentarité et une réciprocité des interventions reposant sur une reconnaissance mutuelle des évaluations et des préconisations.

Chaque convention est formalisée de la manière suivante : Un rappel des compétences et responsabilités de chacun des partenaires, La mise en place d'articulations et de modalités de coopération pour l'examen des situations individuelles, La définition des conditions de suivi de chaque convention.

MDMPH du Rhône (69)

Dès 2006 des conventions de partenariat à titre gracieux ont été passées avec des partenaires, majoritairement associatifs. Plus de 40 partenaires se sont engagés dans ces conventions. La quasi-totalité des grandes associations sont ainsi conventionnées avec la MDMPH, en grande majorité pour un partenariat autour de l'accueil, la participation aux équipes d'évaluation et la formation. Des conventions ont également été passées avec d'autres organismes : missions handicap, réseaux de prévention, centres ressources [...] Si les missions pouvant faire l'objet d'un appui des partenaires ont peu évolué, la convention a été simplifiée. Elle intègre également quelques nouvelles dispositions comme la tenue d'une réunion d'information annuelle à destination des référents/coordonnateurs associatifs afin de les informer des évolutions au sein de la MDMPH. La

convention prévoit la mise en place d'un comité de suivi désigné par le directeur général, chargé de faire le bilan des actions engagées et moyens mis en œuvre qui sera intégré au rapport d'activité et présenté à la commission exécutive. Ce bilan intégrera la valorisation des ressources mises à disposition par l'Association/Fondation. Une charte de travail des équipes d'évaluation et une décision de désignation des représentants associatifs aux équipes compléteront cette convention.

Il existe également des partenariats entre MDPH. Si seule la MDPH de la Meuse (55) l'évoque, d'autres réseaux sont connus en Pays-de-la-Loire et, en infrarégional, en Nouvelle Aquitaine. Ces échanges constituent une bonne pratique, permettant d'échanger sur les typologies d'organisations, les difficultés ressenties et leviers actionnés :

MDPH de la Meuse (55)

Depuis leur création en 2006, les MDPH de Lorraine avaient pris pour habitude de se rencontrer régulièrement afin d'échanger sur leurs pratiques et/ou d'organiser des rencontres régionales avec des partenaires communs. En 2016, ces rencontres régionales se sont poursuivies, sous le nouveau format de la région Grand Est, réunissant donc 10 MDPH, sur la base d'un accueil « tournant » dans les MDPH.

Cette année encore, les MDPH ont donc témoigné dans leur rapport d'activité des efforts menés pour le pilotage de leur activité et de leurs organisations. En particulier, de nombreuses MDPH mettent en exergue les démarches d'amélioration continue de la qualité de leurs services menées en 2016.

2. La mise en place et le suivi des systèmes d'information

La modernisation des systèmes d'information (SI) comprend tant la dématérialisation, via la gestion électronique des documents (GED) que l'harmonisation des systèmes, via le système d'information commun des MDPH (SI MDPH), dont le Tronc commun est un référentiel qui constitue le premier palier²² de sa mise en œuvre²³.

Un chantier complexe fortement mobilisateur

Les systèmes d'information constituent un enjeu clé pour les MDPH et les conseils départementaux. Ainsi, les problématiques d'informatisation des processus métier, de dématérialisation et de GED sont développées dans les rapports d'activité 2016.

Plusieurs MDPH décrivent une dématérialisation effective et satisfaisante des processus métier, de la réception de la demande à l'envoi de la notification. L'évaluation semble toutefois moins souvent informatisée ; quand elle l'est, les MDPH indiquent avoir dématérialisé le GEVA.

MDPH de la Guadeloupe (971)

Depuis l'instruction, en passant par l'évaluation et l'élaboration des réponses jusqu'à la décision, le traitement de dossier est numérique. L'utilisation de la Gestion Electronique des documents représente un atout important et garant d'un échange au niveau des acteurs internes. Ainsi les

²² Palier : ensemble homogène de fonctionnalistes valable pour toutes les MDPH

²³ Pour plus d'information sur la mise en œuvre du SI MDPH : <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maisons-departementales-des-personnes-handicapees/le-systeme-dinformation-commun-des-mdph>

différentes tâches informatiques incombent au personnel des différents pôles : saisie informatique des demandes, création des procédures ; numérisation des différentes pièces du dossier ; transmission dans les portefeuilles concernés (gestionnaires pour instruction administrative, chargés d'accuser réception des demandes) ; transmission dans les portefeuilles dédiés pour l'évaluation (celle-ci se fait à partir des données saisies dans le système d'information) ; inscription en CDAPH ; validation des décisions de la CDAPH ; édition des notifications par lot. Des habilitations sont données en fonction des profils notamment pour la partie médicale.

MDPH du Jura (39)

La MDPH du Jura a fait le choix d'installer le GEVA électronique, d'une part, pour permettre aux travailleurs sociaux de disposer d'une version « embarquée » (non effective à ce jour) et, d'autre part, pour développer son utilisation en la généralisant à tous les dossiers de demande de compensation. Sont ainsi intégrés les éléments qui concernent l'insertion et l'orientation professionnelle et la scolarisation. C'est ainsi que la MDPH peut apporter un suivi plus fin, une meilleure synthétisation des données individuelles de la personne, la capacité pour les médecins de coder les pathologies de façon très précise. A ce jour, seul le pôle PCH utilise ce document. Le pôle enfants utilise le Gevasco depuis septembre 2013. L'objet est à terme de pouvoir ouvrir l'outil aux partenaires et experts intervenants dans l'évaluation (psychiatres, maîtres référents...) et de pouvoir disposer d'un outil statistique plus pertinent.

MDPH de la Marne (51)

A ce jour, les utilisateurs de la GED sont satisfaits de cet outil qui au regard des fonctionnalités et de la réactivité du logiciel répondent aux attentes à la fois des personnels des 3 services accueil, instruction et évaluation

En parallèle, de nombreuses MDPH décrivent les travaux réalisés en 2016 pour la dématérialisation des dossiers et des processus. La mise en place d'une GED constitue ainsi un chantier majeur de l'année, réalisé soit en interne, soit externalisé auprès d'un cabinet.

MDPH des Ardennes (08)

Outre cet élément notable, l'année 2016 a été marquée par la mise en œuvre du projet de dématérialisation des dossiers des usagers. De par son ampleur (recrutement de 3 agents pour numériser les dossiers), son caractère novateur pour la collectivité (1ère direction à dématérialiser les documents « papier »), le changement de culture qu'il impose (du support papier au support numérique), ce projet qui a mobilisé l'ensemble des personnels sur une grande partie de l'exercice 2016, aura conduit la MDPH à réinterroger ses pratiques, ses procédures et son organisation. [...] MULTIGEST, logiciel de Gestion Electronique des Documents (GED) de la société EFALIA, a été installé courant février 2015. Le plan de classement évolue en fonction des documents dans les dossiers papiers ainsi que les pièces fournies au fil de l'eau par les usagers, les partenaires... [...] La participation active des agents dans les groupes de travail ainsi qu'une formation au logiciel ont permis une mise en production plus sereine. Quelques ajustements techniques ont été cependant nécessaires. Quant à la signature électronique des courriers sous l'outil XParaph (outil développé par la société SPL), cela nécessitera plusieurs outils ou modifications : modification des courriers SOLIS afin qu'ils puissent être injectés au niveau de la GED ; adaptation de MULTIGEST (GED) pour le lancement des Workflows (outil de travail dans la GED) ; passage de la version test sous la version production après import de tous les courriers SOLIS.

MDPH du Loir-et-Cher (41)

Comme en 2015, la MDPH a eu recours à l'intervention d'une entreprise adaptée pour numériser les dossiers de demandes des usagers. Les deux travailleuses en situation de handicap de cette entreprise ont numérisé 7 441 dossiers (contre 6 007 en 2015). Parmi ces dossiers, 4 505 (contre 3

961 l'an passé) ont été déposés par des bénéficiaires déjà connus de la MDPH. Leurs dossiers ont été extraits de la classoθήque et numérisés. »

Ce chantier est par ailleurs régulièrement qualifié de complexe dans la mesure où il s'accompagne d'un besoin d'accompagnement au changement des organisations et pratiques en interne. La MDPH de Haute-Savoie a ainsi déployé un dispositif important de formation de ses agents pour s'approprier les nouveaux outils et faire évoluer les circuits au regard des nouveaux fonctionnements.

MDPH de Haute-Savoie (74)

De façon à accompagner ces mutations, l'année 2016 a été marquée par un investissement important dans la formation du personnel aux usages numériques et à l'assistance aux utilisateurs. Environ 50 jours de formation collectives et individuelles ont été dispensés par le correspondant au Système d'Information (SI), la référente dématérialisation et le chef de projet utilisateur. Tout au long de l'année, des formations individuelles ou par petits groupes se sont déroulées tant à destination des agents de la MDPH que des agents du Conseil départemental [...] Une nouvelle organisation dans la lecture et la modification des documents a demandé une répartition des rôles plus stricte au sein des EP. La communication entre les équipes, dans les différentes phases du cheminement d'une demande usager a été repensée, elle s'est parfois traduite par une nouvelle répartition des tâches.

Une nécessité pour la réalisation des missions des MDPH et l'obtention de gains d'efficacité

L'investissement mis dans l'informatisation des processus devient une condition pour la réalisation des missions des MDPH et la réalisation des gains d'efficacité attendus pour un meilleur traitement des demandes.

Ainsi, les MDPH qui ne bénéficient pas d'un processus informatisé en toute ou partie font état de grandes difficultés dans la réalisation de leur mission, que ce soit en raison du manque d'optimisation des processus ou au regard du manque de fonctionnalités de leur SI.

MDPH du Lot (46)

La gestion papier des dossiers constitue un point noir de l'activité de la MDPH : un temps de travail important est gaspillé dans la manipulation, la recherche, le classement des dossiers et dans les réorganisations matérielles d'appoint que doivent effectuer les agents pour continuer l'activité.

MDPH du Vaucluse (84)

La MDPH adresse des PPS mais à défaut d'informatisation, elle ne peut en adresser à tous les enfants.

A l'inverse, les MDPH qui bénéficient d'une informatisation totale ou partielle de leurs processus métier soulignent un impact positif.

MDPH de l'Allier (03)

Grâce à l'implication du coordonnateur méthodes et communication, il a été développé un projet personnalisé de scolarisation et un projet personnalisé de compensation qui va rechercher les éléments nécessaires sous Solis pour les basculer sous Word.

MDPH du Tarn-et-Garonne (82)

La GED apportera à la MDPH une réponse efficace notamment face au manque d'espace de stockage et d'archivage, à la dispersion des archives dans différents locaux, à l'accessibilité difficile des dossiers, à l'amélioration de la productivité par la diminution des déplacements des agents dans les locaux d'archivage.

En particulier, l'informatisation facilite les liens avec les partenaires autour des dossiers des usagers, vers le conseil départemental, l'éducation nationale, la CAF, les ESMS ou encore une autre MDPH.

Education nationale

MDPH des Vosges (88)

Le projet personnalisé de scolarisation définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap. Le PPS accompagne donc l'enfant handicapé au long de son parcours de formation, en proposant des modalités de déroulement de ce parcours. Il est l'outil de pilotage du parcours de scolarisation de l'enfant en situation de handicap. L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH élabore le PPS, puis le transmet aux enseignants référents de l'Éducation Nationale, enseignants qui ont la charge d'assurer la permanence des relations avec l'élève, ses parents ou son représentant légal. Afin de se passer du support papier et pour faciliter ces échanges de PPS, l'Éducation Nationale a mis à disposition de la MDPH et des enseignants référents, un espace numérique partagé sécurisé : l'espace CIRRUS. Déployé sur les serveurs de l'académie Nancy-Metz de l'Éducation Nationale, cet espace permet à 3 agents de la MDPH et 16 enseignants référents de l'Éducation Nationale, l'échange de documents électroniques. L'accès à cet espace est notamment sécurisé via une authentification de type clé OTP, les clés ayant été distribuées aux différents utilisateurs de l'application par l'Éducation Nationale.

MDPH du Lot-et-Garonne (47)

Sur le plan organisationnel, les services ont développé la numérisation de documents et les échanges dématérialisés avec les partenaires que sont la Caisse d'Allocations Familiales, le Conseil départemental (DDS) et l'Education nationale auprès des enseignants référents. Cette pratique en cours de développement a pour effet d'alléger les agents en tâches chronophages, de diminuer les coûts de fonctionnement et de gagner en réactivité au profit des usagers

MDPH

MDPH de Savoie (73)

Une plateforme d'échanges sécurisés pour transmettre les dossiers numériques des bénéficiaires vers d'autres MDPH.

CAF

MDPH du Calvados (14)

La mise en production de requêtes via la gestion électronique des documents (GED) et une collaboration étroite avec les services de la CAF ont permis de dématérialiser les envois hebdomadaires des décisions d'AAH, AEEH, AAV, CPR et de PCH aide humaine enfant vers la CAF. Cette procédure s'inscrit dans une convention passée entre la MDPH et la CAF de CAEN et a permis de réduire les délais d'envoi des notifications de décisions :

- vers la CAF : d'environ 10 à 15 jours à 7 jours désormais ;
- vers les usagers : moins de six jours ouvrés contre trois à cinq semaines auparavant.

Toutefois, des difficultés persistent.

- Plusieurs MDPH regrettent que leur système d'information ne soit pas assez adapté au métier des MDPH, en particulier sur le projet personnalisé de scolarisation.

MDPH de l'Ain (01)

La MDPH de l'Ain est l'une des premières à avoir assuré une dématérialisation (GED – gestion électronique des documents) de ses dossiers (2007 en stock et 2008 en flux). Toutefois, le service ne fonctionne pas à ce jour en dématérialisation totale et le dossier papier reste conservé et utilisé le temps de l'instruction. L'outil n'est pas à ce jour adapté à une saisie en ligne des évaluations ni à une consultation aisée des documents exclusivement à l'écran (plan de classement inadapté trop détaillé et complexe avec un temps d'indexation élevé, pas de lien automatisé entre les documents produits en GED et la procédure saisie dans le progiciel IODAS, dossiers très volumineux sans possibilité de pré archivage, pas de GED collaborative, temps de réponse du réseau, pas de possibilité de double-écrans dans les salles de réunion des équipes pluridisciplinaires à ce jour...). Une montée de version de la GED actuelle sera donc nécessaire à courte échéance.

- Plusieurs MDPH indiquent éprouver des difficultés à intégrer de façon agile aux SI les évolutions métier décidées au niveau national (légales, réglementaires, ou expérimentales).

MDPH du Gers (32)

L'un des plus gros chantiers de l'année 2016 a été le paramétrage lié à la mise en place du PPS (projet personnalisé de scolarisation) conformément à l'arrêté du 6 février 2015 relatif au document formalisant le projet personnalisé de scolarisation mentionné à l'article D 351-5 du code de l'éducation. Malgré un début de mise en œuvre en fin d'année 2015, ce chantier a considérablement mobilisé le service informatique et les utilisateurs SI Métier tout au long de l'année 2016. Au 31 décembre, le système n'est toujours pas stabilisé. Le module standard livré par GFI semble manquer de précision au niveau réglementaire. Il reste également délicat à adapter aux paramétrages personnalisés existants dans chaque MDPH.

- Si les SI des MDPH évoluent, ceux de leurs partenaires n'évoluent pas toujours au même rythme, ne produisant pas les effets escomptés sur les gains de productivité.

MDPH de Charente (16)

Les évolutions du système informatique ne connaissent pas le même rythme que celui des obligations de la MDPH notamment en ce qui concerne le suivi des listes d'attente et la réalisation des projets personnalisés de scolarisation ou de compensation. En l'absence d'outil intégré au système informatique, la MDPH rencontre plus de difficultés pour répondre à ces nouveaux objectifs.

- A noter, l'investissement dans ces chantiers peut augmenter les délais de traitement des demandes et la difficulté à dégager du temps sur d'autres chantiers à mener de front.

Les travaux menés en MDPH pour la dématérialisation seront facilitateurs pour la mise en place du SI MDPH, la GED étant déjà constituant et permettant une mise à disposition immédiate des dossiers au format informatisé

3. Les démarches qualité et le référentiel de missions et de qualité de service

Si la politique qualité est plus connue dans le secteur industriel, elle apparaît de plus en plus investie par les directeurs des MDPH pour améliorer leurs organisations et fédérer les équipes autour des réflexions à mener.

Ce référentiel de missions et de qualité de service annexé aux conventions pluriannuelles entre la NSA et les départements conclues fin 2016 vient confirmer et compléter des démarches locales déjà initiées, poursuivies ou impulsées en 2016.

Des MDPH engagées pour la qualité de service

Plusieurs MDPH valorisent, dans leur rapport d'activité 2016, la réalisation ou continuation d'une démarche qualité. C'est le cas notamment de la MDPH du Puy-de-Dôme (63) ou encore de celle de Paris (75) qui est, investie avec d'autres services municipaux dans la démarche QualiParis.

MDPH des Bouches-du-Rhône (13)

En 2016, la MDPH 13 a poursuivi son action d'évaluation ponctuelle de la satisfaction des usagers.

MDPH de Paris (75)

La MDPH de Paris bénéficie depuis fin 2013 de la labellisation « QualiParis », accessible à tous les services publics municipaux. Cette labellisation met l'accent sur les engagements relatifs à l'accueil. Mais trois engagements spécifiques ont permis de couvrir l'activité d'instruction et d'évaluation. La démarche d'ensemble est pilotée par le responsable du Pôle Accueils et communication, qui anime des réunions régulières avec des correspondants dans tous les pôles. L'année 2016 était l'année de vérification des engagements à l'automne 2016 et de préparation de l'audit de renouvellement en juin 2017. Les auditeurs ont relevé de nombreux points positifs, que ce soit en termes de qualité de réponse ou d'engagement des équipes.

Le référentiel de missions et de qualité de service

Comme évoqué ci-dessus, le référentiel de missions et de qualité de service a été annexé à la convention établissant les relations entre les départements et la CNSA et implique que les MDPH s'engagent à le mettre en œuvre progressivement. Un autodiagnostic a été diffusé aux directeurs de MDPH le 19 décembre 2016 et portera ses fruits en 2017. Pour autant, plusieurs MDPH se sont emparées de l'outil durant l'année 2016.

L'intérêt du RMQS et des objectifs d'amélioration qu'il porte est important pour les MDPH. Certaines ont mis en place des groupes de travail pour préparer l'autodiagnostic comme le recommande la CNSA (démarche collégiale, Co-construite, pluridisciplinaire et qui permet de repenser l'organisation au-delà des seuls critères identifiés). Ainsi, l'utilisation du RMQS est venue soutenir des réflexions d'amélioration des organisations et, par exemple, alimenter un projet de service.

MDPH du Calvados (14)

La phase 1 [lancement de la démarche auprès des professionnels de la MDPH] a été réalisée d'octobre 2016 à février 2017 au sein de la MDPH du Calvados. Cette phase a compris les étapes suivantes : appropriation du référentiel et des outils mis à disposition ; détermination des modalités de travail et du calendrier ; mise en place des réunions par pôle et d'une réunion institutionnelle de partage ; définition des modalités d'animation et de communication sur la démarche auprès des professionnels de la MDPH, en réunion de direction. Une réflexion a été engagée par tous les

agents au début de l'automne afin de dresser un état des lieux du fonctionnement de la MDPH selon les sept axes de réflexion et dans un objectif d'amélioration (identification des points forts, des faiblesses). Les agents, sur chaque pôle ont ainsi pu analyser leurs modes de fonctionnement au regard de l'ensemble des missions du référentiel de missions et de qualité de service, lors de réunions de pôle.

MDPH de Saône-et-Loire (71)

Dans un premier temps, la MDPH a décliné la méthodologie de mise en œuvre pour réaliser l'autodiagnostic interne au regard du référentiel national, en associant les agents de la MDPH et des représentants de certains de ses principaux partenaires.

Le recueil de la satisfaction des usagers

La démarche qualité nécessite une auto-évaluation des agents sur leurs pratiques et leurs organisations mais doit également être alimentée d'un recueil de la satisfaction des usagers sur le service. Le recueil est indispensable à la meilleure connaissance des besoins des personnes et à l'amélioration du service rendu.

Plusieurs MDPH mentionnent dans leur rapport la mise en place d'un outil interne de mesure de la satisfaction des usagers, qu'il s'agisse d'enquêtes annuelles, de cahier d'expression ou de la mise en place du CDCA²⁴.

MDPH des Pyrénées-Atlantiques (64)

Le projet a débuté par la mise en place de deux enquêtes d'investigation afin d'associer les usagers et les agents d'accueil au travail de recensement des besoins et des attentes. Pour les usagers, il s'agit d'un questionnaire écrit avec un minimum de questions afin de multiplier les chances de réponse. Pour les agents d'accueil, il s'agit d'un entretien plus ouvert réalisé à partir d'une grille de questions.

MDPH de la Corrèze (19)

Comme en 2015, seul un "cahier d'expression" existe sur les lieux d'accueil de la MDPH. Par contre, le Conseil départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie a été installé en 2016. Cette instance permet effectivement de renforcer la place des usagers et de donner une information plus régulière et plus complète.

Le recueil de l'avis des usagers permet de valoriser le travail réalisé par les équipes et d'identifier des actions d'amélioration de la qualité de service :

MDPH des Bouches-du-Rhône (13)

Il ressort de ces enquêtes : la qualité des informations délivrées par les agents est satisfaisante, les agents sont à l'écoute et aimables ; l'absence d'une photocopieuse accessible au public ; l'absence de parking ; les délais de traitements de dossiers très longs.

²⁴ Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), créé par l'article 81 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, est une instance consultative composée de personnes âgées et handicapées et chargée de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques liées à l'autonomie et à la citoyenneté des personnes âgées et handicapées. Il est consulté pour avis pour la constitution d'une MDA, les schémas régionaux et départementaux de santé et relatifs à l'autonomie, le programme coordonné des financements de la conférence des financeurs, etc. Il peut débattre, de sa propre initiative, de toute question concernant la politique de l'autonomie et formuler des propositions sur les orientations de cette politique. Il peut être saisi par toute institution souhaitant le consulter.

MDPH de Paris (75)

Une enquête de satisfaction a été menée auprès des usagers de la MDPH dans le cadre de la démarche QualiParis. [...] L'analyse des réponses obtenues a permis de dégager comme axes d'améliorations le délai de traitement des dossiers jugé trop long, le temps d'attente au téléphone, et enfin le manque de conseil et de suivi du dossier. Les usagers ont également souligné comme points forts la qualité globale de l'accueil, l'écoute, l'amabilité, la rapidité et la disponibilité des agents ainsi que la clarté des informations obtenues.

Le recueil et la valorisation de la participation de l'utilisateur constitue l'un des quatre axes de la démarche réponse accompagnée pour tous (axe 3) qui peut également s'exprimer par le biais de la mesure de la satisfaction des usagers.

Un levier managérial et de pilotage

Les premiers retours et impacts perçus par les MDPH confirment le levier managérial que constitue la démarche qualité pour impliquer les professionnels, animer les dynamiques d'équipe et réfléchir sur des projets de fond :

MDPH de Dordogne (24)

Au-delà de l'évaluation par rapport aux items du référentiel, ces réunions ont été l'occasion de faire dialoguer les salariés entre eux, en-dehors de l'examen de situations individuelles. Ces travaux ont principalement mis en évidence les limites de l'organisation actuelle en pôles distincts, qui non seulement ne permet pas d'aboutir à l'objectif d'une évaluation globale et d'une réponse unique et cohérente à l'utilisateur, mais est source de tâches inutiles (doubles saisies, copies de dossiers, temps de coordination, ...).

MDPH du Doubs (25)

La MDPH du Doubs a initié un travail d'autodiagnostic de l'organisation institutionnelle (processus et pratiques professionnelles), de l'opérationnalité des outils et, plus globalement, des moyens mis à disposition durant l'année 2016. Ce travail, construit sur la base du référentiel national de qualité de service en MDPH, fera l'objet d'une restitution à la CNSA ainsi qu'en commission exécutive au plus tard le 31 mai 2017. [...] Par ailleurs, une démarche d'évaluation interne des pratiques professionnelles et du niveau qualitatif de réponse à l'utilisateur implique une concertation active des professionnels de l'institution. Les différentes équipes auront à porter les évolutions de son organisation, c'est pourquoi il nous a paru important de favoriser l'implication de tous dès le début de ce projet.

Si pour l'heure, les MDPH n'évoquent pas de formalisation et de suivi des actions d'amélioration dans un plan d'amélioration de la qualité ou une feuille de route ad hoc, certaines ont intégré le fruit de ces réflexions dans un projet de service qui formalise les nouveaux fonctionnements ou détaille les actions d'amélioration à mener (fiches-action par exemple). Les rapports d'activité 2017 permettront de mieux toucher du doigt la formalisation de la trajectoire d'amélioration demandée dans le cadre des travaux du RMQS.

MDPH du Lot (46)

En 2016, les agents de la MDPH ont travaillé à la fois sur le référentiel de mission, engagement figurant dans la convention d'appui, et sur un nouveau projet de service. Les deux réflexions

s'articulaient facilement ; l'autodiagnostic réalisé en équipe pour qualifier le niveau de qualité rendu sur les différentes missions a bien évidemment servi de socle au nouveau projet de service. En toile de fond, nous disposons des présentations générales de processus (les versions pour concertation), élaborées par la CNSA dans le cadre de la construction du système d'information commun ; ces fiches nous ont permis de nous interroger sur les objectifs cibles et les évolutions importantes susceptibles d'impacter les processus.

MDPH de Seine-Maritime (76)

En 2016, des réflexions ont été engagées en vue de l'élaboration d'un projet de service, soumis à la commission exécutive en mai 2017. Ce document, qui s'articule en 5 axes, fixe des objectifs opérationnels visant à améliorer la qualité de service. Un échéancier sera établi. Le projet de service prend en compte le « référentiel des missions et qualité de service » élaboré par la CNSA, qui doit être complété par chaque MDPH en 2017. La réorganisation des services fait partie des objectifs importants et prioritaires.

Les démarches qualité ont donc constitué en 2016 un appui important pour la mobilisation des équipes autour de la qualité de service et des évolutions organisationnelles à porter, soit dans une trajectoire locale, soit pour mettre en œuvre les évolutions issues des chantiers stratégiques.

4. La mise en place des chantiers stratégiques

En 2016, l'activité des MDPH a été marquée par la participation toujours importante des MDPH aux chantiers innovants locaux et nationaux et, en particulier, pour vingt-quatre territoires pionniers, à la mise en place de la réponse accompagnée pour tous. A noter, les grands chantiers tels que la mise en œuvre du tronc commun du SI MDPH, les échanges avec les CAF et la carte mobilité inclusion seront traités sur les rapports 2017.

La participation des MDPH aux dispositifs innovants

Comme chaque année, les MDPH ont montré en 2016 un véritable investissement dans les expérimentations et innovations relatives à la politique du handicap.

- Expérimentation en dispositif ITEP
- Programme Innover et moderniser les processus en MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires (IMPACT) : test du nouveau formulaire de demande, du nouveau certificat médical, de la télé service « MDPH en ligne » ou encore de l'outil de soutien à l'évaluation
- Technicothèque, plateforme départementale d'accessibilité et d'usage des aides techniques pour l'autonomie dans tous les actes de la vie quotidienne : consolidation du dispositif et de son déploiement, évaluation et modélisation des solutions juridiques, économiques, techniques et des modalités de transfert à d'autres Départements

MDPH de Maine-et-Loire (49)

En 2016, 274 aides techniques étaient mises en place (235 pour personnes handicapées et 39 pour personnes âgées) pour 240 dossiers orientés vers la « Technicothèque. L'évaluation des besoins des personnes âgées réalisées dans le cadre de l'APA par la MDA a permis d'identifier les réponses possibles en termes d'aide technique et d'adaptation du logement. Le fonctionnement a été expérimenté et précisé depuis 2013, a été sollicitée en 2016 avec des ajustements dans ses processus au regard de la réglementation propre aux personnes âgées. Le parcours des demandes s'en trouve facilité notamment par le versement direct de l'allocation personnalisée autonomie à la Technicothèque dès lors que la personne âgée a exprimé son consentement.

- Cellules et plateformes pour situations à risques spécifiques (maltraitance, rupture de parcours) au niveau départemental

MDPH de Haute-Savoie (74)

DEAT : Dispositif expérimentale d'accueil transitoire. L'étude des orientations vers ce dispositif destiné à prendre en charge des enfants aux difficultés multiples (en situation de handicap et suivis par le service d'aide sociale à l'enfance), se fait en formation spécifique avec une EP dédiée (présence de représentants de l'ARS, de la DPE, des établissements médico-sociaux, du médecin et de l'assistante sociale de la MDPH). La plupart des dossiers examinés par cette EP font l'objet d'une présentation en CDAPH plénière. Chaque notification est assortie d'objectifs pour la prise en charge. Le nombre de dossiers étudiés est en constante augmentation.

MDPH des Yvelines (78)

La mise en place du DITSA, Dispositif Intégré pour les personnes avec Troubles du Spectre Autistique (TSA) permettant la construction d'une démarche de coopération partenariale pour et avec les personnes avec TSA. Un accompagnement spécifique pour les situations complexes permettra aux personnes et à leur famille de disposer d'un interlocuteur dédié à l'interface avec tous les acteurs du parcours de la personne.

- La mise en commun de la PCH

MDPH de Loire-Atlantique (44)

Depuis 2015, le Département a mis en place, à titre expérimental, une [mise en commun de la] PCH dans le cadre du dispositif « Famille gouvernante » porté par l'UDAF. Il s'agit d'accompagner des personnes atteintes de handicap psychique vivant en colocation par l'intervention d'une gouvernante dont la présence quotidienne est financée par le biais d'une PCH mutualisée d'1h20 par jour et par bénéficiaire.

Tous ces dispositifs relatifs à la prévention des ruptures de parcours, préfigurent et faciliteront la mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous.

La carte mobilité inclusion (CMI) : un chantier phare pour l'année 2017 amorcé en 2016

Annoncée par le Président de la République lors de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) de décembre 2014, la création de la CMI a été confirmée lors de la CNH du 19 mai 2016 et instituée par l'article 107 de la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique.

L'Imprimerie Nationale s'est vue confier par décret le monopole de la fabrication et la gestion du cycle de vie de la CMI.

La CMI se substitue à compter du 1er janvier 2017 aux cartes de stationnement, d'invalidité et de priorité. Elle comprend trois mentions possibles : « priorité », « invalidité » et « stationnement ». Pour les personnes relevant du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, la carte de stationnement reste instruite par les services départementaux de l'ONAC-VG et délivrée par le représentant de l'Etat dans le département. La CMI maintient à périmètre constant les droits attachés aux trois cartes auxquelles elle se substitue. L'autorité qui délivre la CMI aux personnes physiques est le Président du Conseil départemental. Le représentant de l'Etat dans le département délivre la CMI stationnement aux organismes assurant le transport collectif de personnes handicapées.

L'harmonisation des SI dans le cadre de la mise en œuvre du SI commun des MDPH va faciliter la transmission de la commande de la CMI par un service d'échange à l'Imprimerie Nationale pour l'édition de la carte

Pour faire face à l'augmentation des demandes constatée dans certaines MDPH et mettre en œuvre les évolutions réglementaires attendues sur la carte mobilité inclusion (CMI), certaines MDPH ont entrepris de faire évoluer leurs organisations et leurs processus, par exemple :

- l'élaboration de fiches navettes avec les équipes APA du conseil départemental pour fluidifier le traitement des demandes liées à la loi d'adaptation de la société au vieillissement ;
- l'organisation de l'évaluation des demandes avec la mise en place de binômes pour en assurer un traitement plus rapide.

MDPH de l'Ardèche (07)

Parmi les chantiers menés en 2016, a été développée une nouvelle procédure pour l'attribution à durée indéterminée des cartes d'invalidité et de stationnement aux bénéficiaires de l'APA classés en GIR 1 et 2 cf. Loi ASV. Nous avons travaillé avec les territoires et mis en place une fiche navette, permettant de fluidifier et traiter de façon simplifiée les demandes.

MDPH de l'Yonne (89)

La réorganisation se met progressivement en place, avec une évaluation des dossiers [de demandes de cartes], le plus souvent en binôme ou en équipe pluridisciplinaire et il est constaté une plus grande efficacité, tant dans les délais que dans la qualité des traitements.

Plusieurs MDPH, à l'image de la Gironde, ont déployé des organisations préfigurant la mise en œuvre de la CMI en externalisant la production de cartes auprès de l'Imprimerie Nationale.

MDPH de Gironde (33)

La confection des cartes d'invalidité et de priorité constituait, jusqu'alors, pour la MDPH, une charge importante et complexe, en particulier pour répondre à la gestion des photographies d'identité et à leur rapprochement avec le support de carte.

Avec la numérisation des dossiers dès leur entrée, ce sujet spécifique devait trouver une réponse adaptée : si la première piste observée a été celle d'un développement spécifique du logiciel de GED, le choix s'est finalement porté sur l'externalisation de la confection des cartes d'invalidité et de priorité.

Une offre de marché a été passée par la MDPH, à l'issue de laquelle l'Imprimerie Nationale a été retenue en avril 2016. Des travaux de développements adaptés ont suivi la signature de ce marché, afin de répondre aux spécifications techniques fournies par l'Imprimerie Nationale, ce qui a conduit à une première production des cartes d'invalidité et de priorité par l'Imprimerie Nationale à partir des décisions issues de la CDAPH plénière de septembre. A noter que cette expérience d'externalisation sera profitable techniquement dans le cadre de la future mise en œuvre de la Carte Mobilité Inclusion (CMI), dont la confection est dévolue à l'Imprimerie Nationale (dans un périmètre encore plus large avec la CMI stationnement).

La CMI a mobilisé les MDPH dès l'année 2016, qui indiquent dans leur rapport d'activité avoir lancé des travaux de préparation à la mise en œuvre (ateliers de travail, mise en place d'un comité de pilotage commun MDPH/conseil départemental, etc.).

Plusieurs modèles d'organisation peuvent d'ores et déjà être identifiés parmi ceux présentés par les MDPH :

- le choix de former les équipes médico-sociales APA du conseil départemental à l'évaluation de toutes les demandes de cartes relatives aux demandes APA ;
- la centralisation de l'ensemble des demandes personnes âgées/personnes handicapées au sein des MDPH.

Si la mise en œuvre de la CMI est perçue de manière positive par la majorité des MDPH, certaines anticipent des changements importants à conduire sur les plans organisationnels, informatiques, partenariaux ainsi que sur la formation des équipes. L'impact financier de la mise en œuvre de la mesure est ainsi appréhendé par quelques MDPH.

MDPH de l'Hérault (34)

La CMI est délivrée par le président du conseil départemental au vu de l'appréciation de la CDAPH. Par dérogation, la CMI invalidité et stationnement est délivrée à titre définitif aux demandeurs et bénéficiaires de l'APA en GIR 1 et 2 au vu de la seule décision d'attribution de l'APA. Par ailleurs, la loi ouvre la possibilité de délivrer la CMI priorité et stationnement aux demandeurs (GIR 3 à 6) et bénéficiaires de l'APA (GIR 3 et 4) au vu de l'appréciation de l'équipe médico-sociale APA. Le département de l'Hérault et la MDPH ont retenu ce choix organisationnel permettant une prise en charge globale des personnes en perte d'autonomie. Deux phases sont prévues afin que les équipes médico-sociales APA soient, à terme, en capacité d'évaluer l'ensemble des droits à la CMI (Priorité, Invalidité et Stationnement) d'un demandeur ou bénéficiaire de l'APA (formation au guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées). La mise en place de la CMI a fortement mobilisé les équipes de la MDPH (réunions régulières avec la Direction de l'autonomie, formations des équipes d'évaluation et des instructeurs, paramétrage, échanges réguliers avec la CNSA, l'Imprimerie Nationale).

MDPH de la Nièvre (58)

Les bases de la convention relative à la mise en place de la Carte Mobilité Inclusion ont été également initiées sur cet exercice, la M.D.P.H. s'étant positionnée comme préfigurateur.

MDPH de la Somme (80)

Dans notre MDPH, la CMI sera mise en place à partir de la première CDAPH de juillet 2017. Fin 2016, une organisation conjointe Conseil départemental/MDPH a été finalisée. La MDPH gèrera l'ensemble des cartes CMI et sera la seule institution à évaluer et à commander les cartes à l'Imprimerie Nationale (IN). Une modalité particulière sera mise en place en 2017 avec un accès logiciel métier Solis/APA par deux agents de la MDPH afin de vérifier, après réception des demandes de personnes âgées classées en GIR 1 ou GIR 2, la notification APA et ainsi de déclencher la commande à l'IN. La transformation des CI, CP et CES en CMI va impacter également l'organisation au niveau de l'évaluation.

Une Réponse accompagnée pour tous : une transformation durable de l'accompagnement de la perte d'autonomie liée au handicap²⁵

Des retours d'expérience ont pu être extraits des rapports d'activité des MDPH en 2016 venant ainsi compléter les retours d'expériences et enseignements formalisés dans le rapport de capitalisation²⁶.

Les leviers de déploiement de la démarche

En pratique, la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent s'est beaucoup fondée sur les commissions situations critiques telles que les prévoit la circulaire du 22 novembre 2013 et leurs premiers enseignements.

MDPH du Bas-Rhin (67)

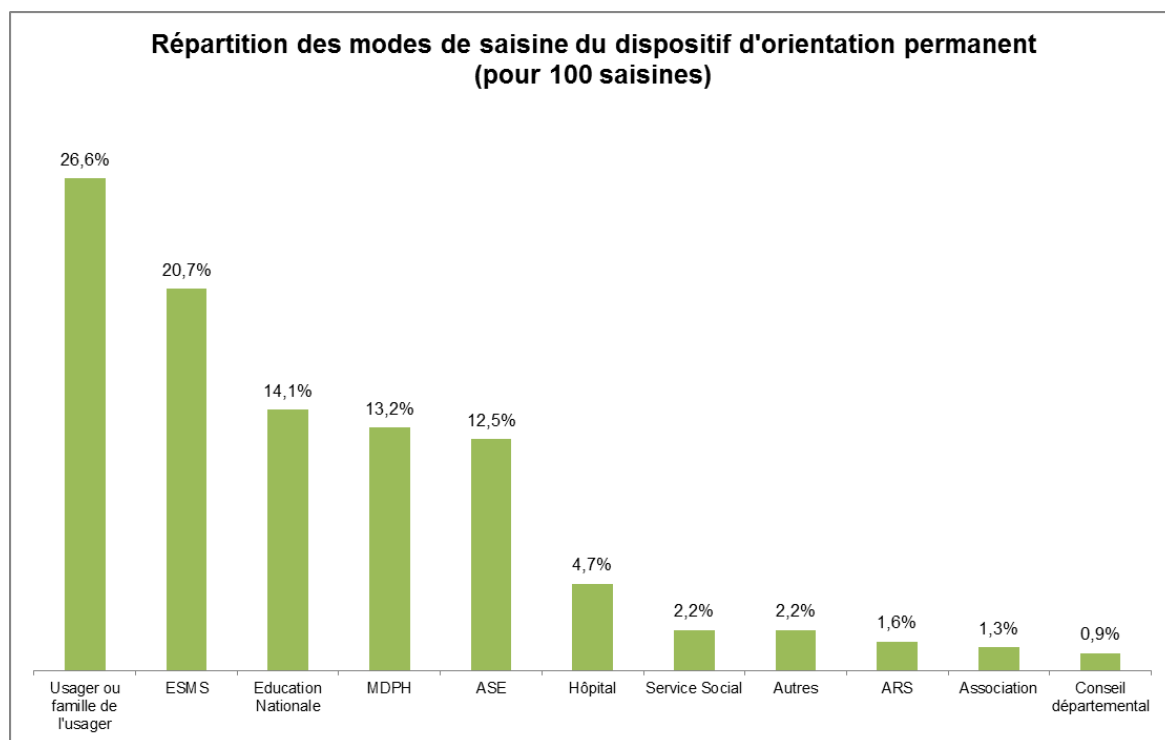
Jusqu'ici l'animation et le suivi de la commission [situations critiques] reposait sur un cadre avec l'appui d'un médecin. La MDPH 67, qui a souhaité s'inscrire dès janvier 2017 dans la démarche « une Réponse accompagnée pour tous, a créé à ce titre une cellule dédiée composée d'un référent de parcours, d'un coordinateur de l'offre et d'une assistante. Ces moyens permettront à la fois de gérer la commission des situations critiques et de faire évoluer cette instance vers le dispositif d'orientation permanent. Le mode d'action de la commission a été jusqu'ici d'élaborer un plan d'action pour chaque situation examinée. L'effectivité de la mise en œuvre de ces plans n'a pas toujours pu être vérifiée, faute de retour d'information par le coordinateur du plan d'action désigné en commission. La commission n'a pas non plus été informée de l'octroi effectif de moyens supplémentaires par l'ARS. L'arrivée au sein de l'équipe d'un référent de parcours permettra d'assurer un suivi plus rapproché des situations.

La commission situations critiques, de même que l'élaboration du PAG est fondée sur l'impératif de travail partenarial en vue de trouver des solutions modulaires. Le dispositif d'orientation permanent accentue l'implication de la personne, de ses représentants et la personnalisation de l'élaboration de la réponse : l'utilisateur participe au groupe opérationnel de synthèse.

Près d'un quart des saisines du dispositif d'orientation permanent est faite par l'utilisateur ou ses représentants. Pour une situation sur cinq, l'équipe pluridisciplinaire a proposé un PAG à un utilisateur ou ses représentants après avoir été sollicité par un ESMS.

²⁵ Données issues de la synthèse des rapports d'activité des MDPH ainsi que de l'enquête ciblée menée par la CNSA auprès des 24 territoires pionniers au 1^{er} semestre 2017

²⁶ Le rapport de capitalisation est disponible sur le site de la CNSA : http://www.cnsa.fr/documentation/reponse_accompagnee_-_rapport_de_capitalisation_-juillet_17.pdf



Les réflexions sur le pilotage de la démarche a souvent été initié par les MDPH qui ont installé très tôt un comité de pilotage de la démarche, soit ad hoc, soit au sein des COMEX des MDPH. L'enquête réalisée en 2017 auprès des territoires pionniers indique que l'agence régionale de santé, le conseil départemental et l'éducation nationale sont les membres les plus souvent représentés dans cette instance :

Acteur	Nombre d'instances
ARS	17
MDPH	17
Conseil départemental	17
Education nationale	16
Représentants familles et usagers	12
CPAM	11
ESMS	11
ASE	6
ES	3
Autre	7

MDPH de la Côte-d'Or (21)

La gouvernance du projet est arrêtée comme suit : la COMEX de la MDPH est le comité stratégique chargé de fixer les grandes orientations. Un comité technique est mis en place sous forme de « laboratoire », en vue de rendre opérationnelles les orientations et d'analyser la pratique de cette démarche. Afin d'être le plus efficient possible, ce laboratoire naît de l'évolution du groupe de travail sur les « dispositifs », expérimentaux en Côte-d'Or jusqu'alors.

Le portage des actions concrètes est toutefois partenarial et les MDPH identifient ce point comme crucial pour le succès de la démarche.

MDPH du Doubs (25)

Les premiers mois de déploiement ont été également l'occasion de débiter l'intégration de la démarche RAPT sur les aspects de co-construction des réponses alternatives. Des actions de communication ont permis de préciser aux partenaires que si la MDPH est le chef de fil de la démarche elle n'est pas seule dans la construction et le suivi de la réponse alternative apportée. De la même manière, la logique de co-construction a été soutenue auprès des professionnels de la MDPH qui doivent modifier leur pratique de travail avec les partenaires. »

MDPH de la Vienne (86)

Le déploiement du Dispositif d'Orientation Permanent (DOP) (axe 1 de Réponse accompagnée Pour Tous) n'a pu se faire que grâce à un engagement et une mobilisation des différents acteurs concernés : associations, établissements et services médico-sociaux, établissements sanitaires et institutionnels (Agence Régionale de Santé, Éducation Nationale et Conseil départemental). [Sur l'axe 2] : l'objectif est d'identifier dans le contrat de territoire les leviers et mesures dérogatoires à disposition de la MDPH et des GOS pouvant être mobilisés pour élaborer des PAG. Le pilote de ce groupe de travail est l'ARS. La CPAM, l'Éducation Nationale, la CAF, la MSA, le Conseil départemental et la MDPH y participent. Deux groupes de travail se sont réunis le 12 décembre 2016 et le 16 janvier 2017.

Pour la mise en œuvre de la démarche les directeurs et directeurs-adjoints ont été largement sollicités (dimension partenariale et de réorganisation) ainsi que les professionnels en charge de la coordination des équipes pluridisciplinaires, du suivi des décisions en CDAPH ou du suivi des orientations. Par le biais des ARS, la CNSA a ainsi délégué de 90 000 à 130 000 euros à chaque territoire pour la mise en œuvre du dispositif, soit par le recrutement direct d'un chargé de mission soit par l'achat de prestations de conseil. Des sites pionniers et MDPH lancées dans la démarche dès 2016 ont identifié des chargés de missions en charge du sujet avant même la délégation par la CNSA de ces crédits fin 2016. Les missions de ce chargé de mission consistaient soit en l'ingénierie et le pilotage du projet (outillage spécifique,) soit en l'élaboration des PAG.

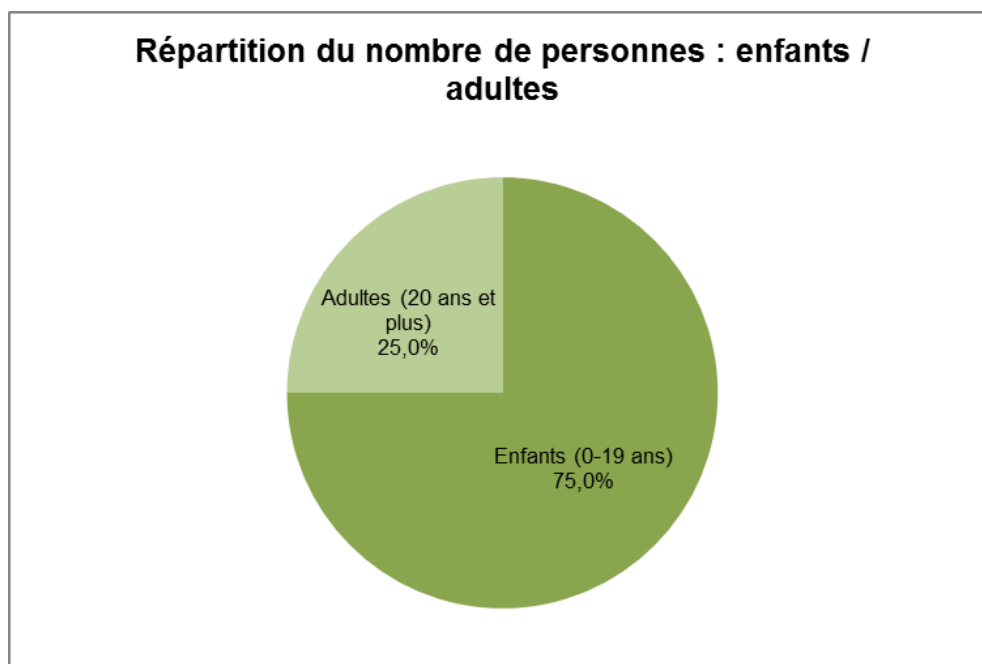
MDPH de Haute-Savoie (74)

Recrutement d'un contractuel dans le cadre du dispositif d'orientation permanent en septembre. Afin de s'approprier la nouvelle disposition relative à la « réponse accompagnée pour tous » (RAPT), amenée par la loi de modernisation de la santé du 28 janvier 2016, un accord d'embauche d'un contractuel d'un an (2 fois 6 mois) a été donné à la MDPH 74. Dans ce cadre, un professionnel a pris ses fonctions le 6 septembre 2016. Sur les derniers mois de 2016, ce professionnel a analysé le nouveau dispositif à mettre en place, l'a présenté en équipe interne et aux partenaires et a élaboré des outils pour la mise en œuvre du projet (modèles rédigés du plan d'accompagnement global). Il a aussi constitué le dossier pour permettre à la MDPH 74 de se porter candidate pour être département pionnier.

Focus sur les publics accompagnés

Le nombre de situations examinées et ayant donné lieu à l'élaboration d'un ou de plusieurs PAG s'élève à 164 situations à la fin de l'année 2016.

Près de trois quart des personnes sont des enfants âgés de 0 à 19 ans. Le nombre de personnes ayant un suivi ASE est de 47 soit un peu plus d'un quart des situations.

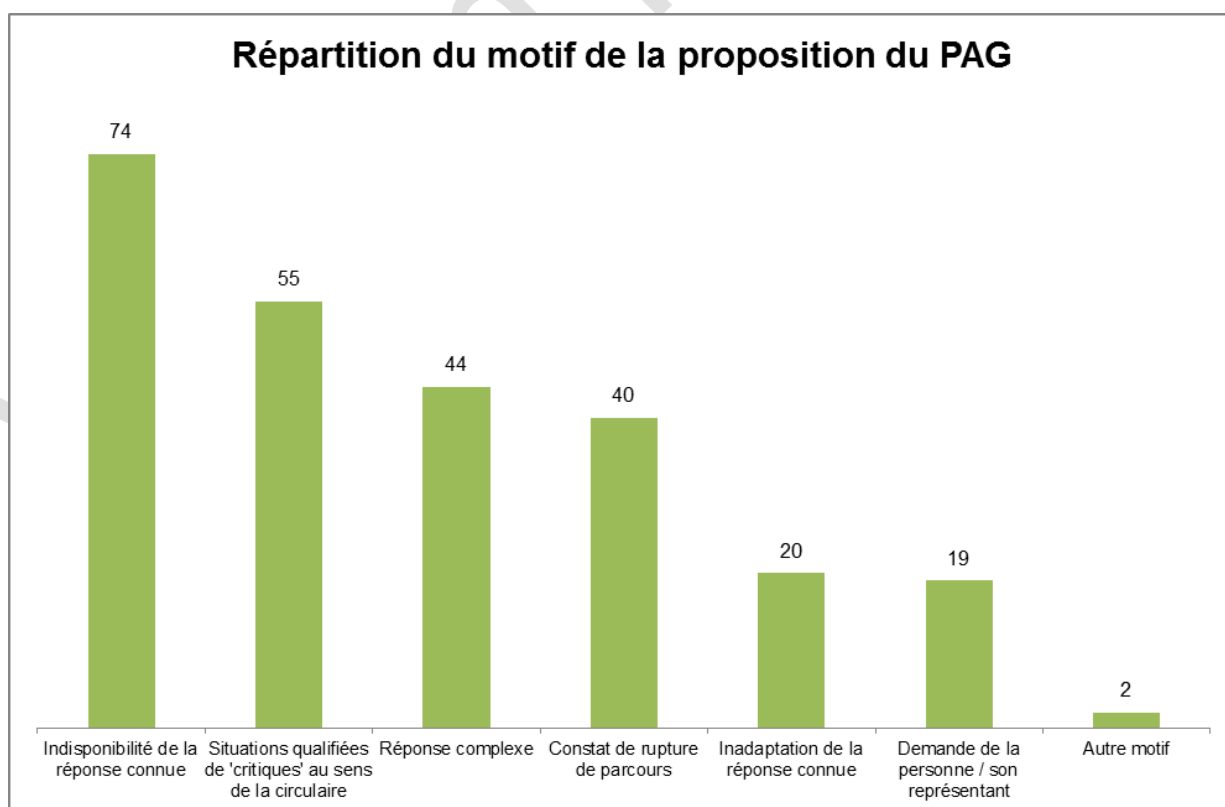


Plus d'une personne sur deux (57,3 %) ont entre 6 et 15 ans :

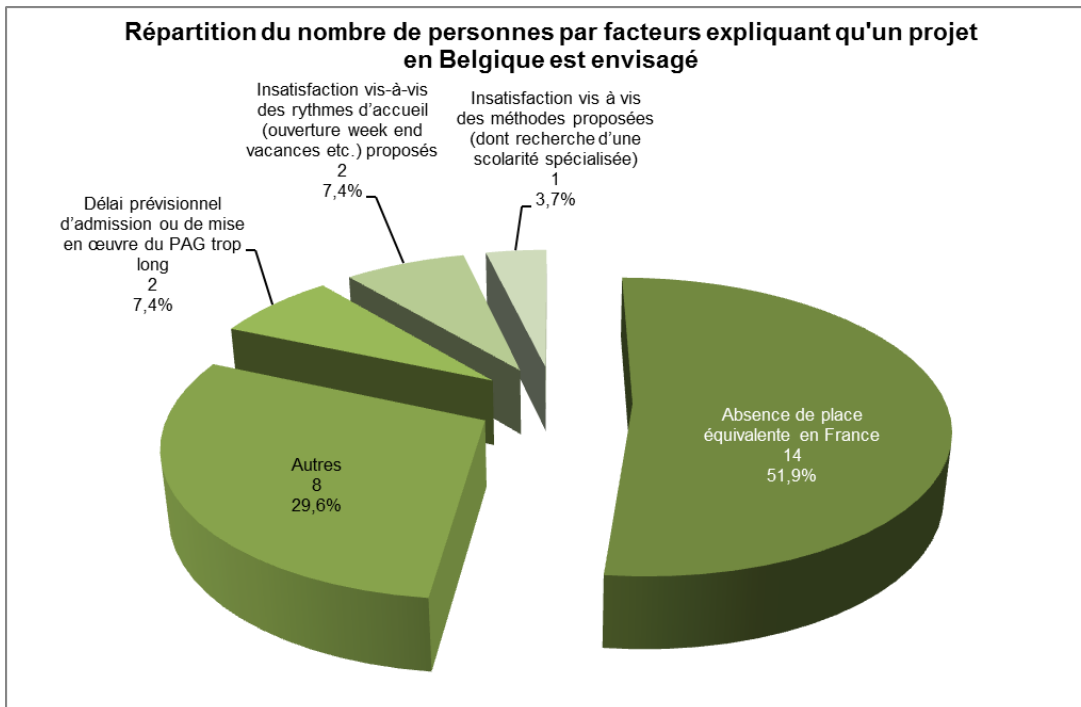
- un tiers des personnes sont âgées de 6 à 11 ans
- un quart des personnes ont entre 12 et 15 ans.

Le lieu de prise en charge au moment de la construction du PAG est le domicile pour 36,5 % des personnes dont 19,2 % sans accompagnement et 17,3 % avec un accompagnement. Il est à noter que pour une personne sur quatre le lieu de prise en charge en indiquant « autre » que ceux proposés.

Le motif de la proposition du PAG est principalement l'indisponibilité de la réponse connue pour 74 situations. Pour 55 personnes, le motif est dû à la qualification d'une situation qualifiée de « critiques » au sens de la circulaire.



Le nombre de situations pour lesquelles un projet en Belgique a été envisagé est de **27 personnes**. Le facteur principal expliquant qu'un projet en Belgique est envisagé est une absence de place équivalente en France pour près d'une personne sur deux. Les personnes âgées de 26 à 60 ans sont les plus représentées. Pour aucun enfant de moins de 6 ans un départ en Belgique est envisagé.



Solutions proposées dans le cadre des PAG

Les PAG ont amené le plus souvent à orienter l'utilisateur en ESMS, avec une admission correspondant à l'orientation CDAPH. A noter, les PAG ont donné lieu à :

en ESMS

- une dérogation à l'autorisation de l'ESMS (24 situations) ;
- une intervention croisée de deux ESMS (22 situations) ; ou à une intervention complémentaire d'un partenaire du soin (18 situations), confirmant le besoin de modularité des réponses ;

à domicile

- un renforcement des moyens (14 situations) ;
- une intervention d'un ESMS (14 situations) ;
- une prise en charge par une structure sanitaire dans 14 situations, dont 7 en lien avec un ESMS.

Des premiers retours encourageants pour le déploiement à l'échelle de plus de 90 territoires en 2017

Si les territoires pionniers jugent l'investissement important, beaucoup notent les bénéfices de la démarche au-delà même du dispositif d'orientation permanent. L'investissement semble porter ses fruits et les MDPH pionnières identifient de premiers impacts positifs à la démarche semblent être :

- Un renouvellement de la dynamique partenariale ;
- Une nouvelle approche de l'évaluation de la situation ;
- Une nouvelle approche de l'élaboration de la réponse à partir des besoins identifiés.

MDPH des Pyrénées-Orientales (66)

Enfin, au fur et à mesure du déploiement de la RAPT, les pratiques professionnelles ont fortement évoluées, avec, notamment, une adaptation de la procédure de traitement de la demande. De nombreux outils ont été mis en place, ainsi que des sessions de formation / information à destination des partenaires de la réponse accompagnée et des ESSMS partie prenantes. Cette nouvelle organisation a nécessité la création d'un poste administratif au sein de la MDPH pour permettre une meilleure articulation des partenaires à l'aide des outils développés.

MDPH de la Vienne (86)

L'expérience d'une année démontre bien que la réponse accompagnée porte en elle, une nouvelle conception de l'approche de certains besoins individuels. Tout d'abord, elle met en évidence la nécessité de raisonner par dispositif. La notion de dispositif ouvre la possibilité aux acteurs de faire évoluer les parcours individuels en fonction des besoins et attentes des personnes en simplifiant les démarches administratives. Il s'agit aussi de moduler les orientations voire de mixer les dispositifs. Comment répondre autrement aux situations complexes de jeunes ou adultes à la frontière du social, du sanitaire et du médico-social ? Ensuite, Réponse accompagnée conduit au rapprochement des différents acteurs institutionnels, médico-social, sanitaire, services... afin de se coordonner autour de situations individuelles. Ceci nécessite de dégager de la disponibilité, du temps et des moyens dans un cadre contraint mais aussi de faire preuve « d'intelligence sociale ». Enfin, avec réponse accompagnée, la personne est réellement placée au cœur du sujet. L'expérience du déploiement de la démarche menée en 2016 dans la Vienne confirme les préconisations du rapport « zéro sans solution » et s'inscrit pleinement dans la philosophie de l'action conduite par Madame MS. DESAULLE.

Plus spécifiquement, la démarche englobe et initie, en lien avec les développements ci-dessus (cf. « Partenariats et mission d'observatoire »), des travaux sur l'évolution de l'offre et sur les pratiques d'admission.

MDPH de Saône-et-Loire (71)

Depuis la rentrée scolaire 2014, la MDPH, avec l'appui de l'ARS, a mis en place la commission départementale d'harmonisation des admissions dans les établissements enfants, en réponse au développement de la mission de suivi des décisions préconisé par le rapport Piveteau « Zéro sans solution ». [...] En 2016, un groupe de travail s'est réuni à 2 reprises afin, notamment, de définir des critères de priorité d'admission en établissement médico-social enfant. Ce groupe de travail était composé d'enseignants référents, de représentant de l'Aide Sociale à l'Enfance, de représentant de l'ARS, de directeurs d'établissement, de médecins, de travailleurs sociaux...soit divers partenaires intervenant dans le parcours de vie d'un enfant.

Les retours des territoires pionniers sont donc encourageants. Toutefois, l'expérience des territoires pionniers offre également un regard sur les difficultés rencontrées et les actions d'amélioration à développer pour les prochaines années :

- Sur l'évolution de l'offre, pendant indispensable au dispositif d'orientation permanent, et la capacité des autorités de planification de l'offre (ARS, départements, représentants de l'Education nationale) en lien avec les établissements, services et professionnels sur les territoires à proposer des réponses et des accompagnements adaptés :

MDPH de Vienne (86)

Des difficultés ont également été rencontrées. Ainsi, au délai de préparation du PAG s'ajoute un délai supplémentaire pour sa mise en œuvre effective. Il est particulièrement difficile de faire prendre des décisions pendant les réunions de GOS, notamment pour les acteurs institutionnels et faire acter des mesures de dérogation ou des moyens exceptionnels afin d'organiser des accueils en sur capacité en établissement ou service médico-social. Les établissements et service médico-sociaux pour jeunes du Département ont également atteint les limites de leurs capacités matérielles à accueillir de nouvelles personnes (locaux, etc...).

- Sur l'équilibre général de la charge générée en routine par le dispositif d'orientation permanent et en particulier l'élaboration très personnalisée du plan d'accompagnement global au regard des moyens disponibles. Cette réflexion doit amener les organisations à s'optimiser, en lien avec le SI MDPH et les réorganisations, mais engage également à identifier des simplifications complémentaires, dans l'esprit du rapport Piveteau.

MDPH de Seine-et-Marne (77)

La chargée de mission en charge des situations critiques et du suivi des décisions, désormais rattachée au SEO a dû faire face à une augmentation croissante des demandes notamment sur la mise en place de Plans d'Accompagnement Global (PAG) pour les situations les plus complexes. La charge de travail a dû être repensée et répartie sur d'autres membres de l'équipe. De ce fait, une infirmière et une assistante sociale viennent en appui à l'évaluation des situations complexes. Un poste de secrétaire a été créé pour permettre l'organisation des Groupes Opérationnels de Synthèse (GOS) et maintenir l'activité sur le suivi des décisions.

MDPH de l'Aude (11)

En conclusion, pour la mise en œuvre du DOP dans l'Aude, [...] 3 prérequis :

- Nécessité d'un appui à l'adaptation de l'outil informatique pour l'élaboration du PAG, de la mobilisation d'un référent de parcours, et de son suivi. En décembre 2016, 1 convention signée avec

l'ARS a permis le versement d'une subvention en vue de recruter un chargé de mission RAT, mis à disposition en 2017 par le Département (via une autre convention) ;

- Développer le portail web usagers : en intégrant aux étapes existantes (complétude du dossier, programmation) de nouvelles étapes (instruction, évaluation, envoi des notifications) afin de mieux informer les Personnes Handicapées de l'état d'avancement du traitement de leur dossier ;*
- Recenser l'offre du territoire afin de faciliter la co-construction des réponses.*

- Le besoin d'un accompagnement au changement pour réponse accompagnée et plus largement pour l'ensemble des chantiers qui impactent les MDPH.

MDPH de Dordogne (24)

La « réponse accompagnée pour tous », mais aussi l'ensemble des chantiers auxquels sont confrontées les MDPH (nouveau formulaire, système d'information harmonisé, référentiel de missions et de qualité de service, ...) imposent de continuer à évaluer et adapter les procédures et l'organisation. Les travaux déjà engagés dans ce cadre (modification des circuits d'évaluation) devront donc être poursuivis et amplifiés en 2017. Ces différents projets, qui convergent vers une harmonisation, voire une uniformisation des fonctionnements et organisations des MDPH, impliquent de repenser totalement les choix faits à la mise en place de la MDPH en 2006. Ils nécessiteront donc également un réel accompagnement au changement.

La démarche semble toutefois porter avec elle une refonte en profondeur du champ du handicap qui rejoint, au regard des retours des MDPH, les aspirations des professionnels à mieux répondre aux besoins des personnes en situation de handicap. De nombreuses MDPH citent réponse accompagnée comme une perspective mobilisatrice pour 2017.

MDPH de l'Ariège (09)

Concernant la RAPT « réponse accompagnée pour tous » ce dispositif va apporter une amélioration importante du parcours de la personne en situation de handicap.

MDPH de Corrèze (19)

La réussite du dispositif "Réponse Accompagnée Pour Tous" s'appuie sur une équipe très mobilisée et convaincue par la nécessité de ce dispositif. La notion de parcours est bien inscrite dans l'éthique professionnelle de tous les agents.

Conclusion

Les rapports d'activité des MDPH pour l'année 2016 témoignent d'une activité très soutenue et d'une implication forte dans la mise en œuvre de chantiers nationaux structurants ayant vocation à permettre des réponses plus individualisées, inclusives et de qualité pour les usagers.

L'année 2017 inscrit les MDPH dans la mise en œuvre très opérationnelle de plusieurs de ces chantiers initiés en 2016 avec notamment trois défis à relever :

- L'amélioration de la qualité de service en direction des usagers des MDPH avec la réalisation de l'autodiagnostic du « Référentiel de Missions et Qualité de Service » (RMQS) et la mise en place d'un plan d'amélioration continue de la qualité;
- La construction de solution individualisée répondant au projet de vie des personnes avec le déploiement de la Réponse accompagnée pour tous à l'échelle de 90 territoires;
- La modernisation des outils de gestion et d'échanges avec le développement du SI commun des MDPH, la mise en œuvre du tronc commun du métier des MDPH, du suivi des orientations en ESMS.

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

Ainsi, dans un contexte de forte évolution des politiques du handicap et de montée en charge des mesures de simplification décidées notamment à l'occasion de la Conférence nationale du handicap le 11 décembre 2014, la CNSA renouvelle son engagement à accompagner les MDPH et leurs partenaires dans l'évolution de leurs organisations et de leurs pratiques visant à améliorer la qualité du service rendu aux usagers.

ANNEXES

Annexe 1 : glossaire des abréviations employées dans le document

AAH : allocation aux adultes handicapés

AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé

ARS : agence régionale de santé

ASV : (loi) d'adaptation de la société au vieillissement

AVS : auxiliaire de vie scolaire

CAF : caisse d'allocations familiales

CARSAT : caisse d'assurance retraite et de santé au travail

CASF : code de l'action sociale et des familles

CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CLIC : centre local d'information et de coordination

CNFPPT : centre national de la fonction publique territoriale

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CCAS : centre communal d'action sociale

CMI : carte mobilité inclusion

CPO : centre de pré-orientation

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

ESMS : établissement et service social et médico-social

FALC : facile à lire et à comprendre

GEVA : guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée

GIR : groupe iso-ressources

GOS : groupe opérationnel de synthèse issu de la réponse accompagnée pour tous

IME : institut médico-éducatif

IMPACT : innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur le territoire

(D)ITEP : (dispositif) institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

MDA : maison départementale de l'autonomie

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MDMPH : maison départementale et métropolitaine des personnes handicapées

MISPE : mise en situation en milieu professionnel en ESAT

MLPH : maison landaise des personnes handicapées

PAG : plan d'accompagnement global

PCH : prestation de compensation du handicap

PPC : plan personnalisé de compensation

PPS : projet personnalisé de scolarisation

RAPT : réponse accompagnée pour tous

RMQS : référentiel de missions et de qualité de service

RQTH : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

RSDAE : restriction substantielle et définitive d'accès à l'emploi

SAMETH : service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

SESSAD : services d'éducation spéciale et de soins à domicile

ULIS : unités localisées pour l'inclusion scolaire

UEM : unité d'enseignement en maternelle