

OCTOBRE 2020

DOSSIER TECHNIQUE

2018 : mobilisation des MDPH
sur les grands chantiers de
transformation

Synthèse des rapports d'activité 2018 des maisons
départementales des personnes handicapées

Remerciements

Ce rapport annuel sur l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et des maisons départementales de l'autonomie (MDA) en 2018 a été réalisé par le pôle Partenariat institutionnel de la Direction de la compensation de la CNSA sous la coordination de Virginie Hoareau, avec l'appui d'Anne-Lise Brasseur et du cabinet PIM. Les données statistiques relatives à l'activité des MDPH ont été consolidées par la mission d'analyses statistiques de la Direction de la compensation (Amandine Weber, Sandra Nahon et Patrice Dijoux).

La production des rapports d'activité mobilise fortement les MDPH et les MDA. La CNSA tient à les remercier particulièrement pour leur implication.

Précautions méthodologiques

Cette synthèse nationale des rapports d'activité des MDPH a été réalisée à partir de trois sources :

- > **les rapports d'activité 2018 des MDPH** au format Excel standardisé par la CNSA. Au total, 100 rapports ont été reçus au 5 novembre 2019, dont 91 avant la fin août. Les rapports d'activité des MDPH des Alpes-de-Haute-Provence, du Cher, de Mayotte et de la Réunion n'ont pas pu être intégrés à cette synthèse. Ils ont été exploités de deux manières :
 - l'ensemble des données statistiques 2018 portant sur les moyens, l'organisation et les activités des MDPH ont été consolidées, fiabilisées et retraitées de manière à produire des données nationales consolidées. Quelques erreurs de saisie ont pu subsister. Les comparaisons de données avec l'année 2017 portent fréquemment sur un échantillon plus restreint (92 rapports d'activité transmis uniquement), ce qui peut rendre les comparaisons parfois délicates,
 - toutes les données qualitatives apportées dans les rapports sous la forme de commentaires écrits ont fait l'objet d'une relecture et d'une synthèse restituée dans le présent rapport. Elles constituent une source de données précieuse pour comprendre et restituer les éléments d'analyse perçus par les MDPH. Elles ne sauraient cependant constituer une donnée à valeur statistique, dans la mesure où elles ne sont ni vérifiées ni pondérées sur le plan quantitatif. Ces données constituent également la source de l'ensemble des *verbatim* des MDPH cités dans le présent rapport. La CNSA n'y a pas apporté de modifications autres que formelles ;
- > **les résultats de l'enquête relative à l'activité et au fonctionnement des MDPH 2018 (enquête dite des « Échanges annuels »)**, menée en 2019 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. 103 MDPH ont répondu à l'enquête ;
- > les données de satisfaction des usagers proviennent de **la première campagne de l'enquête « Ma MDPH, mon avis »**, relayée par chaque MDPH auprès de ses usagers entre septembre et décembre 2018. 19 681 réponses ont été analysées. Les résultats couvrent de manière hétérogène le territoire national et ne peuvent être considérés comme statistiques.

Sommaire

Introduction	5
1 Les MDPH, destinataires d'un nombre élevé de demandes d'aides et de prestations.....	9
1. Le nombre de demandes se stabilise au niveau national, les évolutions sont contrastées au niveau local.....	9
2. Un taux de demande stable au niveau national, mais qui connaît de fortes variations territoriales	11
3. La majorité des demandes se concentre sur les cartes pour les adultes, l'AEEH et les orientations pour les enfants	12
4. Les taux de premières demandes de CMI continuent d'augmenter	17
5. La part du stock de demandes à traiter reste stable	18
2 Les ressources des MDPH donnent des signes de tension	21
1. Les MDPH disposent de moyens stables.....	21
2. Les organisations très diverses des MDPH connaissent un début de convergence	41
3. La poursuite des grands chantiers nationaux est porteuse de progrès, grâce à un investissement important	57
4. Le management, soutien des équipes fortement mobilisées	70
3 Les MDPH restent fortement mobilisées pour améliorer la qualité de service.....	79
1. Les MDPH poursuivent leurs efforts d'amélioration continue pour assurer la qualité de service et la satisfaction des usagers	79
2. Information, communication et sensibilisation au handicap	89
3. L'accueil	96
4. L'instruction des demandes	112
5. L'évaluation des situations individuelles.....	118
6. La décision.....	133
7. Le traitement des litiges	146
8. L'accompagnement à la mise en œuvre des décisions et le suivi des orientations	155
9. Les missions transverses : l'accompagnement à la scolarité et à l'insertion professionnelle	

4 Cette mobilisation permet l'accès aux droits et aux prestations pour les usagers	171
1. Les premiers résultats de l'enquête « Ma MDPH, mon avis » permettent d'analyser la satisfaction relative aux aides	171
2. Facilitation des déplacements : la carte mobilité inclusion	172
3. L'accès à la formation, à l'emploi adapté et l'accompagnement du travail en milieu ordinaire	174
4. L'accès à un complément de revenu.....	176
5. La scolarité.....	178
6. La prise en charge des dépenses liées au handicap avec la prestation de compensation du handicap	179
7. L'orientation médico-sociale.....	181
Conclusion.....	189
Glossaire.....	191

Introduction

Qu'est-ce qu'une MDPH ?

Conçues pour être des guichets uniques, les MDPH ont vocation à informer, accueillir, accompagner et conseiller les personnes en situation de handicap et leur entourage et à sensibiliser le grand public. À ce titre, elles peuvent jouer un rôle d'assembleur, à l'échelle départementale, des interventions des acteurs de l'accompagnement des usagers en situation de handicap. Le travail d'accompagnement des parcours de vie des usagers mobilise des partenaires multiples, tant sanitaires, médico-sociaux, sociaux que du milieu ordinaire, comme l'Éducation nationale.

Les MDPH ont pour forme juridique le groupement d'intérêt public (GIP). Ce statut permet d'associer au sein d'un même organisme, le conseil départemental, l'État, les représentants des organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales (caisse primaire d'assurance maladie – CPAM, caisse d'allocations familiales – CAF, Mutualité française) ainsi que les associations représentatives de personnes handicapées. Elles sont placées sous la responsabilité du département. Les MDPH sont ainsi placées au cœur du réseau partenarial local.

Sur l'ensemble du territoire français, en métropole et en outre-mer, 104 MDPH, soit une par département, accompagnent au quotidien les personnes handicapées dans tous les domaines de leur vie, quels que soient leur âge et leur situation. Ces 104 MDPH font face à des réalités locales très variées, avec :

- > des niveaux de densité de peuplement très variables, pouvant jouer sur le volume de demandes ;
- > une accessibilité territoriale inégale selon les territoires urbains, ruraux, insulaires, montagneux... et selon leur desserte en infrastructures de transports ;
- > des populations aux problématiques diverses en matière de besoins, de vieillissement, de pauvreté, de chômage ;
- > un niveau d'équipement sanitaire et médico-social très inégal selon les territoires et selon les filières, avec des territoires bien pourvus et d'autres en carence, ainsi que des inégalités infradépartementales entre bassins de vie ;
- > des niveaux de ressources variés historiquement.

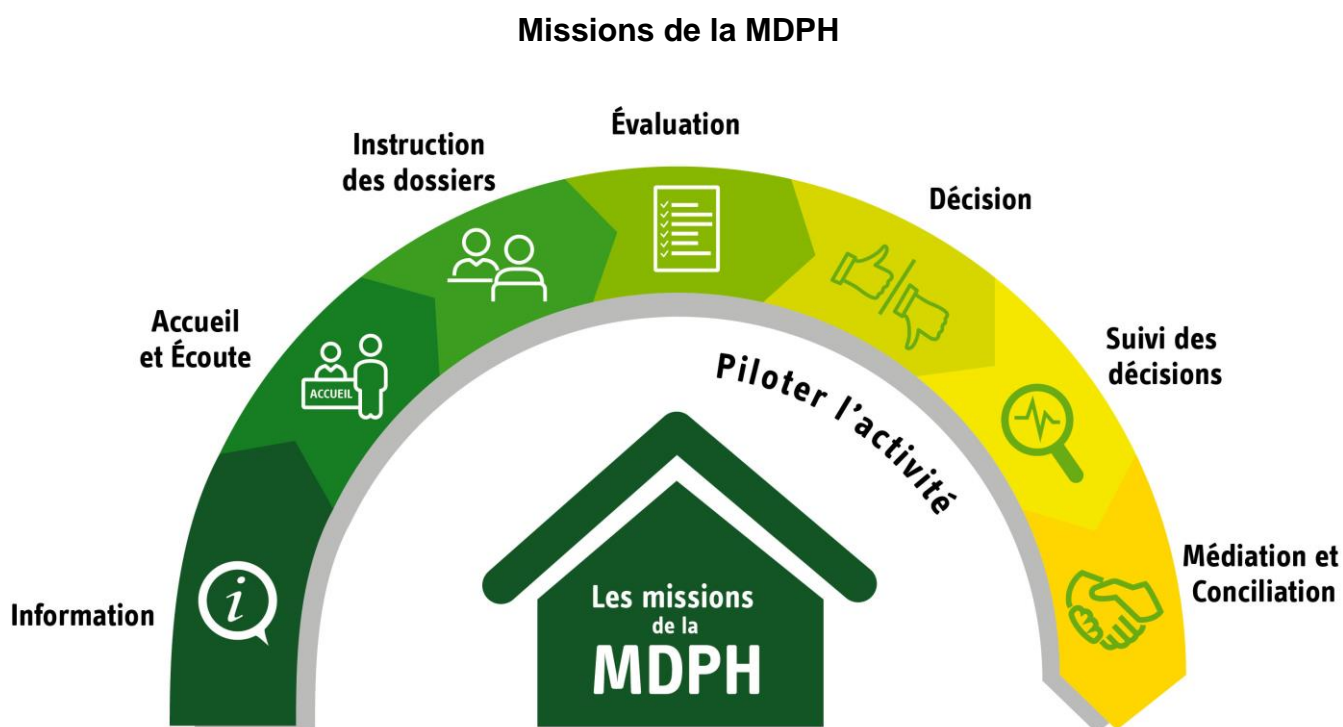
Face à cette diversité de situations, les MDPH connaissent une variété d'organisations. La territorialisation des services, le dimensionnement des équipes ou encore les modalités d'accompagnement des publics sont ainsi très différents selon les territoires.

Les sept missions des MDPH

Les MDPH remplissent sept missions essentielles pour les personnes en situation de handicap, conformément aux dispositions de l'article L. 146-3 du Code de l'action sociale et des familles :

- > **la mission d'information** des personnes handicapées et de leur famille et la sensibilisation de tous les citoyens au handicap sont essentielles pour favoriser l'accès aux droits et aux prestations. Elles se traduisent par des actions de communication, l'organisation d'événements... ;
- > **la mission d'accueil et d'écoute** : la fonction d'accueil de la MDPH est transverse et mobilisée tout au long de la procédure d'instruction du dossier de la personne. Elle permet d'assurer l'information des usagers, leur orientation et leur accompagnement. Cette mission revêt des formes variées : accueil physique, téléphonique, courrier et dématérialisé. L'accueil est généralement organisé en deux niveaux, avec un second niveau plus approfondi ;
- > **la mission d'instruction des demandes** est centrale dans le processus de traitement d'une demande. Elle consiste à assurer la constitution d'un dossier complet avec l'ensemble des pièces, de façon à permettre l'évaluation et la prise de décision ;
- > **la mission d'évaluation des besoins de compensation et d'élaboration du plan de compensation** est assurée par une équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE). L'équipe pluridisciplinaire évalue la situation de la personne, identifie ses besoins en tenant compte de son projet de vie, élabore les réponses aux besoins, détermine éventuellement les critères d'éligibilité (par exemple, le taux d'incapacité) et propose un plan personnalisé de compensation (PPC). Cette équipe est composée de professionnels divers (médecins, ergothérapeutes, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux...) en fonction de chaque situation. Elle prépare les décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) – voir *infra* : elle lui présente un avis motivé comportant le projet de vie, la synthèse de l'évaluation, la proposition de PPC et les remarques sur ce plan ;
- > **la mission d'attribution des prestations, d'orientation scolaire, médico-sociale ou professionnelle** est assurée par la CDAPH qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne pour toutes les demandes adressées à la MDPH par celle-ci ou par son représentant légal. 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 prestations. La CDAPH est composée pour un tiers de membres représentant les associations de personnes handicapées et leurs familles, ainsi que de représentants du conseil départemental, de l'État, des organismes d'assurance maladie, des syndicats... ;

- > **la mission de suivi des décisions** : le suivi des décisions et l'accompagnement des usagers dans l'application de leurs droits visent à assurer l'effectivité des décisions prises. Elle revêt une importance particulière pour les situations critiques ;
- > **la mission de médiation et de conciliation** : lorsque l'utilisateur ou son représentant souhaite contester la décision émise par la CDAPH, il leur est possible de déposer un recours ou de demander une conciliation. Les MDPH instruisent les recours gracieux ; les recours contentieux relèvent quant à eux des tribunaux compétents. Les MDPH doivent également être en mesure de proposer des prestations de médiation par d'autres autorités compétentes ou de conciliation pour trouver une solution lorsque la MDPH est concernée par la réclamation.



Les droits et prestations attribués dans les MDPH

La CDAPH est chargée de prendre les décisions ou de formuler un avis concernant l'attribution de droits et de prestations aux personnes handicapées. Ce sont ensuite les organismes ayant la charge de ces droits et prestations qui les allouent à leurs bénéficiaires ou les mettent en œuvre.

Prestations et droits pour lesquels la CDAPH est compétente	Observations
Orientation de la personne handicapée et mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale.	–
Désignation des établissements ou services correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé, et en mesure de l'accueillir.	Prise en charge effective de l'accompagnement en fonction des disponibilités et des politiques d'admission propres à chaque établissement.
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et son complément.	Attribution effective par la CAF ou la Mutualité sociale agricole (MSA).
Allocation aux adultes handicapés (AAH) et complément de ressources.	Attribution effective par la CAF ou la MSA.
Prestation de compensation du handicap (PCH) à domicile et en établissement.	Attribution effective par le département.
Allocation compensatrice pour tierce personne ou pour frais professionnels (ACTP/ACFP) – renouvellement uniquement.	Attribution effective par le département.
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).	–
Carte mobilité inclusion (CMI).	Décision effective par le président du département.
Affiliation gratuite de l'aidant familial à l'assurance vieillesse.	Décision effective par la CAF.

Les MDPH gèrent également le fonds départemental de compensation du handicap (FDCH), c'est-à-dire l'attribution d'aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais liés à leur handicap restant à leur charge, après que les intéressés ont fait valoir l'ensemble de leurs droits. Les financeurs y participent *via* le comité de gestion.

Le présent rapport constitue une synthèse de la réalisation des missions des MDPH pour l'année 2018. Il s'attache à présenter l'activité suscitée par les demandes des usagers auprès des MDPH (partie 1) en mettant en regard : les ressources que celles-ci mobilisent pour cela ainsi que leur organisation et leur management (partie 2), les évolutions des MDPH en matière de qualité de service et d'organisation de leurs grands processus métier (partie 3) et pour finir les résultats obtenus en matière d'accès aux droits et aux prestations pour les personnes bénéficiaires (partie 4).

1 Les MDPH, destinataires d'un nombre élevé de demandes d'aides et de prestations

1. Le nombre de demandes se stabilise au niveau national, les évolutions sont contrastées au niveau local

1.1. Au niveau national, le nombre de demandes adressées aux MDPH se stabilise en 2018 après plusieurs années de hausse

En 2018, 4,48 millions de demandes ont été adressées aux MDPH contre 4,54 millions en 2017 (-0,53 %). Ce sont 1,73 million de personnes qui sont à l'origine de ces demandes (+0,02 % entre 2017 et 2018 et -0,58 % entre 2016 et 2017).

Cette légère diminution doit toutefois être considérée avec précaution dans un contexte de démarrage du déploiement du système d'information harmonisé. En effet, dans une vingtaine de MDPH, le nombre de demandes comptabilisées inclut des demandes génériques et des demandes de parcours de scolarisation (et non pas uniquement des demandes d'ouverture de droits ou de prestations), ce qui modifie ainsi les modalités de comptage des demandes par rapport à l'exercice précédent.

1.2. Au niveau départemental, plus de la moitié des MDPH observent une hausse du nombre de demandes

La stabilisation du nombre de demandes au niveau national masque des évolutions variables d'un département à l'autre. Entre 2017 et 2018, 58 MDPH connaissent une augmentation du nombre de leurs demandes. Pour 33 d'entre elles, l'augmentation est inférieure à 5 % ; pour 13 autres, elle est comprise entre 5 % et 10 %, et pour 12 MDPH, elle est supérieure à 10 %.

45 MDPH connaissent à l'inverse une diminution du nombre de demandes : pour 20 MDPH, la diminution des demandes est inférieure à 5 % ; pour 14 MDPH, elle est comprise entre 5 % et 10 %, et dans 11 MDPH, elle est supérieure à 10 %.

Outre l'effet de l'évolution du mode de comptage, plusieurs autres facteurs sont identifiés par les MDPH dans leurs rapports d'activité :

- > une évolution à la hausse peut être la conséquence des politiques de déstigmatisation et de reconnaissance du handicap, notamment sur l'inclusion scolaire. L'augmentation peut aussi être perçue comme le résultat d'une meilleure information des usagers, du développement des partenariats, de la territorialisation. Peuvent également jouer l'attractivité du département et donc la croissance de la population, une population vieillissante ;
- > les facteurs d'évolution à la baisse identifiés sont : un meilleur aiguillage des usagers éligibles vers les MDPH grâce à un meilleur travail d'information et de partenariat, l'allongement des durées d'attribution, en particulier de l'AAH depuis 2016 ou des droits liés à la scolarisation, qui entraîne notamment une baisse des demandes de renouvellement.

▾ Les facteurs de variation de la demande dans les territoires : observations des MDPH

MDPH des Hautes-Alpes (05)

« Les demandes auprès de la MDPH sont en augmentation constante. L'évolution de près de 5 % en 2018 s'explique par une meilleure information de l'accès aux droits et un partenariat entre les différents acteurs qui s'étoffe d'année en année. »

MDPH des Alpes-Maritimes (06)

« Cette différence de l'ordre de 4 % est due essentiellement à la baisse du nombre de demandes "adultes". Cette diminution est à mettre en perspective des modalités d'enregistrement de la CMI. »

MDA de Lozère (48)

« Le nombre de nouvelles demandes reste dans les mêmes proportions. Ce sont les renouvellements qui diminuent fortement : – 50 % pour les demandes enfants. Nous enregistrons tous les produits : AVS [auxiliaire de vie scolaire], matériel pédagogique... mais aussi le fait de notifier les droits enfants sur un cycle scolaire et non plus sur une ou deux années. D'où la baisse du nombre de demandes déposées et de renouvellements. Pour les renouvellements adultes : – 25 % probablement liés au fait de la durée d'AAH L. 821-2 qui est passée maintenant à 5 ans. »

MDPH de Savoie (73)

« Après une légère inflexion des demandes en 2016, une hausse en 2017, le nombre de demandes en 2018 atteint son plus haut niveau depuis la création de la MDPH.

Pour les enfants, les hausses les plus importantes concernent les demandes de cartes mobilité inclusion, mais également les demandes d'AESH [accompagnant des élèves en situation de handicap], d'orientation scolaire adaptée, ce qui est en totale cohérence avec la politique menée pour la scolarisation des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire. »

MDPH de Martinique (972)

« Une population vieillissante en Martinique, une connaissance plus grande des droits ouverts par la MDPH peuvent expliquer, en partie, cette légère augmentation de demandes déposées. »

2. Un taux de demande stable au niveau national, mais qui connaît de fortes variations territoriales

2.1. Le taux de demande moyen reste stable au niveau national

Les MDPH ont reçu en moyenne 66 demandes pour 1 000 habitants. Ce taux reste relativement stable (66 en 2017 et 67 en 2018).

59 demandes « enfants » sont déposées en moyenne pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, et 107 demandes « adultes » sont déposées en moyenne pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans (71 en tenant compte de la population âgée de 60 ans ou plus).

Les adultes ont déposé en moyenne 2,6 demandes (dans la moitié des MDPH, ce nombre est compris entre 1,3 et 2,7). Pour les enfants, ce sont en moyenne 2,3 demandes qui ont été déposées (ce nombre est compris entre 1,4 et 2,3 pour la moitié des MDPH).

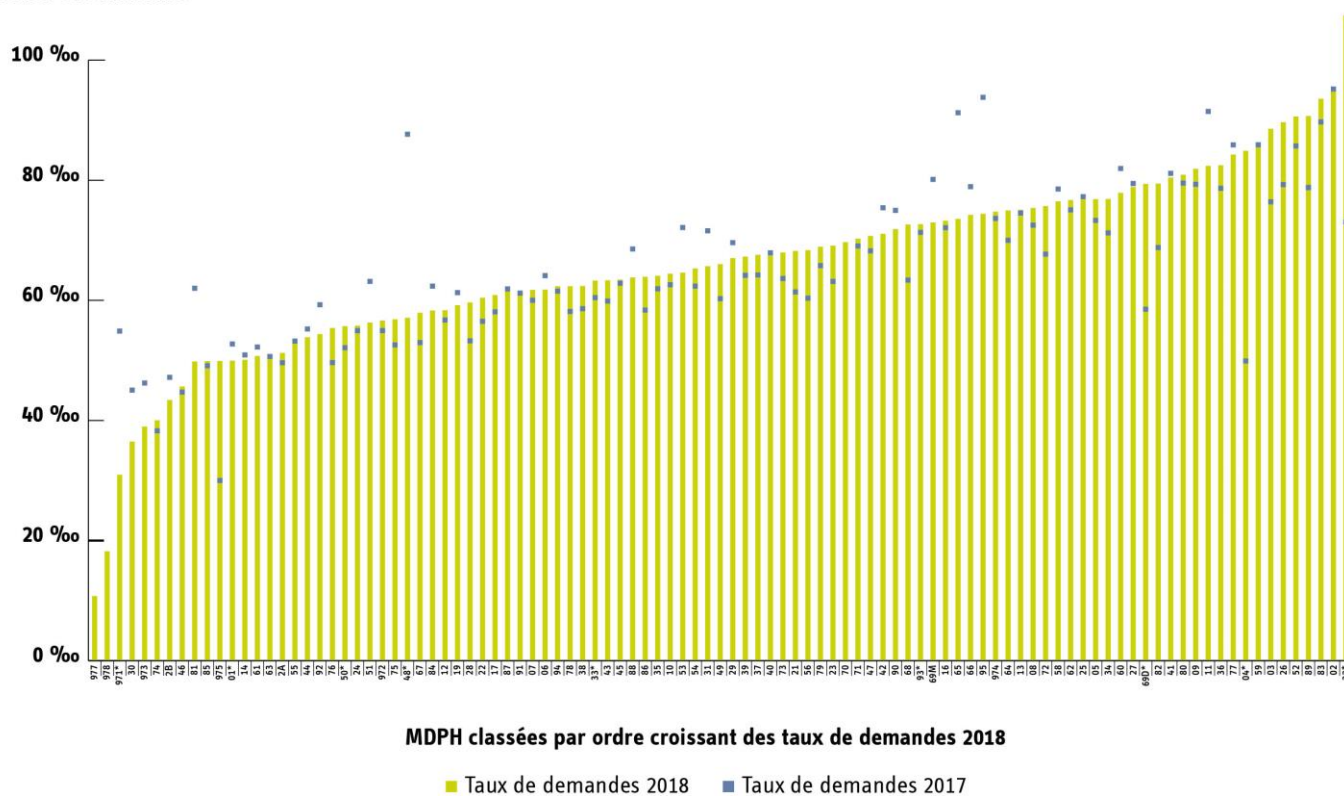
2.2. Ce taux de demande est cependant en hausse pour environ deux tiers des MDPH

Le taux de demande est très variable selon les MDPH, il varie de 11 à 107 pour 1 000 habitants.

Le taux de demande pour 1 000 habitants a augmenté dans 61 % des MDPH, contre 48 % en 2017.

Taux moyen de demandes pour 1 000 habitants en 2018 Échantillon : 101 MDPH

Taux de demandes
pour 1 000 habitants



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

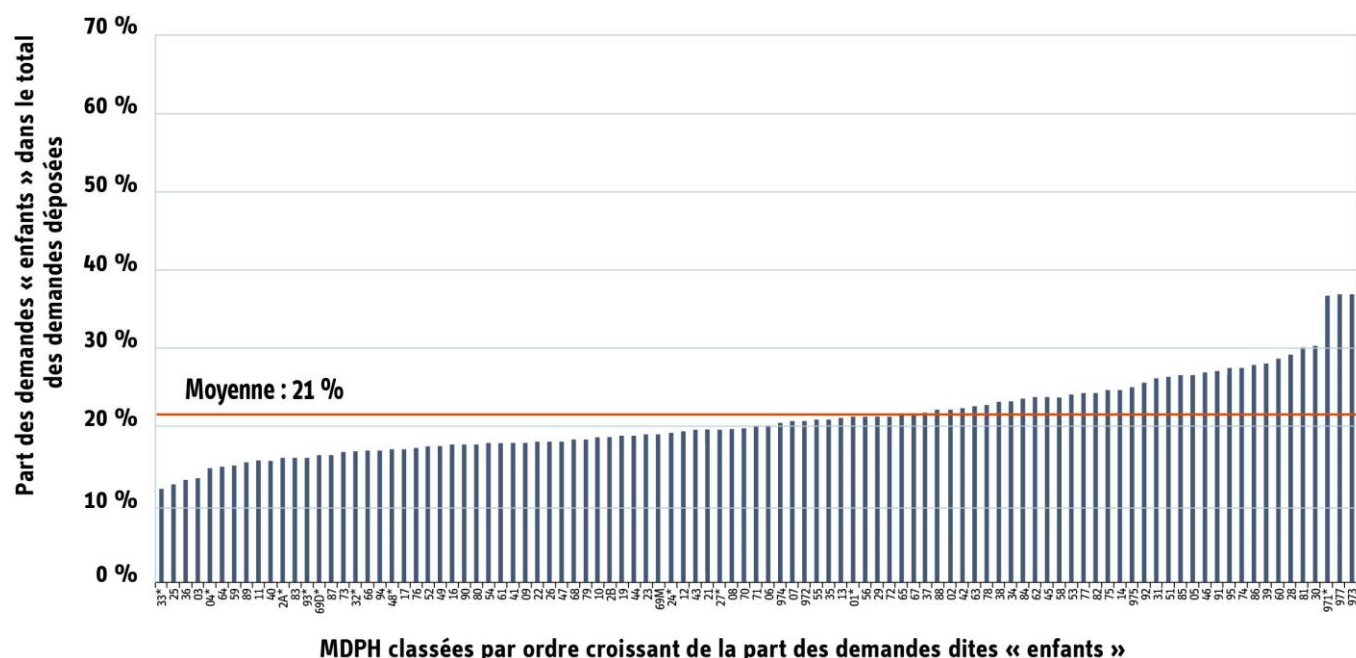
3. La majorité des demandes se concentre sur les cartes pour les adultes, l'AEEH et les orientations pour les enfants

3.1. La part des demandes « enfants » représente en moyenne 21 % des demandes

En 2018, en moyenne 21 % des demandes relevaient des prestations, droits, orientations ou avis « enfants ».

La moitié des MDPH ont reçu entre 12 % et moins de 20 % de demandes « enfants », et l'autre moitié, entre 20 % et 37 %. La part des demandes « enfants » reçues en 2018 représentait moins de 24 % dans 75 % des MDPH.

Part des demandes « enfants » dans le total des demandes déposées en 2018 selon les départements
Échantillon : 99 MDPH

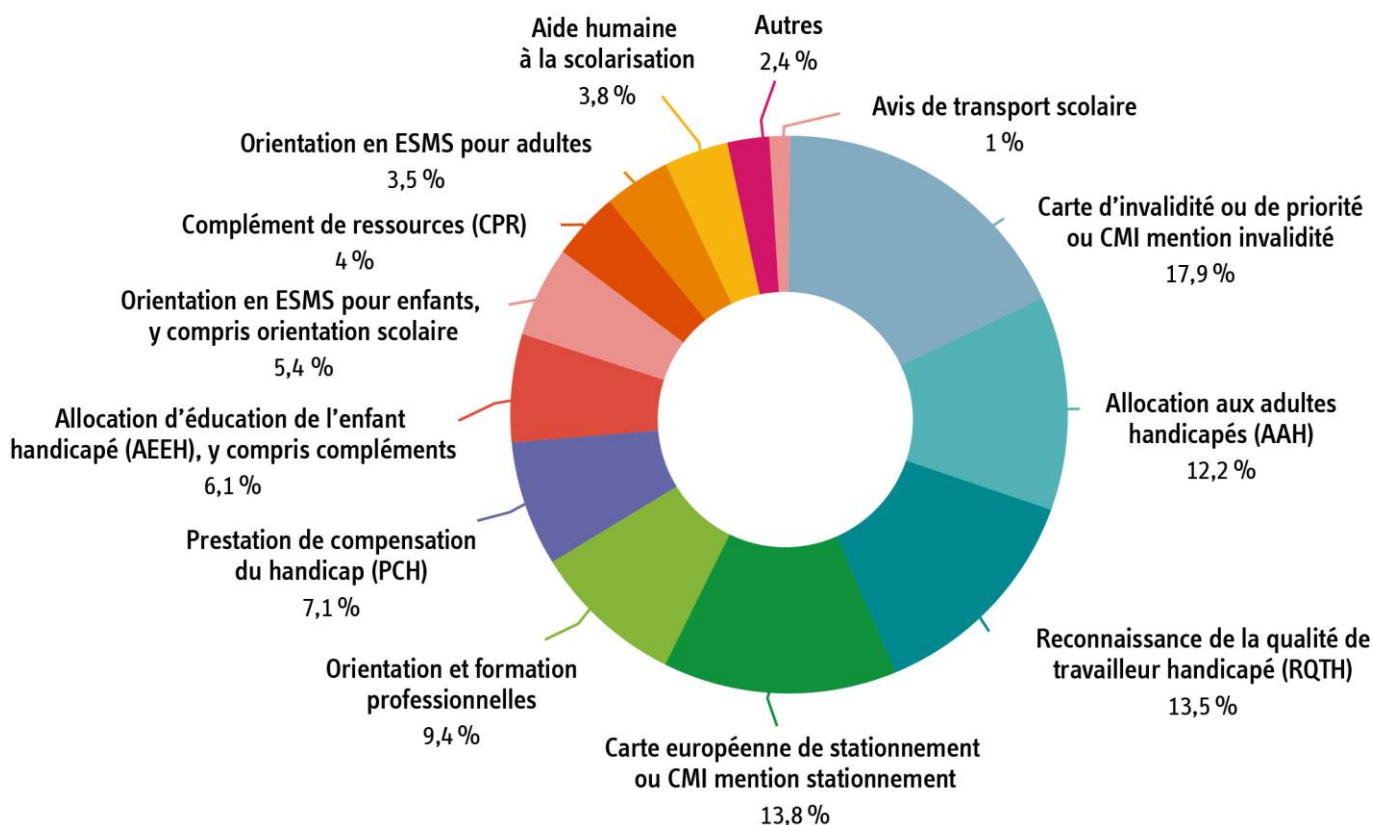


Source : CNSA, échanges annuels 2018.

3.2. Une répartition stable des demandes

La répartition des demandes a peu varié par rapport à 2017. Les demandes déposées concernent en majorité les cartes (31,7 %), la RQTH (13,5 %) et l'AAH (12,2 %).

Répartition des demandes Échantillon : 57 MDPH



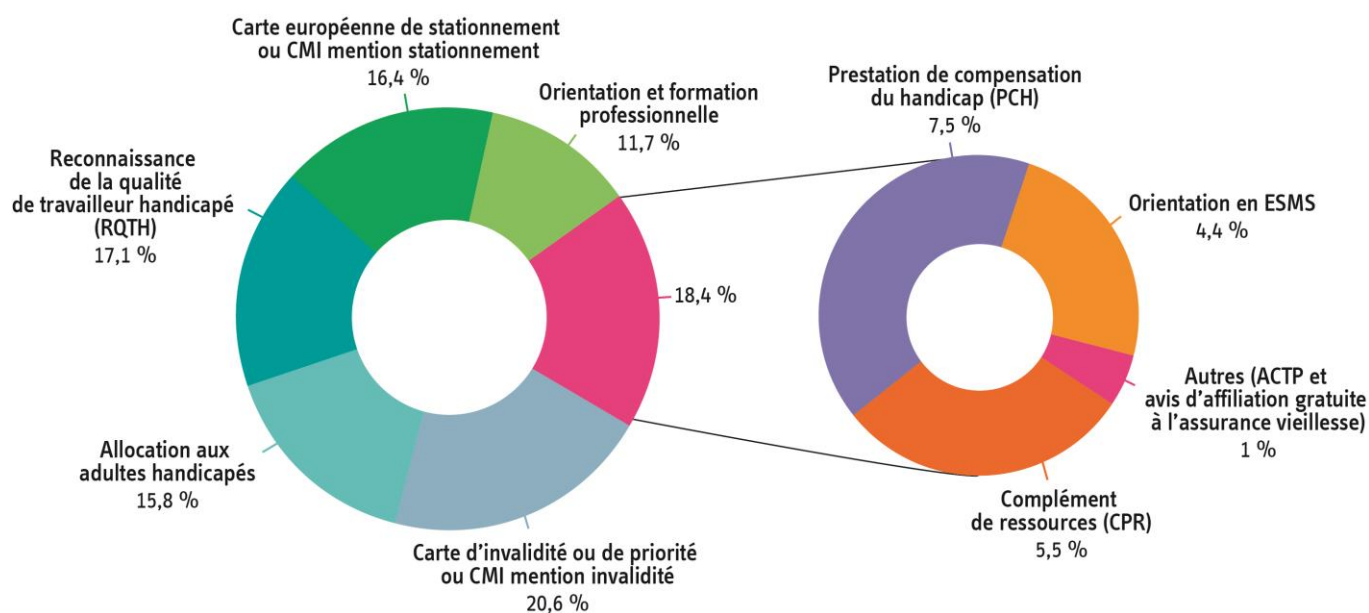
Source : CNSA, échanges annuels 2018.

3.3. La majorité des demandes pour les adultes est relative à l'emploi et aux ressources

Chez les adultes, les demandes liées à l'emploi et aux ressources restent majoritaires et représentent 50,2 % des demandes (AAH, RQTH, orientations et formation professionnelle et complément de ressources – CPR). Viennent ensuite les demandes de cartes (stationnement, invalidité et priorité) qui représentent 37 % des demandes.

Cette répartition n'a pas évolué entre 2017 et 2018.

Répartition des demandes adultes déposées en 2018
Échantillon : 77 MDPH

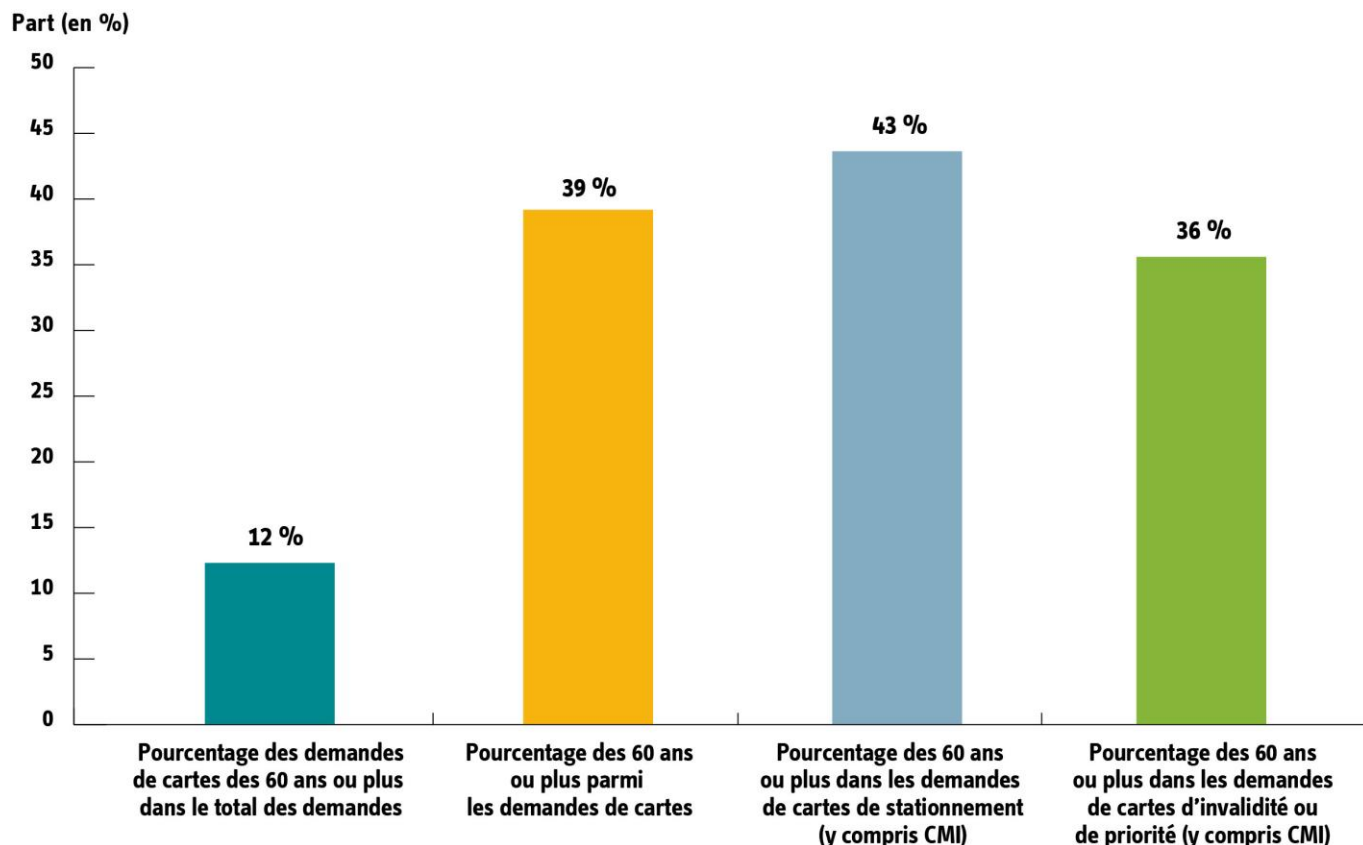


Source : CNSA, échanges annuels 2018.

Focus sur les demandes de cartes

Les demandes de cartes des personnes de 60 ans et plus représentent 12 % du total des demandes. Les personnes de 60 ans et plus représentent 39 % des demandeurs de cartes. Elles sont un peu plus représentées parmi les demandeurs de cartes de stationnement (43 %) que parmi les demandeurs de cartes d'invalidité ou de priorité (36 %) – voir le graphique ci-dessous.

Part des demandes de cartes des personnes âgées de 60 ans et plus dans l'activité des MDPH en 2018 Échantillon : 76 MDPH



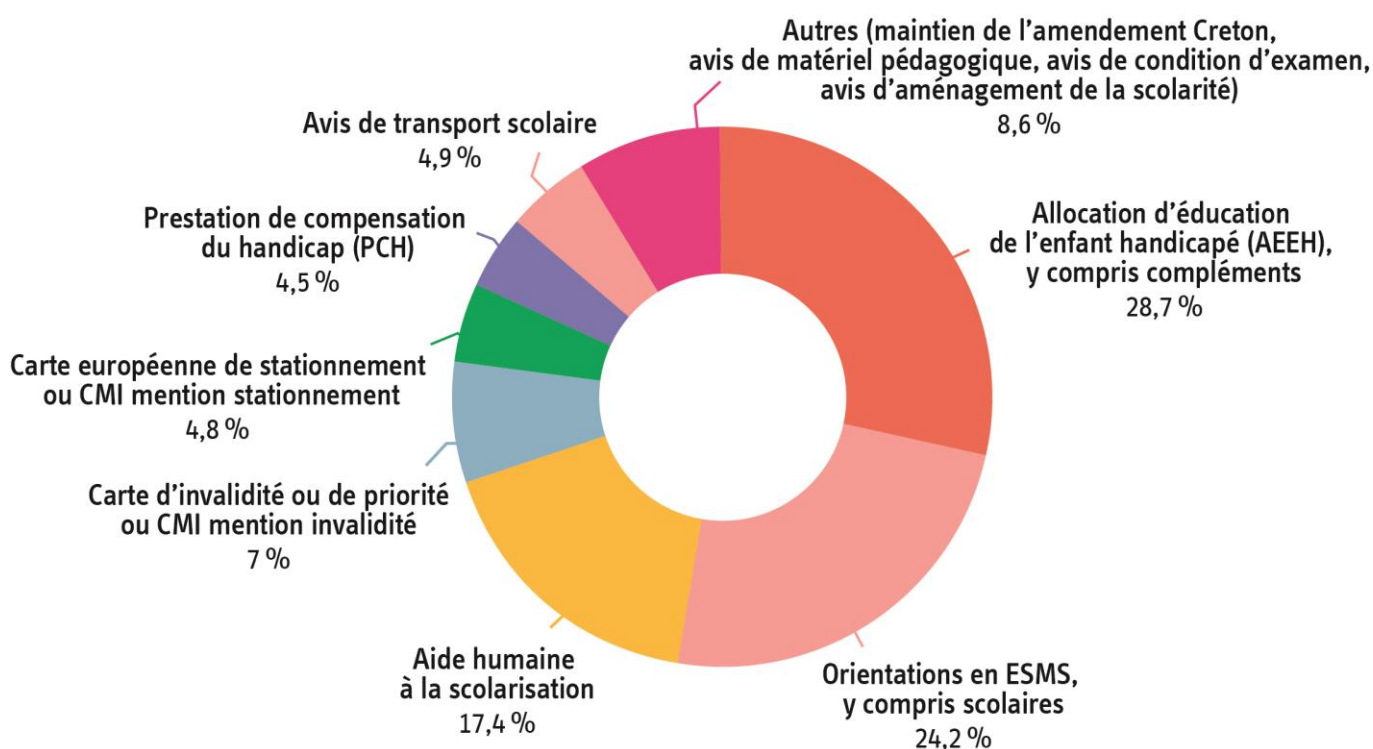
Source : CNSA, échanges annuels 2018.

3.4. La majorité des demandes « enfants » concerne l'AEEH et les orientations en ESMS

Les demandes « enfants » représentent 21 % du total des demandes déposées. Cette proportion s'échelonne selon les départements de 12 % à 37 % du total des demandes déposées. Plus de la moitié des demandes concernent l'AEEH et les orientations en établissements et services médico-sociaux (ESMS) : l'AEEH constitue la principale demande « enfants » (28,7 %), suivie des orientations en établissements et services médico-sociaux – ESMS – (y compris orientations scolaires), qui représentent 24,2 % des demandes. Les aides humaines à la scolarisation constituent une troisième catégorie importante de demandes (17,4 %).

Répartition des demandes « enfants » déposées en 2018

Échantillon : 67 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

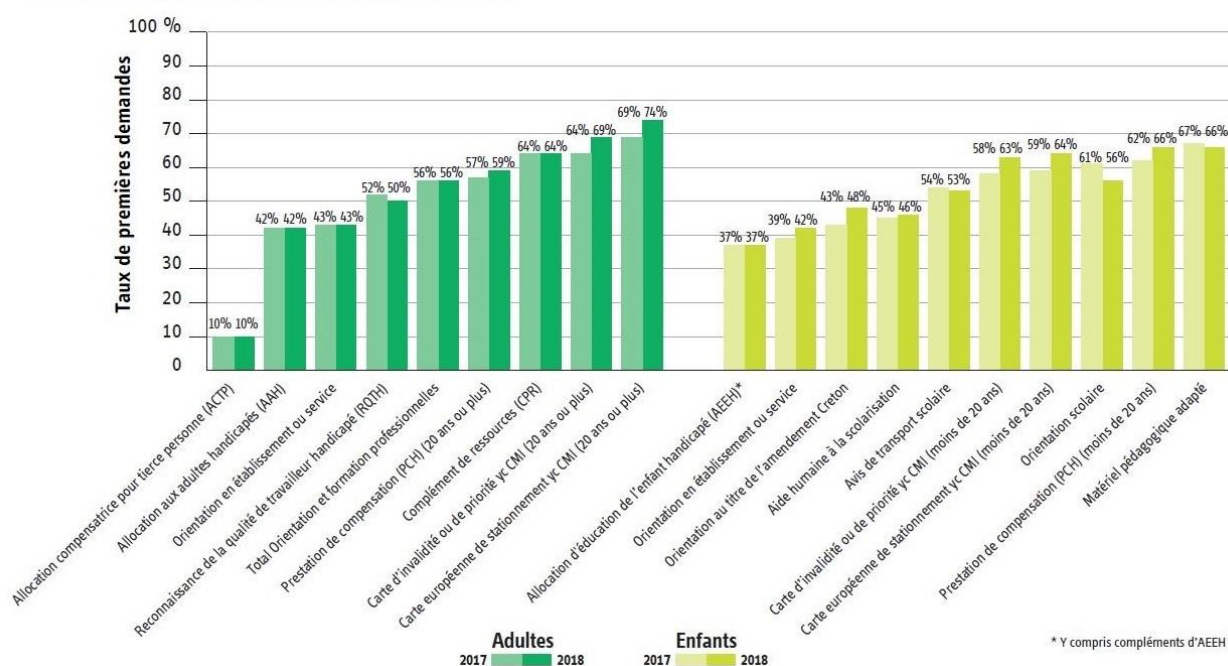
4. Les taux de premières demandes de CMI continuent d'augmenter

Le taux de premières demandes représente le nombre de premières demandes sur le nombre total de demandes recevables observées selon les prestations et les orientations. Chez les adultes comme chez les enfants, les effets de la mise en place de la CMI continuent de s'observer sur les taux des premières demandes. Cette évolution est également liée au fait que les premières demandes de CMI sont en fait des renouvellements des anciennes cartes.

Chez les adultes, les taux de premières demandes varient de 10 % pour l'ACTP à 74 % pour les CMI mention « stationnement ». Le taux de premières demandes est passé de 64 % à 69 % pour les CMI mention « stationnement » et de 69 % à 74 % pour les CMI mention « invalidité ou priorité ».

Chez les enfants, les taux de premières demandes varient de 37 % pour les demandes d'AEEH à 66 % pour les demandes de PCH et de matériel pédagogique. On constate une hausse importante du taux de premières demandes de CMI mention « invalidité ou priorité », qui passe de 58 % en 2017 à 63 % en 2018, ainsi que de CMI mention « stationnement », qui passe de 59 % à 64 % en 2018.

Taux de premières demandes 2018 par prestation et orientation « adultes et enfants » Échantillon variant selon l'indicateur : 56 à 70 MDPH



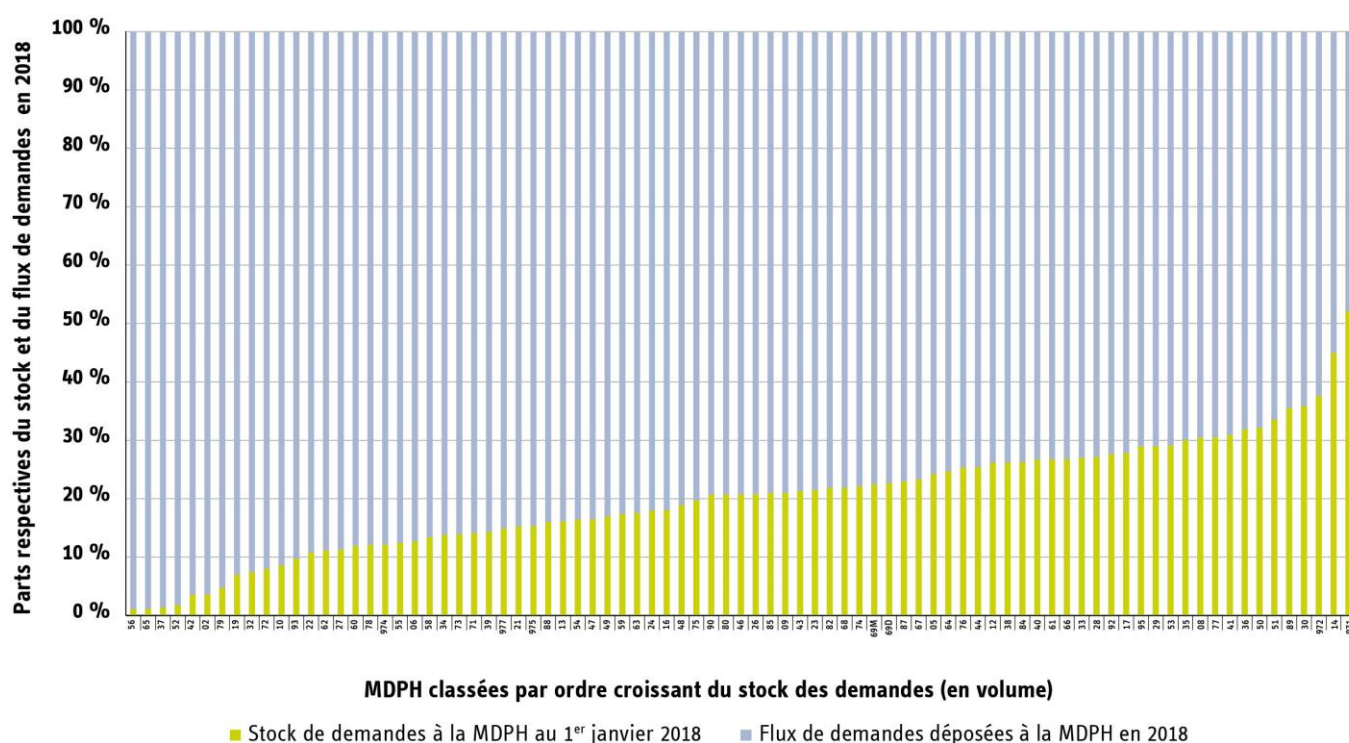
Source : CNSA, échanges annuels 2018.

5. La part du stock de demandes à traiter reste stable

5.1. La moitié des MDPH conserve un stock représentant entre 1 % et 21 % des demandes en 2018

La part du stock de demandes dans l'ensemble des demandes à traiter est stable entre 2017 et 2018 ; elle représente 21 % en moyenne. Des différences importantes subsistent selon les territoires : la part du stock dans l'ensemble des demandes à traiter varie ainsi de 1 % à 52 %. La moitié des MDPH ont entre 1 % et 21 % de stock dans le volume total des demandes à traiter en 2018.

Part du stock de demandes au 1^{er} janvier 2018 dans le total des demandes à traiter (stock et flux) au cours de l'année 2018
Échantillon : 83 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

5.2. La variation du stock de demandes est sensible aux évolutions de l'organisation

Les rapports d'activité des MDPH font état de plusieurs facteurs pouvant influencer sur le stock de demandes :

- > une augmentation du stock des demandes peut être la conséquence de difficultés liées aux ressources humaines (postes vacants), à l'impact des réorganisations ou des projets sur l'activité des services, à une hausse des demandes ou des situations complexes ;
- > une stabilité du stock, s'il reste élevé, peut traduire une difficulté à réduire les délais de traitement pour les mêmes raisons que celles évoquées précédemment ;
- > une baisse du stock peut s'expliquer par les effets de réorganisations (meilleure organisation des équipes d'évaluation, révision des processus d'instruction, d'évaluation et de décision, mise en place de cellules de pré-évaluation, mise en place de circuits courts d'évaluation), par une baisse de la demande, liée notamment à l'allongement de la durée d'attribution de l'AAH, ou encore par la mobilisation d'effectifs supplémentaires, permanents ou en renfort ponctuel.

▮ Les facteurs de variation du stock de demandes : les observations des MDPH

MDA du Morbihan (56)

« La mise en place du tri décisionnel au service adulte, l'intégration des effectifs d'une partie du service évaluation médical et médico-social précédemment à la direction de l'autonomie dans les locaux et l'équipe pluridisciplinaire "adulte" de la MDA sont des éléments objectifs permettant de justifier la baisse du stock. »

MDPH de Moselle (57)

« Augmentation du stock liée à : la hausse des situations "complexes" ; la mobilisation du personnel sur la future organisation ; le *turn-over* chronique depuis 2,5 ans ; la réorganisation permanente des dossiers prioritaires associée à un double système d'instruction (dossiers papiers + dématérialisation) ; le retard accumulé dans les visites à domicile. »

MDPH de Haute-Vienne (87)

« La part du stock sur l'ensemble des demandes est en constante régression depuis 2014.

La baisse significative de la part du stock sur l'ensemble des demandes en 2018 est liée à : un plan de déstockage de 5 semaines en 2018 ; une baisse de près de 5 % du nombre de demandes déposées sur les 3 dernières années ; une réorganisation du travail mise en place sur les 3 dernières années. »

2 Les ressources des MDPH donnent des signes de tension

1. Les MDPH disposent de moyens stables

1.1. Les moyens des MDPH sont essentiellement apportés par les départements, la CNSA et l'État

En 2018, les ressources des MDPH s'élèvent à 208,7 millions d'euros, un total pratiquement stable par rapport aux années précédentes

Les recettes enregistrées au compte administratif des MDPH atteignent en 2018 208,7 millions d'euros (sommes des recettes de fonctionnement et des recettes d'investissement). Ce montant s'élevait à 209,4 millions d'euros en 2016 (données non fiables en 2017).

Les recettes de fonctionnement sont réparties comme suit :

- > 78,6 millions d'euros de l'État, représentant 38,1 % des recettes des MDPH ;
- > 62,9 millions d'euros de la CNSA, représentant 30,5 % ;
- > 56,1 millions d'euros des conseils départementaux, représentant 27,2 % ;
- > 3,2 millions d'euros d'autres partenaires, représentant 1,5 % ;
- > 5,3 millions d'euros d'autres produits, représentant 2,6 %.

Les partenaires ont contribué au financement des MDPH à hauteur de 200,8 millions d'euros (hors mises à dispositions et externalisations gratuites), soit 97,4 % des apports.

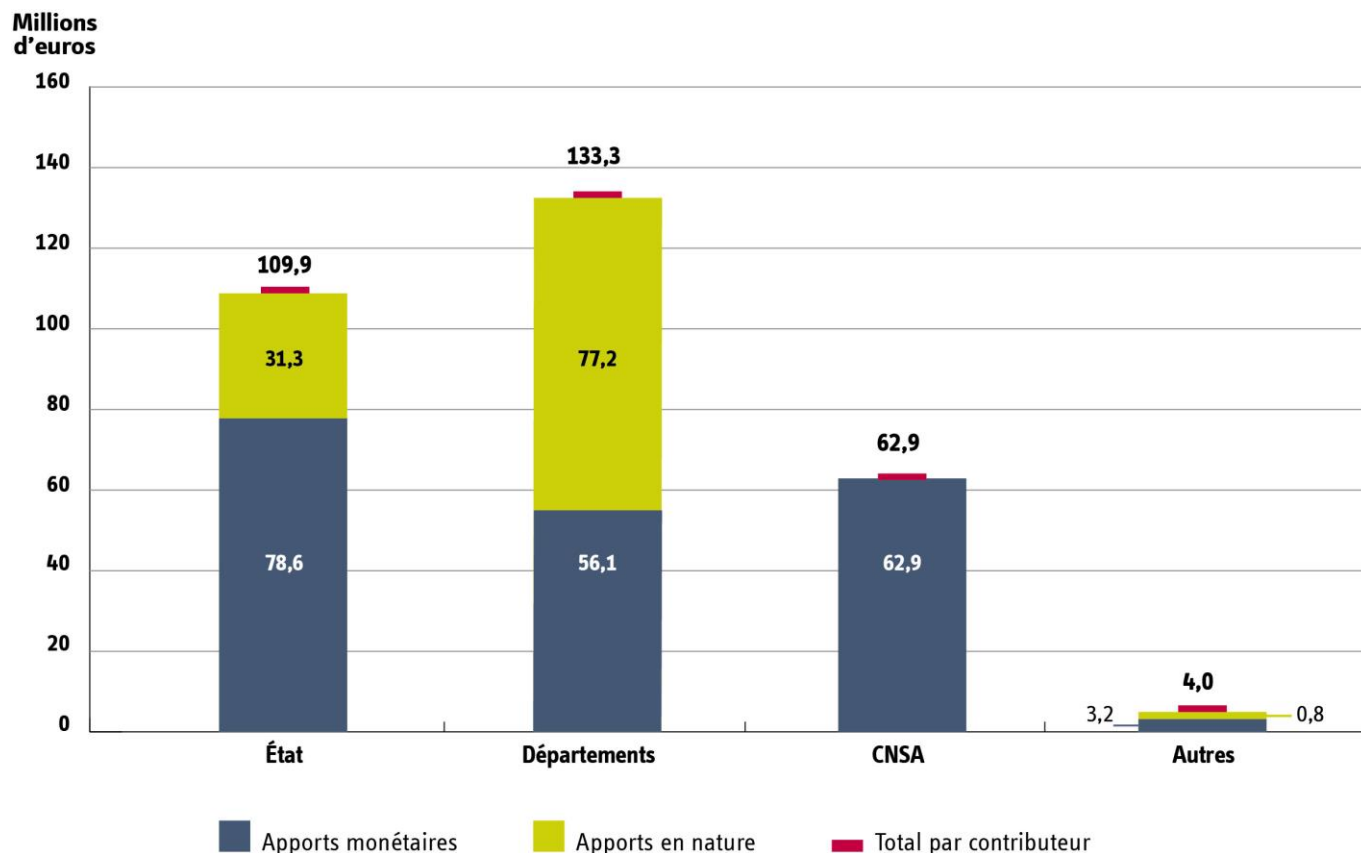
Les apports en nature, estimés à 108,5 millions d'euros supplémentaires, sont principalement apportés par les conseils départementaux

Les recettes budgétaires des MDPH sont complétées chaque année de façon significative par des apports en nature mis à disposition par les partenaires. Compte tenu de ces apports complémentaires, les principaux financeurs des MDPH restent en 2018 similaires aux années précédentes :

- > **les conseils départementaux** sont les premiers financeurs des MDPH une fois intégrés les apports en nature, avec un financement global de 133,3 millions d'euros, composé de 56,1 millions d'euros de dotations monétaires et de 77,2 millions d'euros d'apports en nature. Cela correspond principalement à des mises à disposition de locaux, de personnel et de services support ;
- > **l'État** est le deuxième contributeur, à hauteur de 109,9 millions d'euros composés de 78,6 millions d'euros de dotations monétaires et de 31,3 millions d'euros d'apports en nature (essentiellement des mises à disposition de personnel) ;
- > **la CNSA** intervient à hauteur de 62,9 millions d'euros composés de dotations de fonctionnement et de dotations exceptionnelles, notamment pour le système d'information harmonisé et la démarche « Réponse accompagnée pour tous ».

Les autres financeurs ont apporté 4 millions d'euros.

Apports aux MDPH (monétaires + en nature) par contributeur Échantillon : 97 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

À noter : Le concours de la CNSA a été majoré de 60 000 euros par MDPH en 2018, pour soutenir la démarche « Réponse accompagnée pour tous ». De plus, la Caisse a alloué aux MDPH des crédits supplémentaires dans le cadre de conventions de subvention pour soutenir le déploiement du nouveau système d'information.

L'évolution des financements des partenaires semble toutefois contrastée selon les territoires

Si les MDPH évoquent dans leurs rapports des évolutions contrastées des financements des partenaires, il est difficile d'objectiver pour 2018 la proportion précise des hausses et des baisses par MDPH, compte tenu du manque de fiabilité des données disponibles pour l'exercice 2017. Environ 38 MDPH auraient vu leurs recettes augmenter entre 2017 et 2018, et 48 leurs recettes diminuer, mais ces chiffres sont à considérer avec précaution.

Les facteurs de hausse des recettes identifiés par les MDPH sont principalement :

- > l'effort de maintien ou de hausse des dotations des conseils départementaux, le plus souvent sous la forme de subventions de fonctionnement ;
- > l'intervention des départements, signalée par une partie des MDPH, pour des opérations de redressement des comptes ou au moyen de subventions d'équilibre, ou encore par des mises à disposition non remboursées pour permettre aux MDPH d'équilibrer leurs comptes ;
- > une augmentation en volume des dotations d'État, par exemple pour compenser les postes vacants pour certains territoires ou du fait d'une implication accrue de l'Éducation nationale.

Les facteurs de baisse des recettes identifiés par les MDPH sont principalement l'arrêt, la diminution ou la stagnation des financements de l'État. La fin des subventions exceptionnelles liées notamment à la démarche « Réponse accompagnée » ou la suppression de contrats aidés peuvent expliquer des baisses conjoncturelles. D'autres facteurs sont plus liés aux règles de calcul des dotations comme la non-revalorisation dans la durée ou la réduction du salaire du nouveau titulaire du poste. Quelques MDPH signalent également des difficultés liées à leurs modalités de versement (retards de versement ou de régularisation).

Une partie des MDPH identifie des manques ou des baisses de moyens de la part de l'Éducation nationale. Des réductions des dotations sont régulièrement pointées par les MDPH de la part des autres directions régionales de l'État, telles que la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

Enfin, une diminution ou une stagnation des dotations des départements sont parfois signalées.

📌 Les observations des MDPH sur l'évolution des apports des partenaires

MDPH de l'Aveyron (12)

« Le conseil départemental compense les fins de mise à disposition suite à des départs en retraite et assure l'équilibre budgétaire de la MDPH, les recettes ne couvrant plus depuis plusieurs exercices les dépenses. Sans l'appui financier du département, la MDPH ne pourrait pas continuer à assurer l'ensemble de ses missions. Le constat se répète d'année en année. L'absence de revalorisation des dotations de l'État reste problématique. »

MDA de Loire (42)

« La participation de l'État au budget de la MDPH était exceptionnellement élevée l'année passée en raison d'un financement ponctuel lié à la réponse accompagnée pour tous (convention d'appui et financement d'une étude sur les orientations en ITEP [institut thérapeutique, éducatif et pédagogique]). Au-delà de cette variation apparente, la participation de chacun des partenaires au budget reste stable et permet de consolider le fonctionnement de la MDPH tout en assurant une lisibilité des financements. »

MDPH du Val-de-Marne (94)

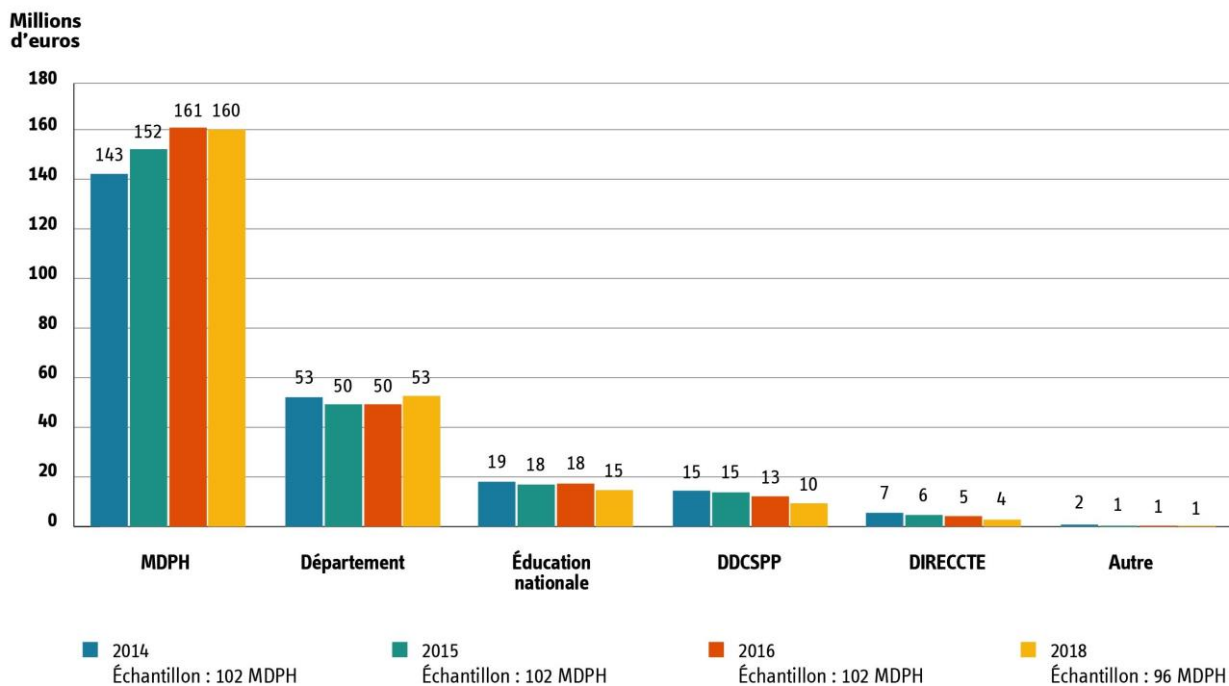
« En 2018, le département a fait un effort particulier de soutien de la MDPH avec une dotation exceptionnelle visant à recruter 12 renforts au sein des services pour passer le cap de la dématérialisation. Toutefois, les dotations de l'État (Éducation nationale, DIRECCTE [direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi], DDCS [direction départementale de la cohésion sociale]) n'ont pas été réévaluées depuis de nombreuses années, ce qui ne permet pas à la MDPH de disposer des moyens nécessaires à l'évolution demandée de ses missions. L'équilibre budgétaire, cette année encore, n'est atteint que grâce à un excédent cumulé les années précédentes, qui se réduit d'exercice en exercice (- 50 % cette année), insécurisant le fonctionnement à moyen terme alors même que les gros projets d'évolution SI et réglementaires se poursuivent. »

La diminution des mises à disposition se poursuit en 2018

Comme les années précédentes, la tendance à la diminution des mises à disposition s'est poursuivie en 2018, au profit du versement de dotations.

Cela se traduit dans la répartition des charges de personnel entre partenaires, stable par rapport à 2016, mais en nette augmentation depuis 2014 pour les MDPH et, dans une moindre mesure, les conseils départementaux et en diminution pour l'État (qui compense les départs par des dotations). Les données de l'année 2017 n'ont pas été prises en compte en raison de leur incomplétude.

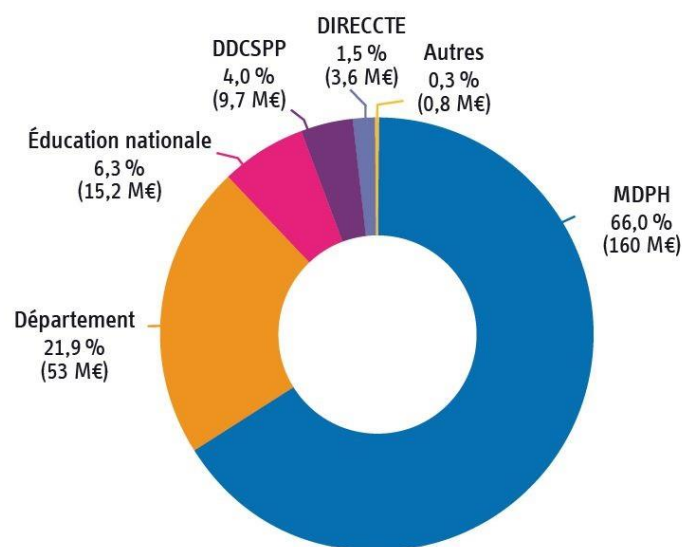
Évolution des charges de personnel pour les MDPH et les partenaires entre 2014 et 2018



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018 – Évolution des charges de personnel de 2014 à 2018 (exclusion de l'année 2017).

L'analyse de la répartition de la valorisation des charges de personnel après refacturation à la MDPH montre que **les MDPH ont supporté 66 % des financements du personnel sur lequel elles s'appuient en 2018**. Les départements ont mis à disposition 21 % des charges de personnel valorisées. Les mises à disposition de l'État représentent environ 12 % des mises à disposition valorisées, réparties entre l'Éducation nationale (6,3 %), la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) – 4 % – et la DIRECCTE (1,5 %). C'est une tendance de fond depuis la création des MDPH dont une large majorité du personnel était initialement mise à disposition.

Répartition de la valorisation des charges de personnel après refacturation à la MDPH en 2018 Échantillon : 96 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

La diminution des mises à disposition permet à la MDPH d'être plus autonome dans la gestion de ses effectifs. Cependant, le niveau de compensation peut néanmoins parfois poser des difficultés :

- > pour assurer l'évaluation de certains publics par manque de capacité à recruter du personnel qualifié ;
- > pour réaliser certaines missions nécessitant des compétences spécifiques, telles que l'accompagnement à la scolarisation ou à l'insertion professionnelle, par manque de personnel.

📌 Les difficultés liées au remplacement des mises à disposition par des dotations

MDPH de Haute-Marne (52)

« Depuis 2009, le mi-temps de médecin de l'Éducation nationale n'est plus mis à disposition à la MDPH. La rémunération versée pour l'évaluation médicale reste un poste important des dépenses de la MDPH. Et l'Éducation nationale n'a pas compensé cette perte au niveau de l'évaluation médicale. En 2018, la COMEX [commission exécutive] a autorisé l'embauche d'une infirmière pour le pôle évaluation. Dans l'avenir, cette personne devra monter en compétence pour pallier l'évaluation médicale et sanitaire qui demande de plus en plus de ressources humaines. »

1.2. La situation financière des MDPH en 2018 montre des fragilités

Les dépenses des MDPH en 2018 sont légèrement supérieures à leurs recettes

En 2018, les MDPH ont dépensé environ 214,2 millions d'euros de budget propre hors mises à disposition et externalisations gratuites, répartis comme suit :

- > 160 millions d'euros, soit 76,1 % des dépenses de fonctionnement, ont été consacrés aux frais de personnel. Cette proportion est caractéristique de services administratifs mobilisant avant toute chose des moyens humains pour réaliser leurs missions ;
- > 50,2 millions d'euros, soit 23,9 % des dépenses de fonctionnement, ont été consacrés à d'autres charges. Il s'agit principalement de frais de fonctionnement : bâtiments, fluides, frais d'affranchissement, frais de déplacement, téléphonie, internet notamment ;
- > 4 millions d'euros ont été consacrés à l'investissement. Il s'agit de dépenses telles que l'entretien, la rénovation ou le réaménagement des locaux, le matériel informatique...

Comme le montre le graphique ci-dessous, le total des dépenses constatées au compte administratif (CA) des MDPH n'était pas couvert en 2018 par le total des recettes perçues constatées au CA.

Charges et recettes des MDPH en 2018

Charges				Recettes			
	Poste	Montant	Part dans les charges de fonctionnement	Poste	Partenaires	Montant	Part dans les charges de fonctionnement
Fonctionnement	Frais de personnel	160 M€	76,1 %	Participation des partenaires	État	78,6 M€	38,1 %
	Autres charges	50,2 M€	23,9 %		CNSA	62,9 M€	30,5 %
Investissement		4,0 M€			Départements	56,1 M€	27,2 %
					Autres	3,2 M€	1,5 %
					Autres produits	5,3 M€	2,6 %
210,2 M€				206,1 M€			

Source : CNSA, données des rapports d'activité des MDPH 2018.

En 2018, près des deux tiers des MDPH présentent un résultat déficitaire

Le résultat de fonctionnement de l'année 2018 pour l'ensemble des MDPH présente un déficit consolidé de 4,3 millions d'euros. Sur les 92 MDPH de l'échantillon, **60 sont en déficit, soit 65 % de l'échantillon**. Si les données 2017 ne sont pas exploitables, la comparaison avec les années précédentes est éclairante. En 2016, si l'on prenait en compte uniquement le résultat comptable de l'année, 58 MDPH avaient déjà un solde de fonctionnement (hors fonds de compensation) déficitaire, soit 12 de plus qu'en 2015. Comme les années précédentes, les excédents de fonctionnement accumulés jusqu'à présent avaient permis de couvrir les déficits, mais ils tendent à se réduire avec le temps.

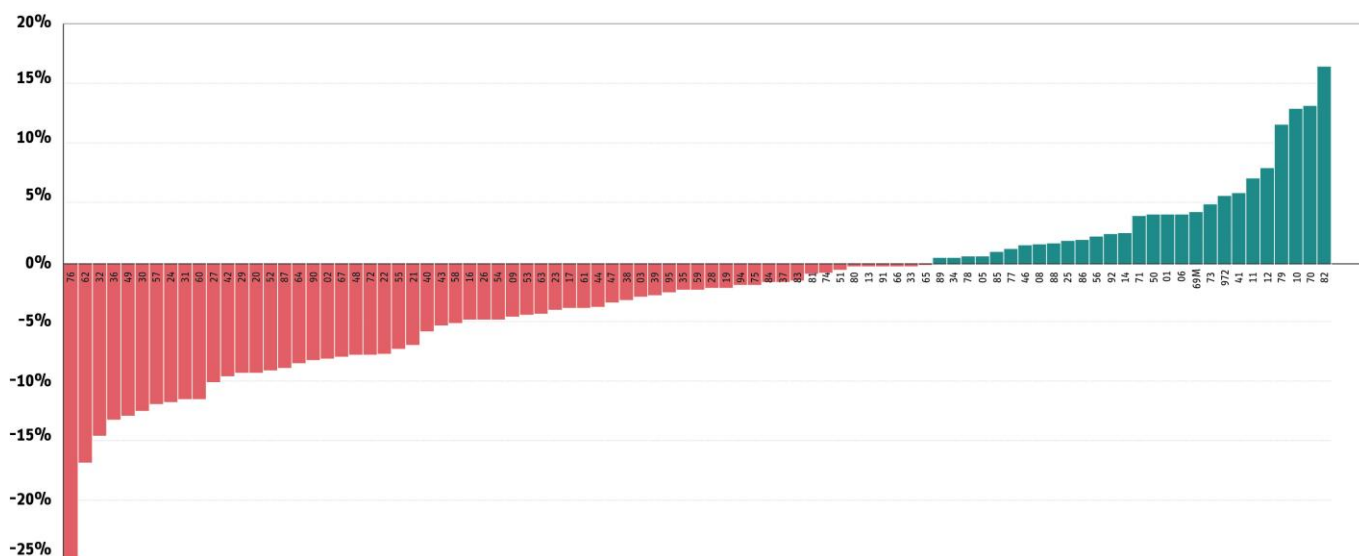
Quatre situations types apparaissent dans les rapports d'activité :

- > quelques MDPH semblent en **situation critique** en 2018, présentant un déséquilibre structurel des recettes et des dépenses depuis plusieurs années, qui peut parfois donner lieu à des licenciements ou à des réductions de postes ;
- > plus de la moitié des MDPH signalent une **situation de fragilité, caractérisée par des moyens stables, en baisse ou ne couvrant pas des charges en hausse**. Ces MDPH regrettent une difficulté croissante à équilibrer le budget, un équilibre « tout juste atteint » ou un solde négatif avec un résultat déficitaire. Plusieurs MDPH signalent avoir couvert ce déficit grâce à l'intervention du conseil départemental ou à l'excédent des années antérieures, mais cette dernière solution est jugée artificielle. Cette situation est souvent assortie pour les équipes concernées du sentiment de ne pas pouvoir assurer correctement les missions et les projets à conduire et d'une insécurité financière pour l'avenir ;
- > environ un quart des MDPH signalent une **situation budgétaire à l'équilibre**, avec des moyens financiers adaptés qui ont pu augmenter pour faire face aux hausses d'activité. Ces MDPH expriment généralement une satisfaction quant à leur capacité à faire face aux besoins des personnes et à porter les projets ;
- > quelques MDPH dégagent en 2018 un **excédent** et/ou signalent des dépenses réelles en baisse. Ces MDPH indiquent qu'elles sont en mesure de développer leur service ou d'investir dans des projets au-delà du cœur de mission.

Bilan financier des soldes de fonctionnement

(solde de fonctionnement de l'année en pourcentage des recettes annuelles de chaque MDPH)

Échantillon : 92 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

Plusieurs facteurs explicatifs ont été avancés par les MDPH en situation de fragilité ou critique :

- > l'absence d'une revalorisation suffisante des moyens au regard des hausses d'activité (nombre de demandes, de personnes accueillies, nouvelles missions, nouveaux dispositifs plus chronophages, grands chantiers...). Les gains de mutualisation ou d'optimisation ne suffisent plus à couvrir la hausse des besoins ;
- > la non-revalorisation des dotations de l'État au regard du coût réel de remplacement des postes auparavant mis à disposition ;
- > une hausse des dépenses, principalement pour l'acquisition et la maintenance des applications métier (gestion électronique des documents – GED, système d'information – SI – harmonisé, gestion financière, numérisation), mais également du fait de la mise en place de la CMI (coût de fabrication des cartes par l'Imprimerie nationale, mobilisation d'un personnel plus qualifié et temps supplémentaire nécessaire pour instruire les cartes).

Dans ce contexte, une partie des MDPH a signalé dans le rapport d'activité son inquiétude quant aux conséquences potentielles du pacte de Cahors pour les prochaines années.

📌 Des situations financières fragiles ou critiques : quelques exemples

MDA de la Drôme (26)

« Sur le secteur enfance notamment, les demandes continuent d'augmenter. Les moyens mis à disposition par l'Éducation nationale n'ont pas évolué [...] et sont insuffisants pour faire face à l'ensemble des demandes de compensation. On voit s'exprimer une lassitude et un épuisement des équipes, en dépit des efforts d'optimisation entrepris (et qui ont par ailleurs atteint leurs limites). Dans le même temps, le département s'est engagé dans une démarche de maîtrise de la masse salariale limitant à 1 % par an son augmentation. Cette décision contraint à opérer des choix en matière de remplacement des agents en arrêt maladie. La montée en charge continue met les équipes sous pression. »

MDPH de l'Orne (61)

« Bien que très impliqués dans leurs missions, les professionnels de la MDPH travaillent en mode dégradé depuis plusieurs années maintenant du fait d'absences non remplacées par manque de moyens financiers. Les évolutions qualitatives demandées à ces professionnels, évolutions qu'ils souhaitent, ne sont pas mises en œuvre ou que partiellement du fait de ce manque de moyens. Pour la première fois en 2018, l'absence de trésorerie a mis en difficulté la MDPH dans l'incapacité financière de payer les salaires et charges au mois d'avril. Le versement d'une part de la subvention du conseil départemental a permis de payer les salaires dans l'attente du versement [par la] CNSA [de la] part État reçue en juin. »

MDPH de Haute-Vienne (87)

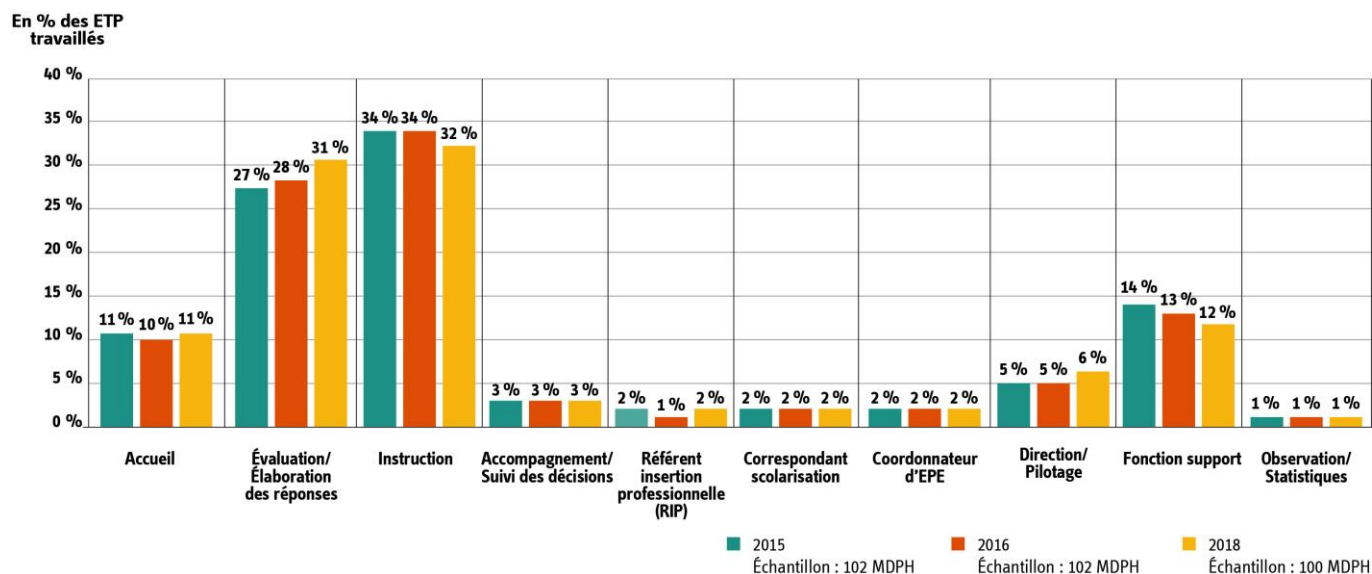
« Les recettes de l'exercice ne couvrent plus, depuis 2012, les dépenses de l'exercice. Le résultat 2018 s'établit à 103 330,74 euros (hors fonds de compensation). Si les dépenses de personnel sont parfaitement maîtrisées en 2018, les charges à caractère général sont en forte augmentation (+34,4 %), le GIP de la MDPH devant assumer de nouvelles dépenses liées à la mise en œuvre des réformes en cours (coût de la CMI, des frais d'affranchissement, des impressions des nouveaux formulaires...). L'excédent reporté étant désormais épuisé, des financements devront impérativement être trouvés dès 2019 pour assurer l'équilibre de la structure. »

1.3. L'essentiel des moyens humains des MDPH est dédié au cœur de mission : l'instruction, l'évaluation et l'accueil

La répartition des moyens humains par mission marque la prépondérance des moyens consacrés à l'évaluation des situations et à l'instruction des demandes

Comme les années précédentes, l'essentiel des moyens humains des MDPH ont été mobilisés pour les missions cœur de métier, dans des proportions relativement stables.

Évolution de la répartition des ETP par mission entre 2015 et 2018



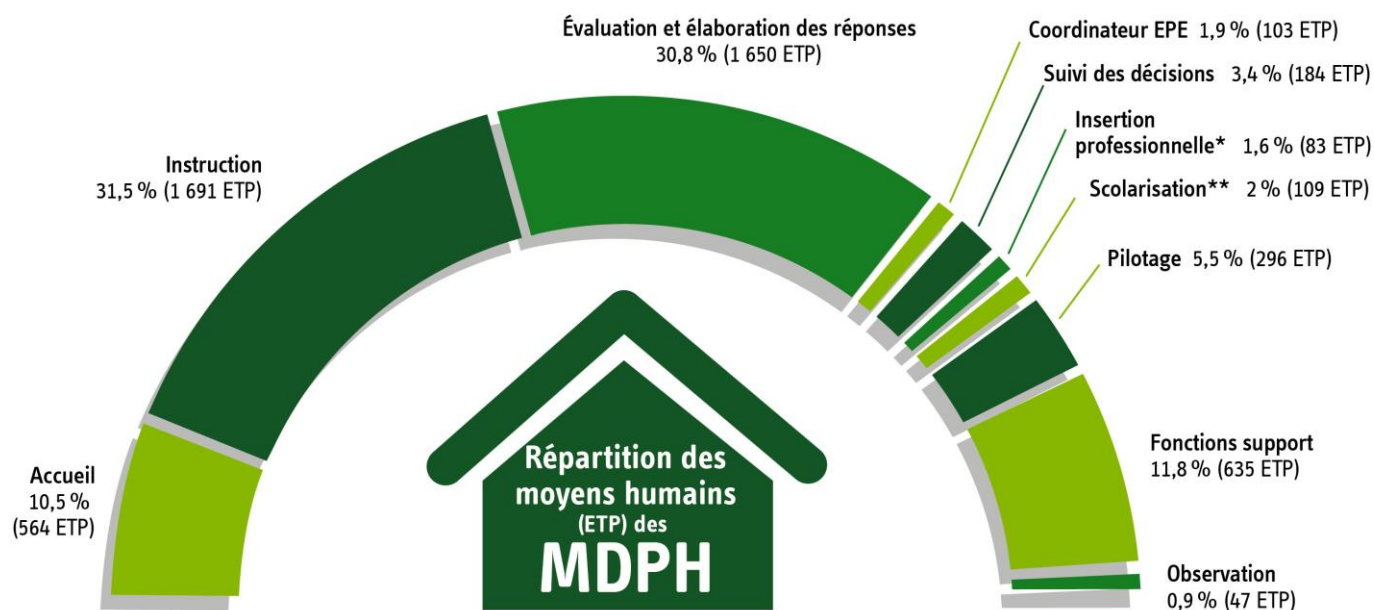
Source : CNSA, rapports d'activité 2015, 2016 et 2018 des MDPH (données 2017 non exploitables).

En 2018, les moyens des MDPH étaient répartis par mission dans les proportions suivantes :

- > **la mission d'instruction**, qui a représenté 32 % des ETP travaillés en 2018, en légère baisse par rapport aux 34 % observés en 2015/2016 ;
- > **les missions d'évaluation et d'élaboration des réponses**, dont la part augmente légèrement, passant de 27 % des ETP travaillés en 2015 à 31 % en 2018 ;
- > **les missions d'accueil**, qui ont représenté environ 11 % des ETP travaillés, une proportion relativement stable depuis 2015 ;
- > **les fonctions support** (systèmes d'information, finances, ressources humaines, service juridique...) ont légèrement diminué en proportion, passant de 14 % en 2015 à 12 % en 2018 ;
- > **les missions de pilotage** ont légèrement augmenté, passant de 5 à 6 % entre 2015 et 2018. Si la variation statistique est peu sensible, il est notable que de nombreuses MDPH confirment dans leur rapport d'activité avoir développé des postes sur des missions SI pour accompagner les grands projets.

Les autres missions des MDPH ont représenté une part plus marginale et relativement stable des ETP dédiés d'environ 10 %, répartie ainsi : 3 % pour l'accompagnement et le suivi des décisions, 2 % pour le référent insertion, 2 % pour les correspondants scolarisation, 2 % pour le correspondant EPE et 1 % pour l'observation et la production de statistiques. Là encore, si l'évolution quantitative est peu sensible, de nombreuses MDPH ont confirmé dans leur rapport d'activité avoir créé un poste de référent « Réponse accompagnée ».

Répartition des moyens humains des MDPH Échantillon : 98 MDPH



*Référént Insertion professionnelle **Correspondant scolarisation

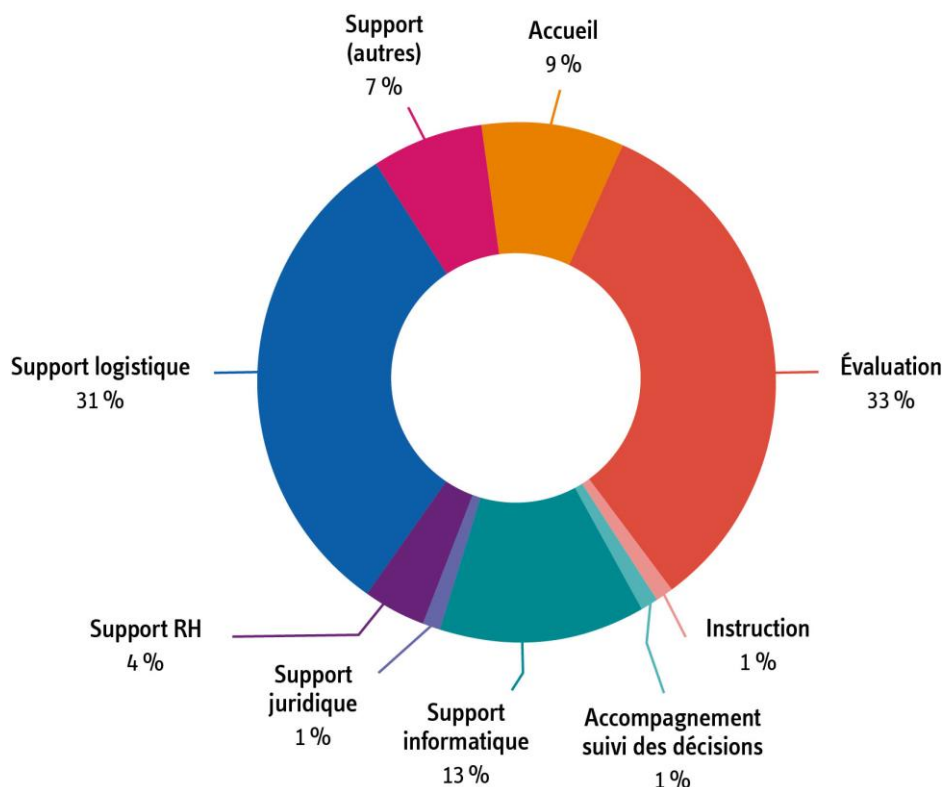
Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2015, 2016 et 2018 (2017 non exploitable).

Les mises à dispositions de partenaires concernent essentiellement les missions d'évaluation, d'accueil et un appui en fonctions support et logistique

La répartition du montant des moyens apportés par les partenaires aux MDPH permet d'identifier la contribution des partenaires à la réalisation des missions des MDPH :

- > le premier apport des partenaires porte sur l'évaluation qui représentait 33 % des montants évalués. La mission d'accueil représente 9 % des apports ;
- > le deuxième apport porte sur le support logistique avec 31 % des apports évalués ;
- > le troisième apport porte sur les fonctions support, notamment l'informatique (13 % des apports estimés), les ressources humaines (RH -4 % des apports estimés), le juridique (1 % ou d'autres (7 %) ;
- > l'appui à l'instruction ou au suivi des décisions est marginal (environ 1 % chacun).

**Répartition du montant des externalisations renseignées par les MDPH en 2018
(services non refacturés compris – hors investissement), par mission/processus
Échantillon : 69 MDPH**



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

En termes de répartition, les apports des partenaires peuvent être distingués ainsi :

- > **l'apport des départements** porte principalement sur la mise à disposition de locaux (support logistique), un appui des fonctions support informatique ou autres (ressources humaines, service juridique essentiellement) ainsi que parfois sur la mise à disposition ou la mutualisation d'agents d'accueil, d'instruction ou d'évaluation ;
- > **l'apport de l'État** (Éducation nationale, directions régionales et divers organismes) consiste pour l'essentiel en des mises à disposition permettant d'assurer l'évaluation et le suivi thématique des chantiers emploi et scolarité. Une partie des MDPH fait état d'une implication accrue de l'Éducation nationale, notamment pour l'évaluation.

Les moyens humains évoluent de façon inégale selon les MDPH

En fonction de leur situation, les MDPH font état dans leur rapport d'activité de situations contrastées concernant l'évolution de leurs moyens humains :

- > certaines MDPH ont signalé avoir renforcé leurs effectifs en 2018, en particulier sur les fonctions administratives d'instruction et d'accueil et sur l'évaluation, pour faire face à la hausse d'activité ou encore sur des fonctions d'encadrement ;
- > les renforts de moyens attribués par la CNSA ont en général permis de renforcer l'effectif pour le portage des grands chantiers (démarche « Réponse accompagnée », SI harmonisé...);
- > d'autres MDPH ont signalé avoir fonctionné à moyens constants. Ces MDPH ont parfois opéré des redéploiements de postes et ont fait état d'une difficulté à couvrir des missions en développement ou de nouveaux besoins tels que les projets SI ou la réponse accompagnée. Dans ce contexte, ces MDPH ont pointé le besoin d'une réflexion sur les moyens.

📌 L'évolution des moyens humains des MDPH, entre tensions et développement

MDPH de l'Ardèche (07)

« Les constats partagés depuis de nombreuses années sur la constante augmentation de l'activité MDPH ainsi que l'évolution des missions, nous ont permis, pour 2018 d'obtenir des renforts de la part du département pour un poste sur l'accueil et un poste de secrétariat médical et instruction PCH, que nous souhaitons voir pérennisés. »

MDA de Maine-et-Loire (49)

« En 2018, tous les postes d'État (inscrits dans la convention constitutive) sont pourvus ou compensés financièrement, même si désormais au regard de l'augmentation de l'activité liée à la scolarisation et à l'insertion professionnelle, le nombre d'ETP d'État dédiés ne correspond plus au besoin. »

MDPH du Tarn (81)

« Depuis la 1^{re} organisation de la MDPH en 2007, aucun recrutement supplémentaire n'a été effectué malgré une augmentation considérable des demandes déposées. Dans ce contexte, le dispositif réponse accompagnée s'est mis en place tardivement et nous n'avons pas recruté de personnel spécifique pour cette mission supplémentaire. »

Collectivité territoriale (CT) de Saint-Pierre-et-Miquelon (975)

« En 2018, les équipes d'instruction et d'évaluation de la maison territoriale de l'autonomie (MTA) étaient, pour la première fois depuis longtemps, au complet. En effet, un médecin, une ergothérapeute et une coordinatrice d'EPE sont venus renforcer l'EPE. De même, un nouvel agent instructeur a été affecté à partir de juillet afin de faire face à l'augmentation constante des demandes. La MDA a bénéficié en 2018 d'une équipe étoffée au niveau de l'instruction et de l'évaluation. [...] Les retombées positives de ces recrutements devraient pouvoir se mesurer pleinement en 2019, 2018 ayant été une année d'intégration aux postes, de formation et de réorganisation du travail. Il convient de noter toutefois que d'année en année l'activité de la MTA s'accroît. Le nombre de demandes déposées est ainsi passé de 168 en 2016 à 315 en 2018. En outre, on note une complexification des situations examinées qui ne trouvent plus de réponses adaptées sur le territoire et qui requièrent le recours de plus en plus fréquent aux doubles voire aux triples orientations. »

Des difficultés de recrutement et de remplacement

En 2018, l'écart entre ETP théoriques et ETP réels travaillés à l'échelle de l'ensemble des MDPH ayant répondu était de 398 ETP, avec 5 593 ETP théoriques contre 5 195 ETP travaillés (sur un échantillon de 98 MDPH). Cela correspond à 7,1 % des postes prévus et non pourvus.

Cette situation concernait la quasi-totalité des MDPH :

- > au total, 82 MDPH sur 98 ayant répondu se trouvaient en situation de sous-effectif en 2018 ;
- > 50 % des MDPH ont constaté un sous-effectif supérieur à 6 % de postes prévus non pourvus.

De nombreuses MDPH ont partagé dans leurs rapports d'activité **les facteurs explicatifs** de cet écart entre ETP théoriques et ETP réels travaillés, qui peuvent être divers selon les structures :

- > arrêts maladie, congés maternité, congés parentaux sans possibilité de remplacement ;
- > importance des temps partiels parmi les agents ;
- > difficultés de recrutement sur certains postes, tels que médecins, ergothérapeutes, chefs de projets informatiques... ;
- > *turn-over* au sein des équipes, ce qui crée des vacances de postes répétées, ainsi que des déperditions d'expérience et de connaissance ;
- > difficultés de coordination entre partenaires dont dépend le recrutement (département, État, l'Éducation nationale...);
- > contraintes budgétaires des partenaires, qui pèsent sur la politique de recrutement (non-remplacement des absences, postes non pourvus).

Dans ce contexte, de nombreuses MDPH ont signalé avoir eu **recours à des renforts** en contrat court ou en vacance pour limiter l'impact sur l'activité et sur les équipes. Le temps nécessaire à la formation et à l'adaptation des nouveaux professionnels est néanmoins pointé comme une difficulté par de nombreuses MDPH, que ce soit pour les renforts ou les nouveaux recrutements. L'engagement des équipes pour pallier les absences et maintenir le niveau de service est régulièrement salué. L'appui des conseils départementaux pour la mise à disposition d'effectifs en renfort l'est également.

Au-delà des effectifs, les MDPH regrettent des **difficultés à recruter des profils spécifiques**, notamment sur des fonctions de coordination ou d'évaluation, en lien avec :

- > l'insuffisance des postes d'enseignants spécialisés mis à disposition par l'Éducation nationale ;
- > des difficultés de recrutement sur des postes clés, en particulier les médecins, mais aussi parfois d'autres compétences telles que des ergothérapeutes, des chefs de projets informatiques...

Face à cette problématique, divers leviers ont pu être activés pour faciliter le recrutement : des actions de mobilisation de filières de formation, des campagnes de recrutement ou l'évolution des postes vers plus de polyvalence, de spécialisation ou une montée en compétences.

📌 Les difficultés liées aux vacances de postes et les leviers des MDPH pour faire face

MDA de la Drôme (26)

« L'État n'assure pas le remplacement des agents en arrêt maladie. En 2018, un agent de l'État a été en arrêt pendant plusieurs mois. Le coût de son remplacement a été supporté par le département. De même pour l'Éducation nationale, suite à l'arrêt maladie d'un agent. »

MDA de l'Hérault (34)

« L'écart entre les ETP théoriques et effectivement travaillés est difficile à expliquer, car il englobe à la fois l'écart lié au temps partiel (une trentaine d'agents sont concernés) ; et le maintien jusqu'en septembre 2018 d'un certain nombre d'agents en renfort exceptionnel (environ 5,6 ETP sur l'année) qui ont compensé en partie les temps partiels et les absences non remplacées. »

MDPH d'Indre-et-Loire (37)

« Devant la difficulté à recruter des médecins à l'évaluation/élaboration des plans, il est proposé de transformer un poste de médecin en poste d'infirmier afin d'assurer la poursuite de l'évaluation des besoins de compensation des personnes. »

MDPH de Vienne (86)

« Beaucoup de mouvements dans les effectifs nécessitant toujours un temps de recrutement, de formation et d'adaptation aux emplois préjudiciable au fonctionnement de la MDPH. En 2018, 6 départs et remplacements à organiser soit 16 % des effectifs théoriques avec des emplois difficiles à pourvoir (ergothérapeutes, chargé de mission "Dispositif d'orientation permanente"). »

MDPH de Seine-Saint-Denis (93)

« Les moyens restent constants ; la difficulté réside dans le fait de pourvoir certains postes (médecins, notamment) du fait d'une absence de candidatures. »

MDPH de Martinique (972)

« Les nouveaux chantiers entamés depuis 2017 (SI, nouveau formulaire, GED, CMI...) ont bousculé le fonctionnement de la MDPH, les savoirs et savoir-faire du personnel. Ainsi, si certains moyens humains manquent (temps médical, ergothérapeute), c'est surtout l'absence de certaines compétences en matière informatique, communication, juridique qui se font sentir. Ainsi, un plan de formation est envisagé pour faire monter en compétences les agents qui le souhaitent et sont en mesure de répondre à ces attentes. »

1.4. Les moyens des MDPH sont relativement proportionnels à la population et au nombre de demandes traitées

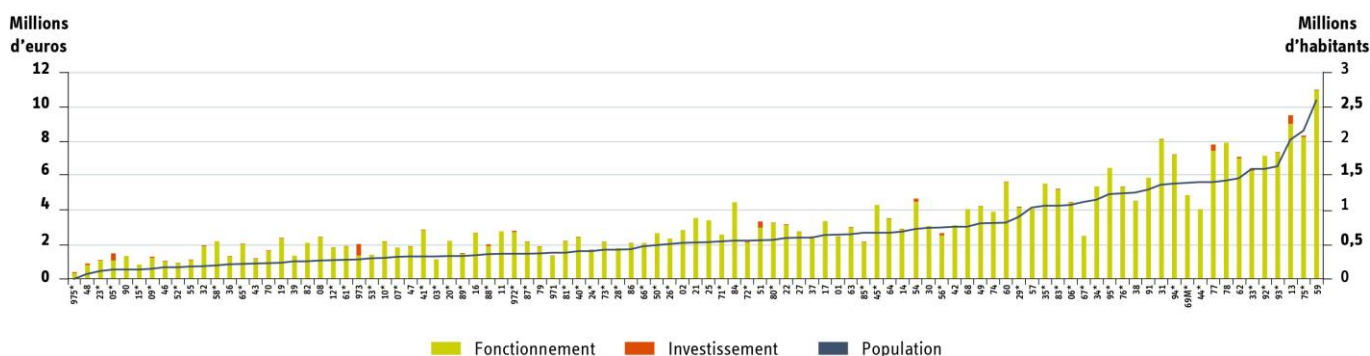
La comparaison des moyens des MDPH, toutes sources confondues (moyens financiers, mises à disposition et externalisations gratuites), confirme que leurs ressources sont relativement proportionnelles à la population départementale et au volume de demandes traitées.

Les moyens des MDPH varient en fonction de la population départementale

Les moyens des MDPH sont cohérents avec le nombre d'habitants du département.

Les dépenses totales des MDPH en 2018 se situaient entre 404 000 euros (Saint-Pierre-et-Miquelon) et 11,01 millions d'euros (Nord). En moyenne, elles représentaient 3,34 millions d'euros par MDPH. Pour la moitié des MDPH de l'échantillon, la dépense totale de fonctionnement et d'investissement était inférieure à 3,34 millions, et pour l'autre moitié, la dépense en était supérieure ou égale. La proportionnalité avec le nombre d'habitants est assez nette, comme le montre le graphique ci-dessous.

Dépenses totales de fonctionnement et d'investissement des MDPH en 2018 (dépenses inscrites au compte administratif + MAD gratuites + externalisations gratuites) Échantillon : 97 MDPH



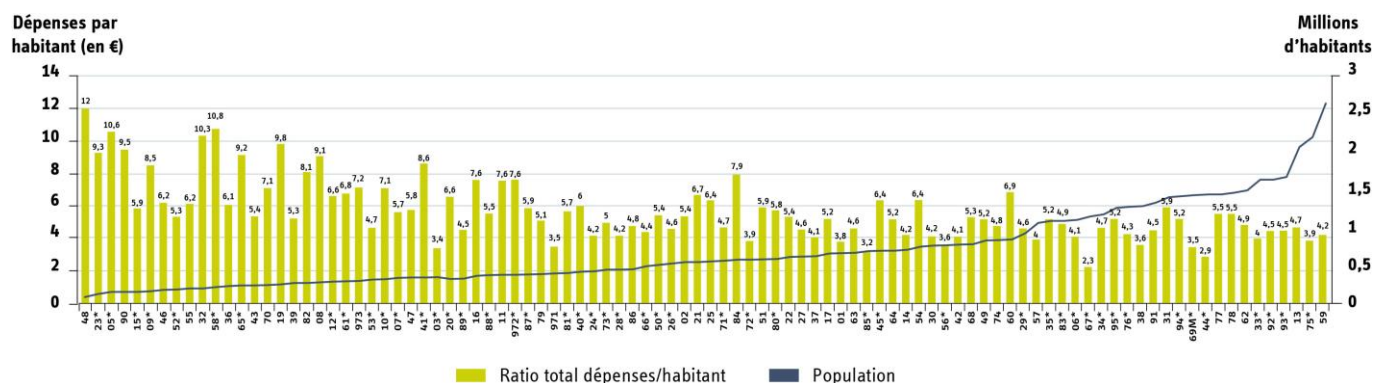
Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

La dépense moyenne par habitant est généralement inversement proportionnelle à la démographie du département, probablement en raison d'un effet « coûts fixes »

En 2018, en moyenne, les MDPH ont dépensé l'équivalent de 5,73 euros par habitant. Les dépenses de fonctionnement et d'investissement par habitant sont très variables entre les territoires. Les écarts entre petites et grandes MDPH peuvent s'expliquer par un effet « coûts fixes ». Pour les petites MDPH, les coûts fixes incompressibles de type bâtiments, personnel d'encadrement, fonctions support peuvent générer une dépense par habitant supérieure. À l'inverse, on peut supposer que les grandes MDPH sont plus susceptibles de bénéficier d'effets d'économies d'échelle.

Néanmoins, là encore, cet exercice révèle d'importantes disparités de moyens entre MDPH de taille comparable. Ainsi, les dépenses de fonctionnement et d'investissement par habitant sont comprises entre 2,25 euros et 12,01 euros par habitant ; la médiane de ces dépenses est de 5,34 euros par habitant.

Dépenses totales de fonctionnement et d'investissement par habitant en 2018 (dépenses inscrites au compte administratif + MAD gratuites + externalisations gratuites) Échantillon : 96 MDPH

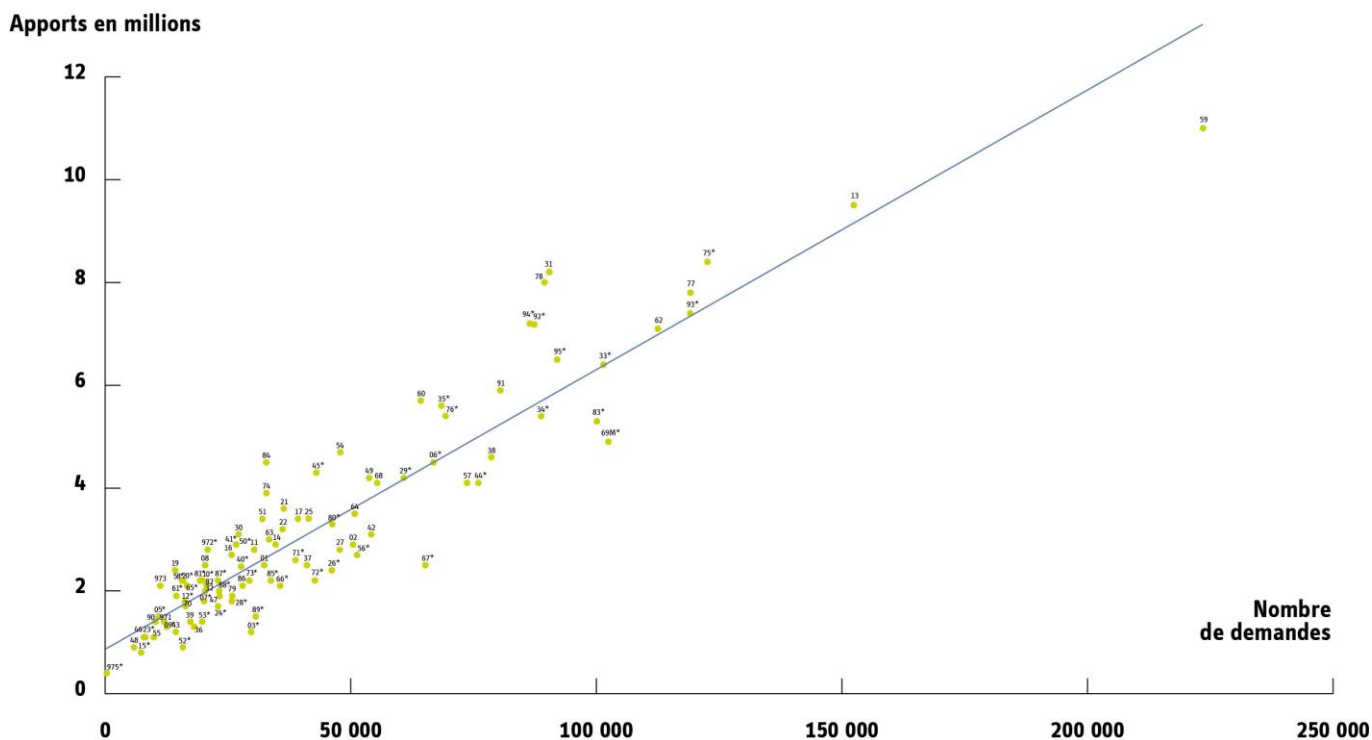


Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

Les moyens des MDPH sont globalement proportionnels au volume de demandes

Le croisement entre moyens des MDPH et nombre de demandes déposées confirme que les moyens des MDPH sont également, en moyenne, proportionnels au nombre de demandes traitées. Cette variable « demande » est sans doute plus pertinente que celle de la population, dans la mesure où elle est sensible aux caractéristiques de la population locale, telles que le vieillissement ou la pauvreté, qui peuvent avoir une influence sur cette demande.

Apports globaux (apports monétaires + MAD et externalisations gratuites) et nombre de demandes déposées en 2018 Échantillon : 97 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

Là encore, le graphique ci-dessus révèle néanmoins d'importantes disparités entre structures comparables en termes de nombre de demandes traitées. Les apports globaux sont compris entre 45,68 euros et 183,81 euros par demande ; en moyenne, ils sont de 86,28 euros par demande. La médiane entre toutes les MDPH s'élève quant à elle à 79,67 euros par demande.

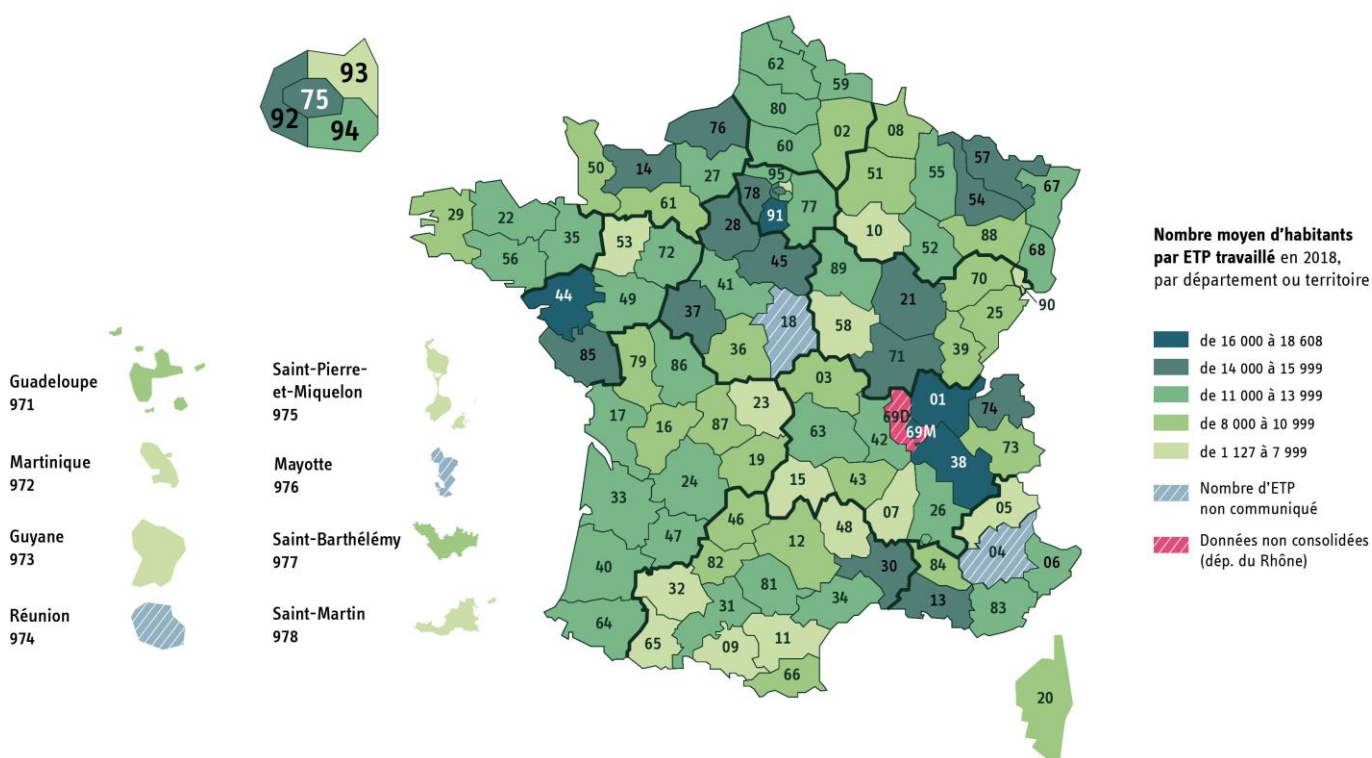
1.5. D'importantes disparités de moyens persistent malgré tout entre MDPH, à population ou demande équivalente

Les MDPH sont inégalement dotées en moyens humains par habitant

Le ratio du nombre d'ETP travaillés par rapport au nombre d'habitants du département est marqué par de fortes disparités. Il va de 1 ETP pour 1 120 habitants à 1 ETP pour 25 600 habitants. En moyenne, on compte 1 ETP pour 11 400 habitants. La médiane est de 1 ETP pour 11 625 habitants.

Nombre moyen d'habitants par ETP travaillé en 2018

Échantillon : 95 MDPH



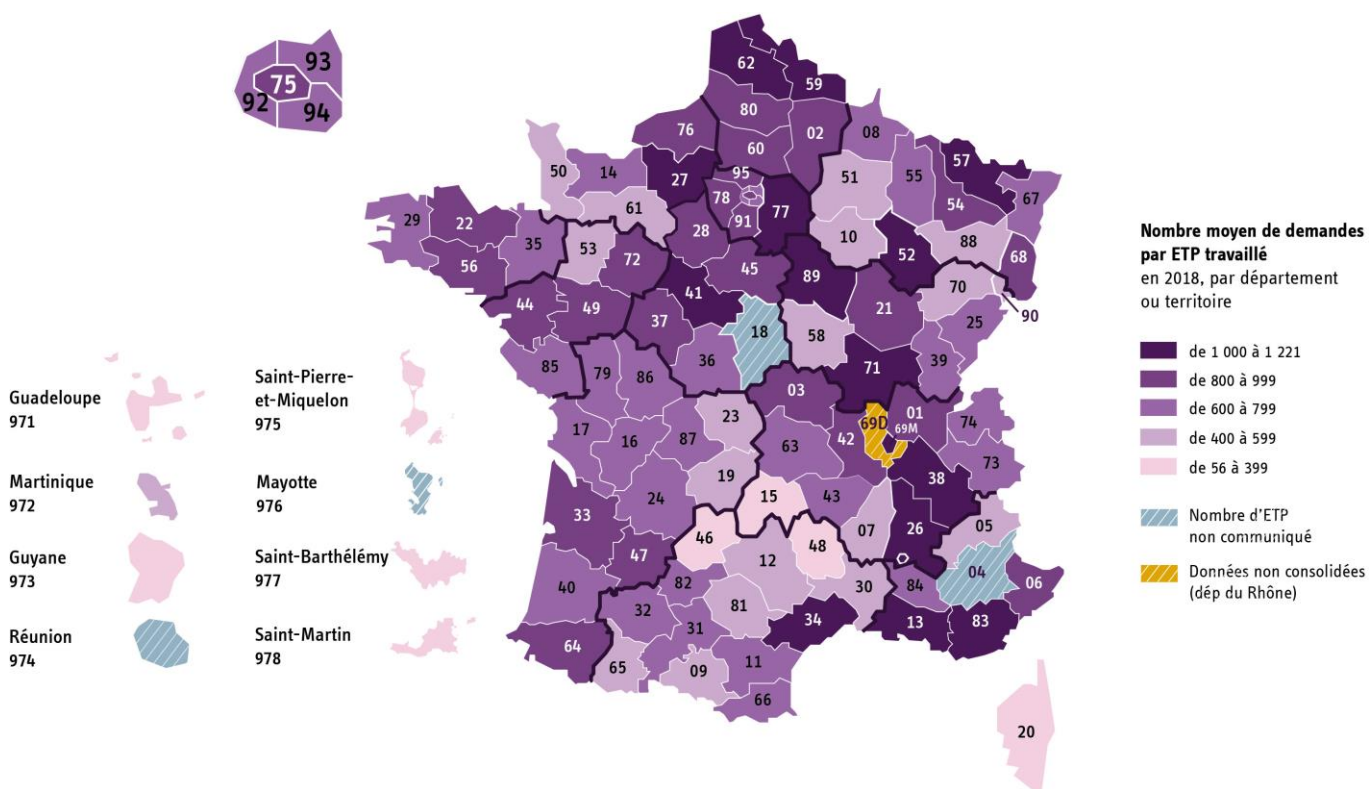
Source : CNSA, données des rapports d'activité des MDPH 2018.

Les MDPH sont inégalement dotées en moyens humains au regard du volume de demandes traitées

L'observation du ratio entre nombre d'ETP travaillés et nombre moyens de demandes déposées en MDPH révèle également des disparités de moyens entre MDPH devant gérer un volume d'activité comparable. En moyenne, on compte 1 ETP travaillé pour 751 demandes et, en médiane, 1 ETP travaillé pour 768 demandes. Les écarts sont forts, allant de 1 ETP pour 56 demandes au minimum à 1 ETP pour 2 034 demandes au maximum :

- > une partie des MDPH (13 en tout) dispose d'un nombre relativement faible d'ETP par nombre de demandes traitées, avec en moyenne entre 1 000 et 1 221 demandes traitées par ETP travaillé ; il s'agit de MDPH aux situations variées, dont une partie de grandes structures ;
- > à l'inverse, une partie des MDPH (9) dispose d'un nombre relativement élevé d'ETP par nombre de demandes traitées, soit 1 ETP pour 56 à 399 demandes. Il s'agit essentiellement des DOM-TOM et de départements ruraux faiblement peuplés, dotés de MDPH ou de collectivités de petite dimension ;
- > entre ces deux extrêmes, on observe une diversité de situations concernant des départements aux caractéristiques variables, plus ou moins densément peuplés, urbains ou vieillissants ou pauvres.

Nombre moyen de demandes par ETP travaillé en 2018 Échantillon : de 95 MDPH

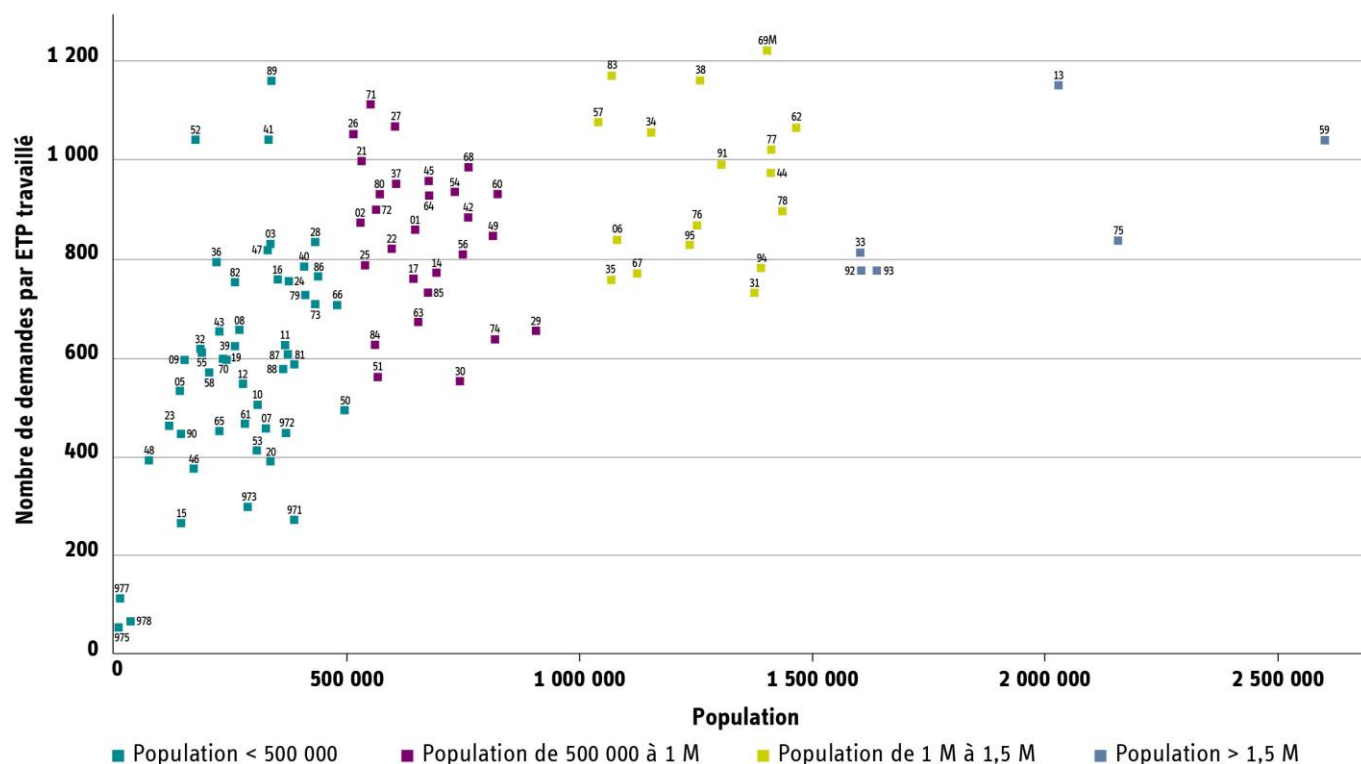


Source : CNSA, données des rapports d'activité des MDPH 2018.

Ainsi, le rapport entre le nombre de demandes par ETP travaillés et la population permet parfois de confirmer l'hypothèse d'effets de structure qui jouent sur le dimensionnement des moyens. Néanmoins, la plupart des disparités de moyens ne peuvent s'expliquer par cette corrélation :

- la majorité des MDPH de départements de moins de 500 000 habitants, soit 49 MDPH, se situent entre 380 et 820 demandes par ETP travaillé ;
- la majorité des MDPH de départements comptant entre 500 000 et 1 million d'habitants, soit 28 MDPH, se situent entre 580 et 1000 demandes par ETP travaillés, soit une fourchette significativement au-dessus de celle des départements les moins peuplés ;
- les MDPH de départements comptant plus d'un million d'habitants, soit 23 MDPH dont 6 ont plus de 1,5 million d'habitants pour une population totale pouvant aller jusqu'à 2,5 millions d'habitants, se situent toutes dans une fourchette située entre 680 et 1 200 demandes par ETP travaillé. Là encore, si l'écart est presque du simple au double entre les MDPH de ce groupe, la fourchette moyenne est significativement supérieure à celle des départements moins peuplés.

Nombre de demandes par ETP travaillés en 2018 Échantillon : 99 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

L'enquête « Ma MDPH, mon avis » indique une corrélation entre les ressources des MDPH et la satisfaction de leurs usagers

Il existe une relation linéaire entre la variable de la satisfaction globale et le ratio du nombre de demandes reçues par effectif temps plein et par an.

La donnée relative aux MDPH recevant moins de 200 demandes par an repose sur peu de réponses, mais 86,5 % des 28 répondants relevant de ce type de MDPH se déclarent satisfaits (contre 34,9 % en moyenne).

Le taux de satisfaction décroît progressivement en fonction du nombre de demandes traitées par effectif temps plein pour s'établir à un minimum de 30 % d'usagers relevant des MDPH pour lesquelles chaque effectif temps plein gère plus de 1 000 demandes par an qui se déclarent satisfait.

2. Les organisations très diverses des MDPH connaissent un début de convergence

2.1. Les organisations des MDPH restent très diverses

Le modèle d'organisation dominant reste la structuration par mission ou par métier, le modèle par dominante de projet de vie progressant avec le formulaire de demande

Depuis leur création, les choix d'organisation des MDPH sont marqués par une grande diversité apparente. La structuration en unités, nommées services, pôles, directions, varie fortement. Cependant, les formes organisationnelles peuvent être catégorisées en cinq structurations types plus ou moins hybridées :

- > une structuration par dominante « métier » ou « mission » (instructeur/instruction) ;
- > une structuration par prestation (PCH, AEEH...) ;
- > une structuration par public (enfants, adultes...) ;
- > une structuration par dominante de projet de vie (vie quotidienne, parcours de scolarisation...), l'organisation type depuis la mise en place du formulaire de demande ;
- > une structuration plus transversale ou territorialisée.

Les choix des MDPH restent très divers, selon des modèles souvent hybrides

Une partie des MDPH privilégie **une organisation par mission ou par métier**. Dans ce cas de figure, les services sont organisés autour des grandes étapes du parcours d'une demande – accueil, instruction, évaluation, décision – ou par métier (instructeurs, coordinateurs). Dans la continuité d'un mouvement engagé en 2017, la mise en place du tronc commun SI semble pousser aux réorganisations selon cette logique de parcours usager. Ainsi, cette forme d'organisation demeure majoritaire, voire se renforce.

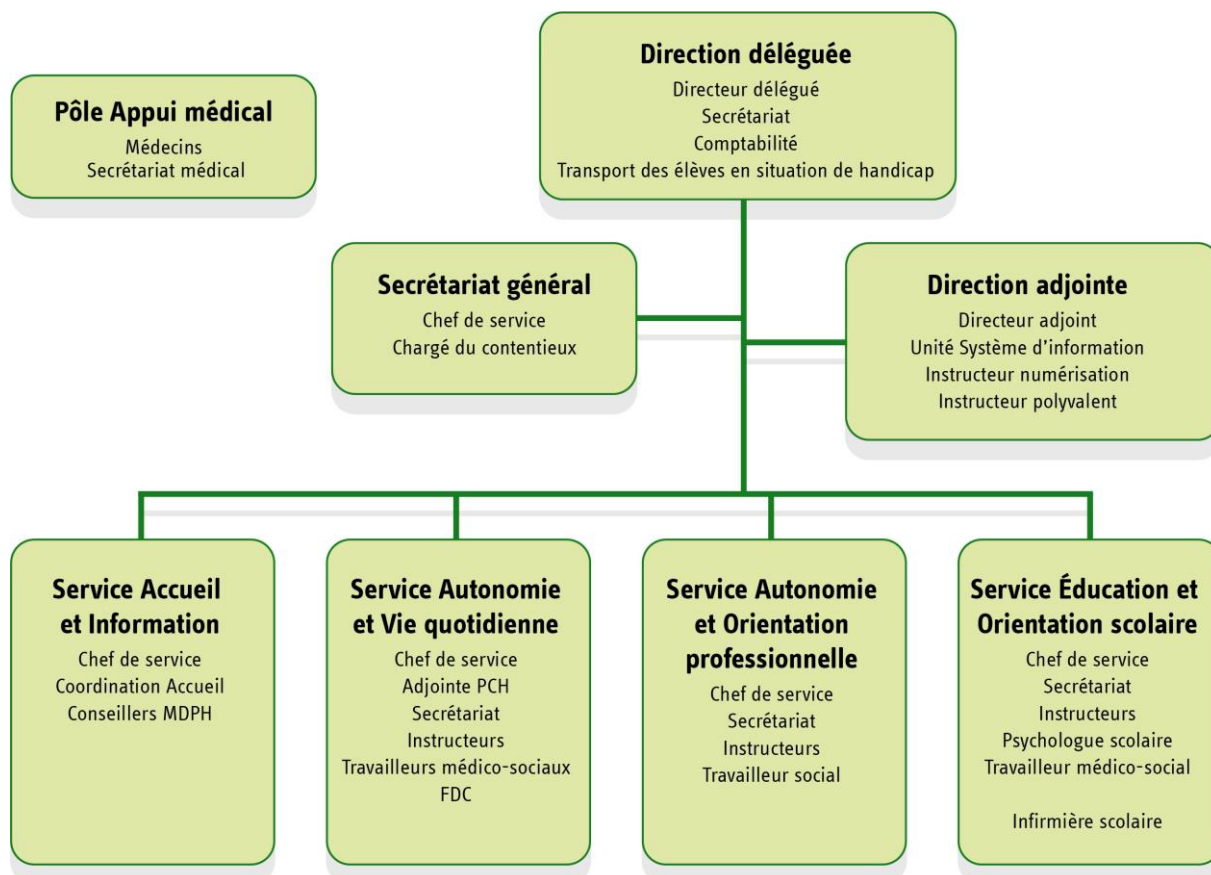
Une part moins importante des MDPH privilégie une organisation par public, par prestation ou par dominante de projet de vie.

Enfin, quelques MDPH font des choix d'organisation plus singuliers, comme :

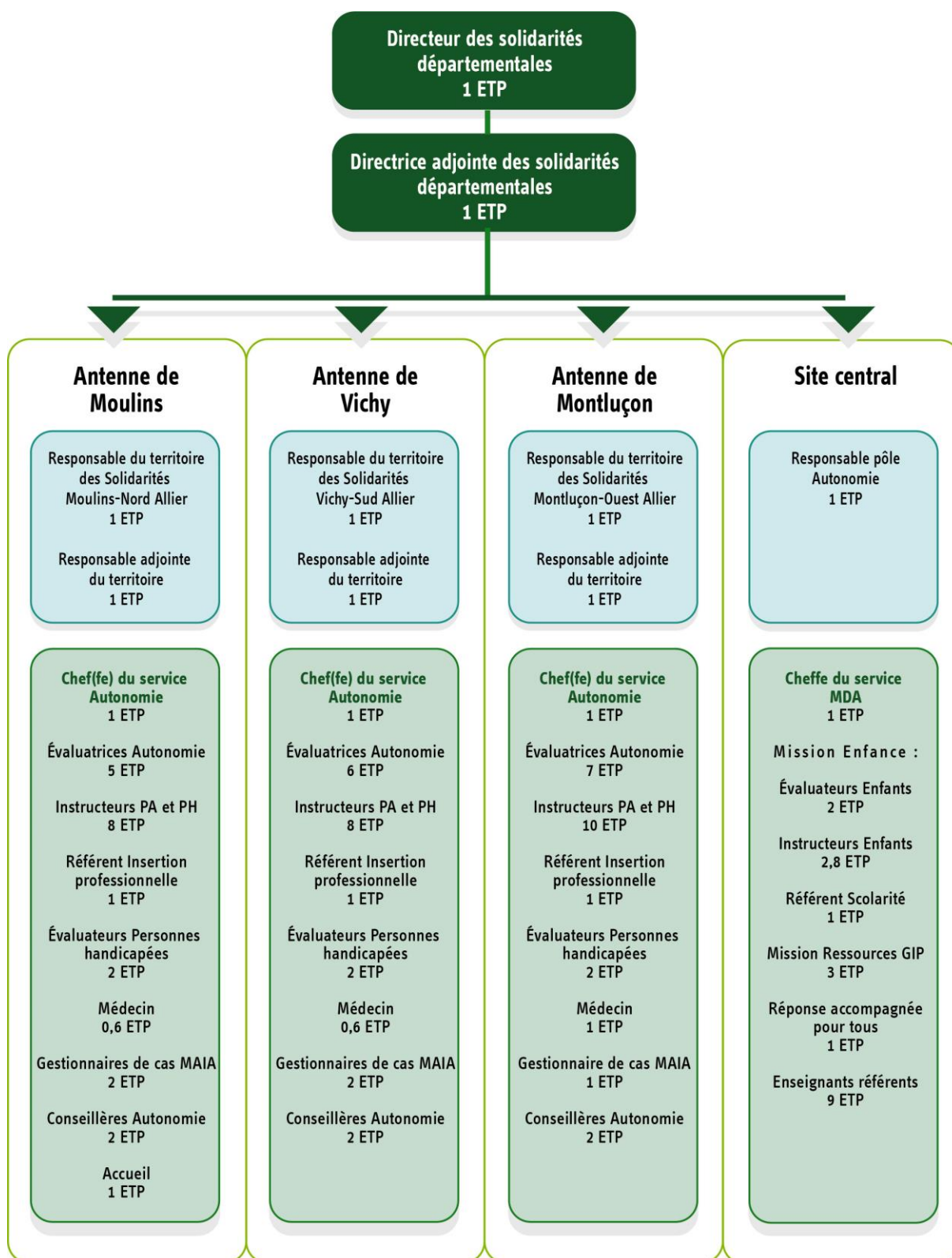
- > des organigrammes entièrement territorialisés au premier niveau, qui articulent ensuite les logiques par mission, métier, public ou thématique au deuxième niveau ;
- > des organigrammes qui intègrent une plus forte transversalité.

▮ Deux exemples d'organisation des MDPH

Une organisation par dominante de projet de vie : l'exemple de la MDPH du Haut-Rhin (68)



Une organisation entièrement territorialisée : l'exemple de la MDA de l'Allier (03)



2.2. L'organisation des MDPH intègre davantage les pratiques recommandées par la CNSA

Les organisations des MDPH font l'objet de nombreuses évolutions

De nombreuses MDPH ont signalé des évolutions d'organisation en 2018.

Plusieurs éléments l'expliquent :

- > le développement des territorialisations, des mutualisations accrues ou une transformation en MDA ;
- > le déploiement des nouveaux chantiers et outils tels que la réponse accompagnée pour tous (généralisée au 1er janvier 2018), le nouveau formulaire de demande (en phase transitoire de déploiement) ou encore le tronc commun du métier des MDPH.

Dans ce contexte, de nombreuses MDPH ont fait part en 2018 de leur besoin de stabiliser l'organisation afin de permettre aux équipes d'intégrer les changements (voir la partie 2, sous-partie 3. : La poursuite des grands chantiers nationaux est porteuse de progrès, grâce à un investissement important).

D'autres MDPH, moins nombreuses, ont au contraire signalé être en voie de stabilisation après des réorganisations conduites par le passé ou présenter une organisation très stable dans le temps.

Les MDPH poursuivent le développement des bonnes pratiques préconisées

Les évolutions d'organisation conduites par les MDPH en 2018 ont pris des formes et une ampleur très différentes selon les territoires, mais ont poursuivi le même objectif d'optimisation des *process* et d'amélioration de la qualité de service en lien avec le travail réalisé autour du référentiel des missions et de la qualité de service (RMQS). Elles ont porté par exemple sur :

- > la formalisation, l'optimisation, la fluidification des processus et le recentrage des organisations autour du parcours de l'utilisateur, en lien avec le développement du système d'information et l'adaptation des circuits de décision aux différentes situations rencontrées ;
- > l'harmonisation des pratiques d'instruction, d'évaluation et d'accueil, la formation et la montée en compétence des agents sur ces missions en lien avec les évolutions réglementaires ;
- > l'adaptation des organisations aux évolutions de l'activité ou au développement des projets : réorganisation des services d'accueil, d'instruction ou d'évaluation, mise en place de modes projet et de fonctions de coordination transversale et développement de la transversalité ;
- > le réaménagement des locaux et la qualité de vie au travail ou la prévention des risques psychosociaux.

Ces évolutions des organisations et des pratiques sont présentées de façon plus détaillée dans la partie 2, sous-partie 4. : Le management, soutien des équipes fortement mobilisées et dans la partie 3 : Les MDPH restent fortement mobilisées pour améliorer la qualité de service.

2.3. La mutualisation avec les départements et la création de maisons départementales de l'autonomie progressent

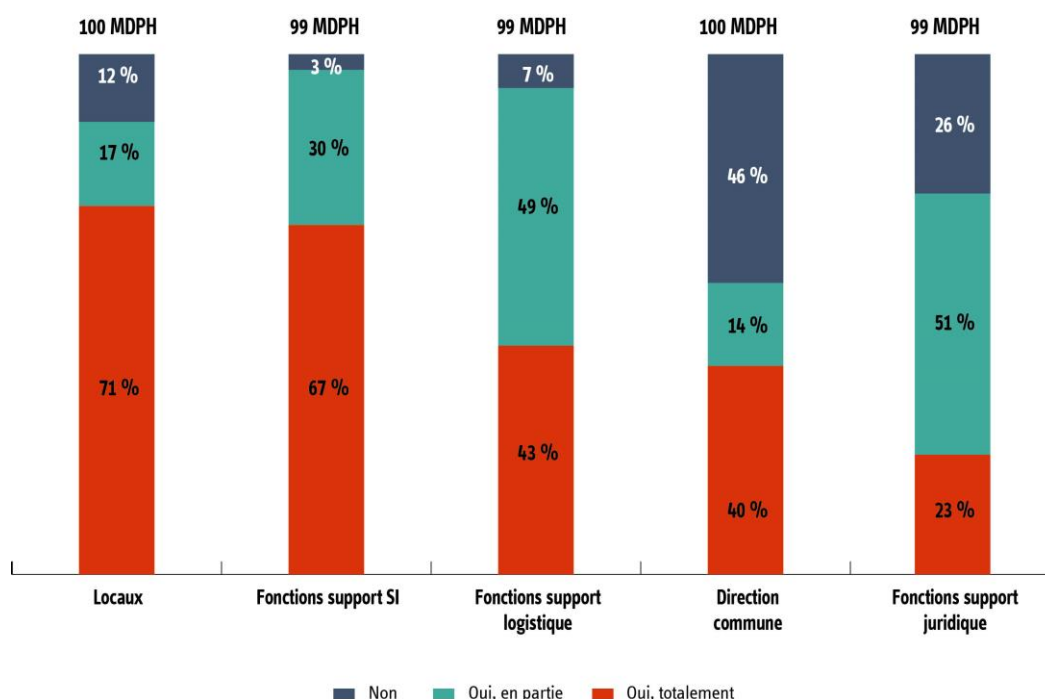
Les MDPH sont de plus en plus intégrées aux services des départements

Dans la continuité des années précédentes, la mutualisation de moyens avec les départements semble avoir progressé en 2018. Plusieurs MDPH signalent ainsi dans leurs bilans avoir transféré de nouvelles fonctions vers le conseil départemental.

Ces rapprochements portent principalement sur :

- > **la mutualisation de locaux** : 88 % des MDPH sont hébergées totalement ou en partie dans des locaux du conseil départemental. Cette situation est relativement stable depuis 2017 ;
- > **la mutualisation de services support**, qui tend même à se renforcer. Les MDPH bénéficient ainsi presque systématiquement de la **direction des systèmes d'information (DSI)** du conseil départemental (en 2018, 97 % des MDPH déclarent mutualiser au moins en partie cette fonction support). Ce phénomène répond au besoin d'appui des MDPH pour la mise en œuvre du SI harmonisé et d'autres obligations légales ou réglementaires comme le Règlement général sur la protection des données (RGPD) ou les téléservices. **L'appui juridique**, moins systématique, est toutefois majoritaire. Il semble progresser également : en 2018, 74 % des MDPH (sur un panel de 99 MDPH) déclaraient mutualiser cette fonction au moins en partie, contre 66 % en 2017 (échantillon de 90 MDPH). Les MDPH signalent également fréquemment un appui des directions des ressources humaines départementales, sans que l'on dispose pour autant d'un comptage précis ;
- > enfin, on note qu'un peu plus de la moitié des directeurs de MDPH (54 % sur un échantillon de 100 MDPH) sont directeurs au sein du conseil départemental, principalement directeurs de l'autonomie.

Mutualisations ou mises à disposition de locaux et de fonctions support avec les conseils départementaux

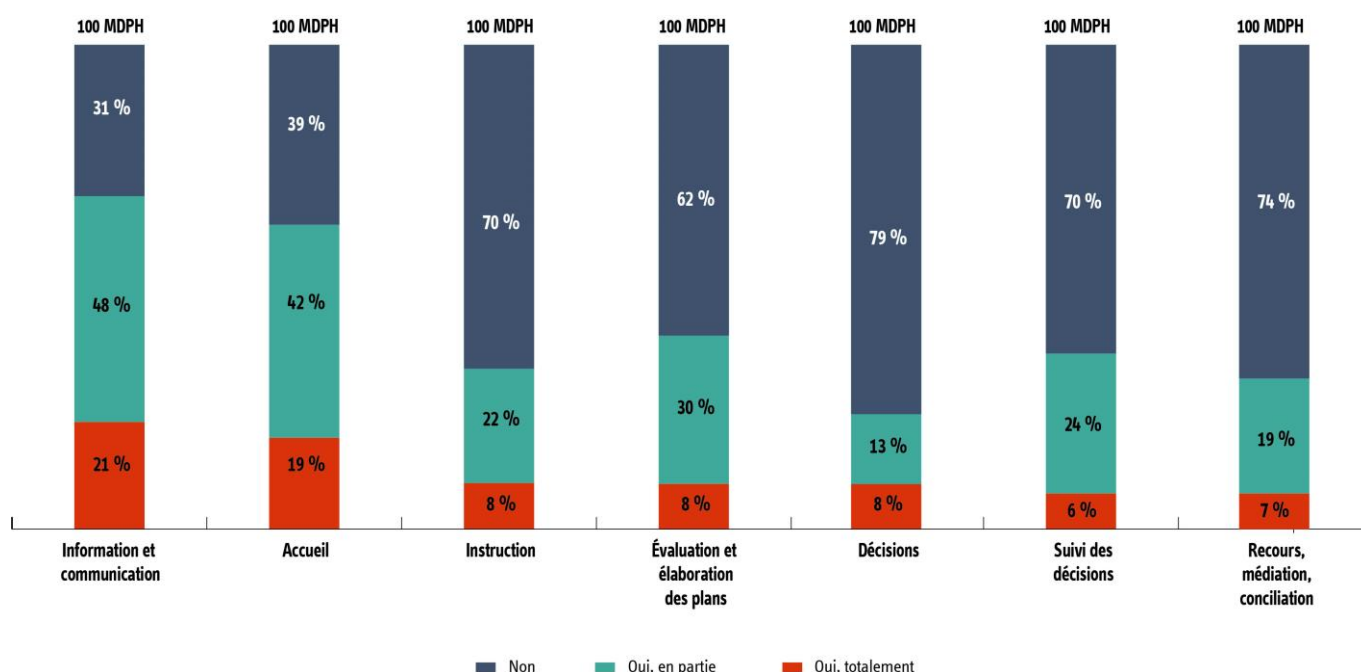


Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

Les missions telles que l'accueil, l'instruction ou l'évaluation sont quant à elles moins régulièrement mutualisées avec les services du département. La mise en commun semble néanmoins progresser pour les services d'accueil et d'instruction. Ainsi, en 2018 :

- > **61 % des MDPH déclarent avoir mutualisé l'accueil.** Si les échantillons ne sont pas comparables, le niveau semble supérieur à 2017 (47 % des MDPH indiquaient avoir mutualisé l'accueil, dont 19 % totalement ; 42 %, partiellement). Cette évolution pourrait aller de pair avec le développement des MDA. Par ailleurs, quelques MDPH ont signalé en 2018 travailler sur un accueil mutualisé pour 2019 ;
- > 30 % des MDPH indiquent avoir mis en commun l'instruction (panel de 100 MDPH), contre 20 % en 2017 (sur 91 MDPH) ;
- > 38 % des MDPH déclarent avoir rapproché l'évaluation (parmi 100 MDPH), contre 58 % en 2017 (échantillon de 91 MDPH).

Mutualisations ou mises à disposition de missions avec les conseils départementaux



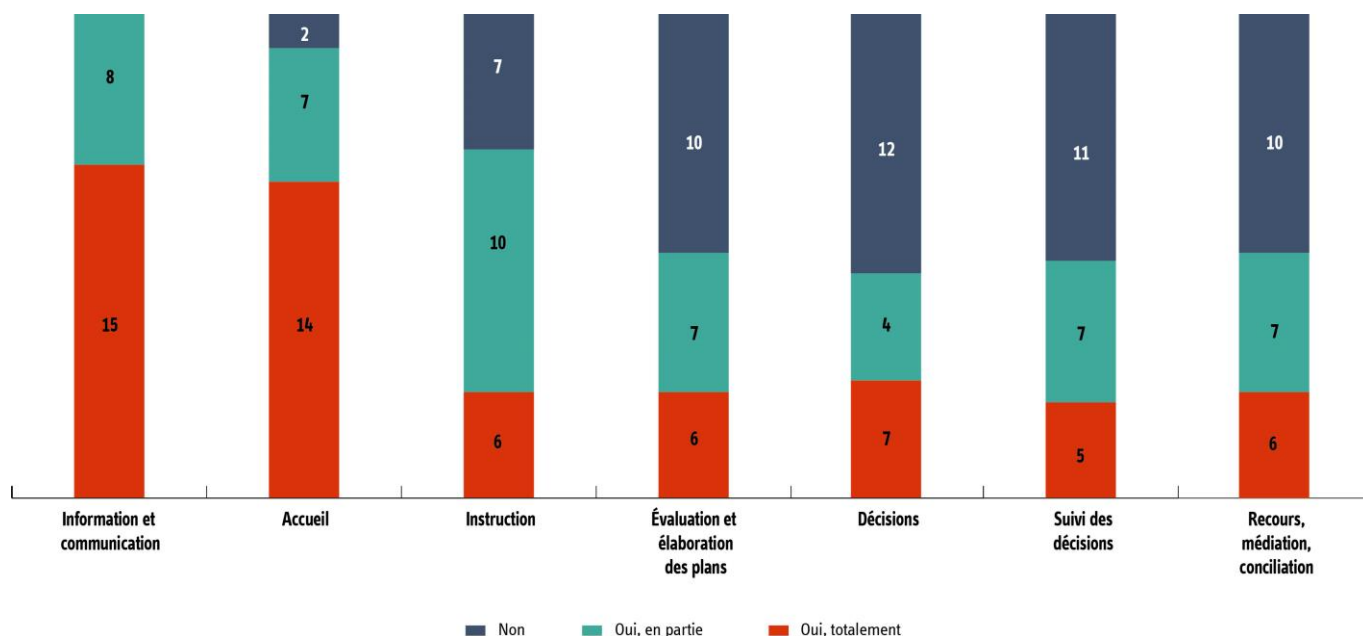
Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

Si l'on additionne l'ensemble des mutualisations possibles, on peut calculer un « indice de mutualisation » valorisant chaque mise en commun parmi les cinq fonctions support et les sept missions types mutualisables. Le niveau de rapprochement le plus faible s'établit à zéro et le plus élevé, à treize. Sur un échantillon de 100 MDPH, les MDPH ont un niveau de rapprochement moyen de cinq fonctions ou missions types mutualisées. Aux deux extrêmes de cet indice, une dizaine de MDPH ont mutualisé entre neuf et treize de ces fonctions ou missions et une dizaine en ont mutualisé moins de trois. Pour le reste, une quarantaine de MDPH ont mutualisé entre cinq et huit de ces fonctions ou missions, et une trentaine de MDPH ont un indice de mutualisation situé entre 3 et 4,5.

Logiquement, les MDPH qui présentent les indices de mutualisation les plus élevés sont celles qui ont adopté des configurations MDA. En 2018, les MDA présentaient un indice de mutualisation de 9 en moyenne. Les mutualisations supplémentaires que l'on trouve chez les MDA concernent principalement l'information et l'accueil des usagers et l'instruction des dossiers, mutualisés pour la quasi-totalité des MDA. Viennent ensuite l'évaluation, le recours et la conciliation, le suivi des décisions et les décisions.

Mutualisation ou mises à disposition avec les conseils départementaux

Échantillon : 23 MDA



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

📌 Quelques exemples de mutualisations avec les conseils départementaux

MDPH de l'Ardèche (07)

« La MDPH est presque totalement intégrée aux services du département. Le service évaluation a une place particulière, reste sous la responsabilité du GIP. »

MDPH des Landes (40)

« Les liens avec le conseil départemental des Landes sont importants et indispensables à la MLPH [maison landaise des personnes handicapées] pour assurer son bon fonctionnement. Les personnels du conseil départemental assurent un nombre important de missions support, ce qui permet de recentrer les agents de la MDPH sur leur cœur de mission. »

MDPH du Pas-de-Calais (62)

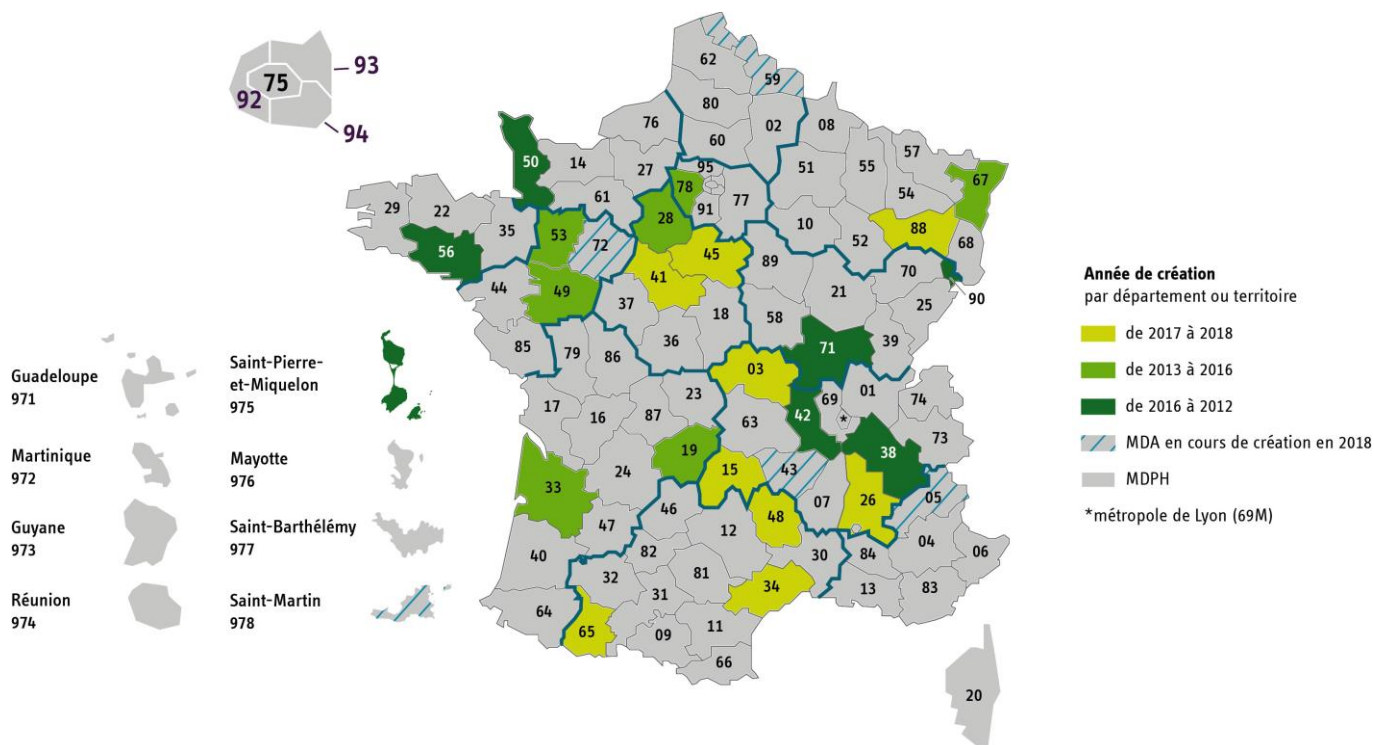
« Si la MDPH est autonome dans la gestion de son budget, la passation des marchés publics et la gestion des ressources humaines, elle entretient des liens forts avec le département. [...]

L'organisation de la MDPH est calée sur la territorialisation départementale et mobilise une partie de ses ressources : l'accueil physique dans les territoires est réalisé au sein des maisons de l'autonomie et maisons du département solidarités ; les équipes médico-sociales du département qui assurent les évaluations à domicile (PCH, ACTP). »

La tendance à la transformation des MDPH en MDA se poursuit en 2018

Le nombre de MDA croît régulièrement depuis la création des MDPH en 2006, comme le montre la carte ci-dessous.

Départements déclarant être structurés en maison départementale de l'autonomie en 2018 Échantillon : 100 MDPH



Source : CNSA, données des rapports d'activité des MDPH 2018.

En 2018, 24 MDPH déclarent avoir adopté une configuration en MDA, soit 6 de plus qu'en 2017. À celles-ci s'ajoutent les collectivités territoriales de Saint-Pierre-et-Miquelon (975), Saint-Barthélemy (977) et Saint-Martin (978) qui gèrent l'ensemble des prestations d'autonomie, soit **27 territoires** sur les 104 MDPH et collectivités membres du réseau de la CNSA. Par ailleurs, 4 MDPH indiquent en 2018 être en cours de transition vers une organisation en MDA. On voit donc d'année en année que la part des MDA sur l'ensemble du réseau MDPH tend à s'accroître.

L'accroissement régulier du nombre de MDPH ayant adopté une configuration MDA est évoqué par les MDPH comme un souhait de faire converger localement les politiques de l'autonomie au bénéfice du public.

Focus : les MDA en création en 2018 – retour d'expérience

En 2018, une dizaine de MDPH ont engagé ou finalisé leur évolution

Six nouvelles MDA ont été créées : les MDPH de l'Allier (03), la Drôme (26), l'Hérault (34), Loir-et-Cher (41), les Hautes-Pyrénées (65) et les Vosges (88). Quatre MDPH ont engagé leur transformation en MDA : les Hautes-Alpes (05), la Loire (42), la Haute-Loire (43), le Nord (59), la Sarthe (72) et le Tarn (81). Les retours d'expérience de ces MDPH permettent de tirer quelques enseignements.

Une appellation unique, des choix de mutualisations divers

MDPH d'Indre-et-Loire (37) : « Les services de la direction autonomie et de la MDPH ont convergé politiquement vers une seule organisation tout en conservant les missions de chaque professionnel, relatives aux spécificités PA/PH [personnes âgées/personnes handicapées]. »

MDA de l'Isère (38) : « Direction de l'autonomie, système d'information unique, présidence commune, services autonomes. »

MDA de la Loire (42) : « Une direction commune est établie avec la fusion des postes de directeur de l'autonomie (CD) et de directeur MDPH (GIP). Instruction et évaluation mutualisées sur deux prestations (PCH et CMI). »

MDA du Bas-Rhin (67) : « Articulation au sein de la MDA entre les missions MDPH et missions CD, qui s'est traduit dans l'organigramme mis en place. Les missions de la MDPH sont fondues, pour grande partie, dans celles de la mission autonomie. »

MDA des Yvelines (78) : « Les professionnels du pôle central de la MDA sont amenés à travailler en transversalité/complémentarité avec les autres services du CD sur des missions communes. »

La transformation en MDA implique des réorganisations progressives

MDPH de Haute-Loire (05) : « Il est à noter que notre projet global de mise en place d'une MDA pour l'année 2020 va aussi modifier très sensiblement les rôles et missions [...]. Premier pas vers le SI et la future MDA, nous avons regroupé le travail du secrétariat qui jusque-là était séparé enfants/adultes. »

MDPH de la Sarthe (72) : « Dans la perspective de la mise en place de la MDA, les procédures, le parcours des dossiers... sont en cours de réorganisation. »

MDPH du Tarn (81) : « En 2018, une réflexion a démarré pour réunir les services de la MDPH et les services de la direction de l'autonomie (PA-PH) du département en vue de créer une maison départementale de l'autonomie. »

Quelques MDPH ont opéré un rapprochement sans appellation MDA

MDPH du Gard (30) : « L'organisation retenue est celle d'une MDA sans souhaiter pour autant en obtenir le label dans l'immédiat. Elle est basée sur une double convergence personnes âgées/personnes en situation de handicap d'une part, et missions du conseil départemental/MDPH d'autre part. Des services territorialisés réalisent l'évaluation des besoins APA [allocation personnalisée d'autonomie] à domicile, PCH et CMI pour les personnes âgées. À terme, une seule commission d'admission APA, PCH, CMI, aides ménagères pour les dossiers plus complexes. »

MDPH du Pas-de-Calais (62) : « Le concept de MDA, dans le Pas-de-Calais, a pris une forme singulière : la MDA est un concept qui a une réalité exclusivement territoriale. Il s'agit de la gestion sur un mode intégré, par chacune des 9 MDS, de l'ensemble des 3 missions suivantes au bénéfice des publics PA et PH : – accueil, information, orientation – évaluation – accompagnement. »

2.4. La territorialisation des activités se renforce progressivement

78 MDPH territorialisent leurs services

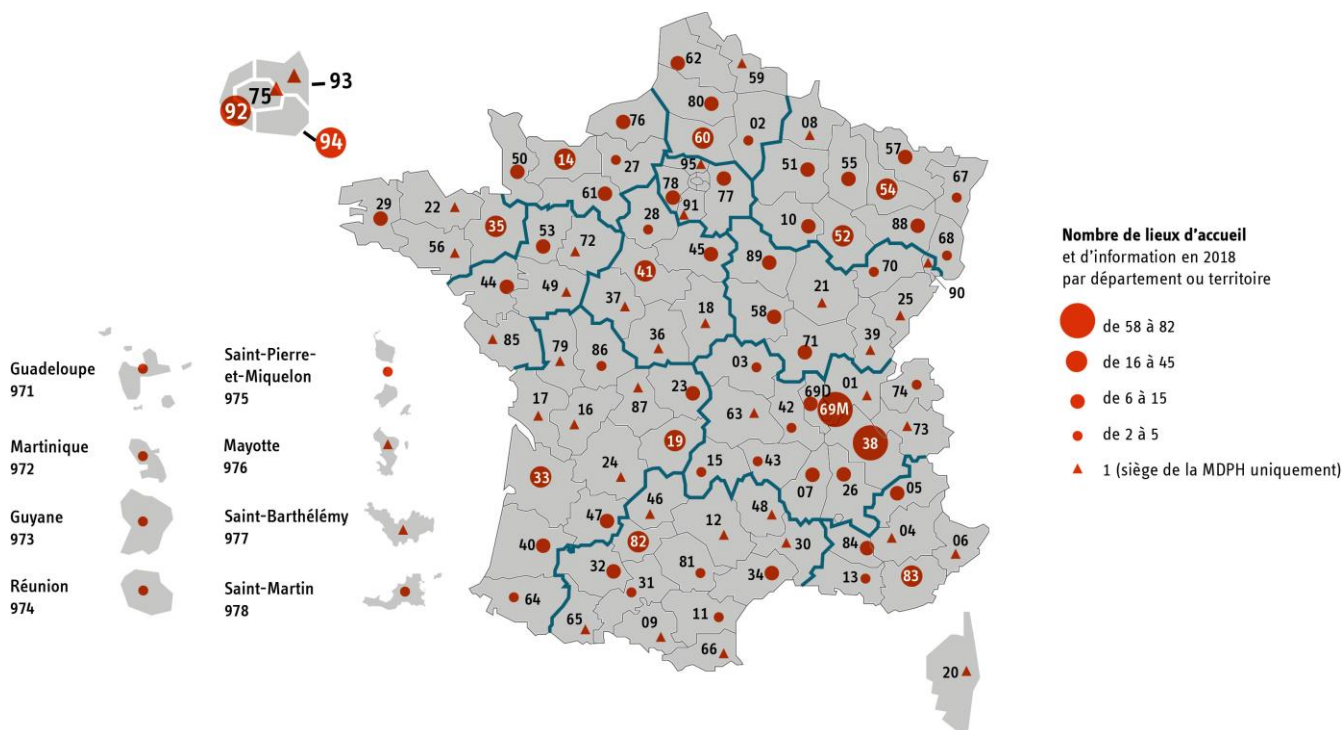
Dans la continuité du mouvement observé les années précédentes, **la territorialisation des activités des MDPH**, qui consiste à organiser une partie du service dans divers points du territoire en dehors du siège de la MDPH, semble progresser. Ainsi, en 2018, 12 nouvelles MDPH ont déclaré avoir territorialisé leurs services. Cette évolution porte à 78 le nombre de MDPH ayant mis en place une organisation territorialisée fin 2018.

Cette progression de la territorialisation peut être faite au moyen :

- > d'antennes propres aux MDPH ;
- > de permanences d'agents de la MDPH au sein de structures territoriales relais ;
- > de la mise en place de relais partenariaux qui assurent l'accueil, souvent de premier niveau, pour la MDPH/MDA.

En 2018, parmi les MDPH territorialisées, 42 déclarent mobiliser une forme de territorialisation, 21 MDPH ont mixé deux types de territorialisation, et 2 MDPH ont mobilisé les trois options possibles, à savoir antennes, permanences et relais auprès de partenaires (sur un échantillon de 65 MDPH).

Nombre de lieux d'accueil et d'information (siège, antennes, permanences et relais partenariaux) dont dispose la MDPH dans le département en 2018 Échantillon : 100 MDPH



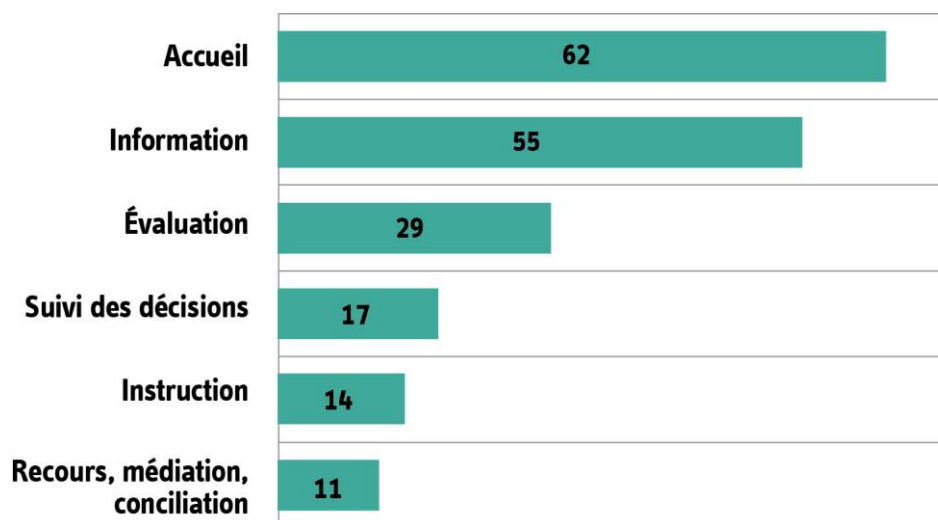
Source : CNSA, données des rapports d'activité des MDPH 2018.

La territorialisation de l'accueil et de l'information est prioritaire

La territorialisation s'est concentrée principalement sur les missions d'accueil et d'information :

- > 62 % des MDPH ont déclaré avoir territorialisé l'accueil et 55 % l'information aux usagers (sur un panel de 100 MDPH). Si les échantillons ne sont pas comparables, ces taux étaient respectivement de 52 % et 45 % en 2017 (sur 92 MDPH) ;
- > moins du tiers des MDPH avaient territorialisé les autres missions : 29 % l'évaluation, 17 % le suivi des décisions, 14 % l'instruction et 11 % le recours.

Nombre de MDPH ayant territorialisé chaque mission
Échantillon : 100 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

Focus sur la territorialisation : exemples d'approches possibles

La plupart des MDPH combinent relais territoriaux et visites à domicile

MDPH de l'Aisne (02) : « Sans être nommé relais-contact, un service public itinérant s'est mis en place sur le territoire d'une grosse communauté de commune du nord du département et est devenu un partenaire dans l'échange d'informations dans le but de servir et renseigner au mieux les usagers. »

MDPH de l'Aube (10) : « La création de lieux d'accueil déconcentrés et le recours à des visites à domicile pour les personnes ne disposant d'aucune mobilité permettent de favoriser une certaine équité en matière d'accès aux droits. »

MDA de la Mayenne (53) : « La territorialisation consiste en une diversification des lieux d'accueil : les antennes sont situées soit dans des MSAP [maison de services au public], centres départementaux de solidarité, pôle santé. »

La territorialisation peut se décliner sur différentes missions

MDPH de l'Ardèche (07) : « Les 13 centres médicaux sociaux du département apportent un premier accueil de proximité. Les équipes d'évaluation de la PCH sont également territorialisées ce qui permet de mettre en place des visites à domicile pour la quasi-totalité des demandes de PCH. »

MDPH de Charente-Maritime (17) : « Afin de se rapprocher des usagers, la MDPH délocalise depuis déjà plusieurs années ses consultations médicales et rencontres avec les psychologues du travail et conseillers insertion professionnelle. »

MDA du Pas-de-Calais (62) : « La phase de décision est également en partie territorialisée avec l'existence de 9 CDAPH locales dont le rôle est exclusivement l'audition des demandeurs. »

MDA des Vosges (88) : « Les usagers n'ont plus à se déplacer à la MDPH pour avoir des informations et obtenir de l'aide pour remplir leurs demandes. »

Certaines MDPH ont développé un maillage fin à l'appui de partenaires

MDPH de Rhône Métropole (69M) : « 57 maisons de la métropole (MDM) relaient les compétences sociales de la métropole. Le territoire compte également 59 CCAS [centre communal d'action sociale] et 68 centres sociaux. Depuis 2018, les professionnels des MDM et du CCAS de Lyon se sont rapprochés au sein des MDMS. »

MDPH des Hauts-de-Seine (92) : « La MDPH des Hauts-de-Seine dispose d'un site unique à Nanterre où travaillent l'ensemble des équipes. Des permanences sont organisées dans le sud du département, au pôle social de Châtenay-Malabry ou d'Antony. Les principaux relais pour accueillir et informer le public sur le territoire aujourd'hui sont donc les centres communaux d'action sociale, soit environ 30 sites. »

Les MDPH confirment les nombreux avantages de la territorialisation

L'enquête qualité « Ma MDPH, mon avis » fait apparaître que sur 20 000 personnes ayant répondu à l'enquête, 75 % trouvent qu'il est facile de se rendre à la MDPH. Les MDPH qui ont territorialisé leurs services sont très nombreuses à attester des bénéfices pour les usagers, ainsi que pour les équipes.

Le premier bénéfice perçu est une **plus grande proximité et un service plus accessible pour les usagers**. Cette proximité présente de nombreux avantages pour les MDPH. Elle permet de pallier les difficultés de mobilité et d'isolement des usagers. Ainsi, les MDPH territorialisées sont en mesure d'offrir un service d'information et d'accompagnement de premier niveau dans des lieux plus proches des personnes grâce au maillage du territoire. Cette proximité accroît également la confiance vis-à-vis du référent, s'il en est désigné un, et facilite l'instauration d'une relation de confiance. Les MDPH considèrent que cette accessibilité est également un **gage d'équité** et d'un **meilleur accès au droit** pour les usagers tout en permettant de lutter contre le non-recours. Certaines MDPH signalent que cela a pour effet d'augmenter le nombre de personnes accueillies.

De nombreuses MDPH témoignent des **améliorations de service rendu** induites par la territorialisation. La qualité de l'accueil et de l'accompagnement est améliorée ainsi que la prise de décision du fait d'une meilleure connaissance des personnes. Des réponses plus personnalisées sont apportées aux bénéficiaires, à l'appui d'un réseau local de partenaires de proximité. Une plus grande réactivité est signalée pour les situations complexes. Le suivi des bénéficiaires est également assuré au plus près de leur situation. Les informations données aux usagers sont plus contextualisées, les situations mieux évaluées, les demandes plus ciblées.

De nombreuses MDPH témoignent également de l'effet positif sur le **développement d'un réseau de partenaires locaux**, travaillant en relais auprès des usagers. Les partenaires sont mieux identifiés et les relations plus soutenues, la mobilisation autour des situations complexes est jugée plus réactive et plus personnalisée. La participation des partenaires aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation est également facilitée par la proximité.

Enfin, les MDPH observent que la territorialisation permet de **mieux connaître l'offre territoriale et les besoins particuliers des usagers**. Ainsi, les difficultés liées à l'offre existante sont mieux identifiées. Des MDPH indiquent que cela favorise l'apport de réponses plus personnalisées, plus adaptées à la diversité des territoires, des populations, des besoins.

Les MDPH confirment la nécessité d'adapter les organisations à la réussite de la territorialisation

Si la territorialisation présente les bénéfices listés précédemment pour les usagers, nombre de MDPH indiquent dans leurs rapports la nécessité d'accompagner les équipes dans l'évolution des modes de fonctionnement pour réussir cette transition. Elles identifient les conditions de réussite suivantes :

- > **une homogénéisation des pratiques** permet d'assurer l'équité de traitement sur le territoire. Cette homogénéisation passe par des formations, la diffusion de bonnes pratiques, une veille réglementaire et sa diffusion, l'apport d'expertises mutualisées au siège ;
- > **un renforcement de la communication** permet de maintenir des liens étroits entre le siège et les territoires, un niveau d'information commun et une bonne intégration des agents à distance. Ce renforcement implique la mise en place d'un management et de circuits de communication spécifiques et de dispositifs de coordination des équipes territorialisées. Elle implique également une communication claire auprès des usagers sur les services des divers lieux d'accueil ;
- > de la même manière, **l'adaptation des outils de pilotage** à la territorialisation des activités est essentielle. Ainsi, la territorialisation nécessite un pilotage également territorialisé des partenariats, avec parfois des dispositifs de conventionnement spécifiques. Cette animation demande du temps.

De ce fait, plusieurs MDPH ont signalé que la territorialisation requière **des moyens spécifiques supplémentaires**, locaux, effectifs et véhicules compte tenu des déplacements générés. Elle induit de ce fait une augmentation des charges. Cela implique également que ces moyens soient disponibles : locaux mobilisables, équipes ayant la possibilité de changer de lieu de travail ou disponibles sur place.

Cette territorialisation est souvent assortie d'une polyvalence accrue des missions assurées par les agents dans les sites territorialisés et nécessite donc une **montée en compétence des équipes et des partenaires**. Des dispositifs spécifiques tels que des réunions d'information, des temps de formation ou d'échanges de pratique sont nécessaires pour assurer le maintien et l'actualisation des connaissances et de l'expertise de l'ensemble des agents territorialisés. Ainsi, les MDPH confirment l'importance d'assurer la formation des partenaires et des agents, notamment à l'accueil d'un public en situation de handicap. Cette adaptation des agents à de nouveaux périmètres et à de nouvelles pratiques demande également du temps. La question de la répartition et de la capitalisation de l'expertise entre agents dispersés sur plusieurs sites est également identifiée comme un enjeu. Ces changements nécessitent parfois une adaptation des plannings.

Enfin, plusieurs MDPH ont pointé les limites de la territorialisation si **le maillage** n'est pas complet. Pour des territoires étendus, ou en l'absence d'homogénéisation des solutions entre les différents bassins de vie, des questions d'équité d'accès peuvent se poser. Cet enjeu pointe l'importance de l'harmonisation du maillage à l'échelle du territoire. Or la complétude de celui-ci dépend aussi des partenaires qui ne sont pas toujours organisés selon le maillage souhaité par la MDPH.

Face à ces enjeux, les MDPH mobilisent diverses ressources

Pour répondre à ces différents enjeux d'adaptation, les MDPH territorialisées ont adapté leur organisation par :

- > **la recherche et l'animation de nouveaux partenariats** par bassin de vie, pour identifier des relais de proximité et améliorer l'accès à l'information et l'accompagnement des usagers. Ce travail partenarial a pu nécessiter un travail préalable d'identification des publics communs et des objectifs partagés, la définition d'un niveau de coopération sociale et des adaptations aux spécificités territoriales et aux besoins des usagers ;
- > **l'information des usagers** à travers des outils dédiés tels que brochures et autres supports ;
- > **un pilotage resserré des *process* et de l'activité** pour assurer une harmonisation des procédures et permettre l'équité de traitement. Plusieurs MDPH ont ainsi travaillé à écrire et à harmoniser les pratiques et les procédures. Un pilotage centralisé de l'activité a fréquemment été développé, avec des indicateurs communs pour maintenir une culture commune du niveau de service. Une définition précise des missions assurées au niveau central et de façon territorialisée a également été nécessaire ;
- > la formation et l'information régulières des agents afin d'assurer la conduite du changement ;
- > **la mobilisation d'outils collaboratifs numériques communs** pour conforter le réseau des agents. Plusieurs MDPH ont utilisé des outils numériques pour faciliter le travail collaboratif des agents : une GED, un espace documentaire partagé. Des réseaux d'agents d'accueil ont parfois été créés ;
- > **le développement de moyens humains et financiers** permettant de financer de nouveaux locaux, des effectifs supplémentaires, des actions de formation et de communication

2.5. La diversité des modèles d'organisation s'explique essentiellement par des choix locaux

L'analyse des corrélations entre les indices de territorialisation ou de mutualisation des services et les variables locales (ruralité, étendue du territoire, taille de la MDPH) ne révèle pas de liens évidents entre les uns et les autres.

Cette décorrélation confirme **l'importance des choix locaux et des politiques départementales** dans la qualité de l'offre de service et l'organisation des MDPH. Néanmoins, lorsque les MDPH citent les raisons qui les ont poussées vers un changement d'organisation, elles invoquent régulièrement le contexte territorial (ruralité, faible densité de population, étendue territoriale, difficultés socio-économiques ou de mobilité, isolement de la population...). Si la volonté départementale joue aussi fortement, les moyens dont disposent les MDPH peuvent cependant conditionner leurs ambitions, notamment en termes de territorialisation.

📌 Quelques critères qui influencent les choix d'organisation des MDPH

MDPH des Hautes-Alpes (05)

« Les dix maisons des solidarités (MDS) sont réparties sur l'ensemble du territoire haut-alpin. [...] Ce lien de proximité est essentiel dans un département rural où la mobilité demeure un enjeu majeur. »

MDPH du Finistère (29)

« Le projet d'établissement est né de la volonté des élus de revoir l'organisation de la MDPH afin de répondre aux délais de traitement légaux pour les usagers. Pour cela, une déssectorisation au sein des équipes adultes et enfants avec une répartition des dossiers et des courriers par journée de travail a été mise en place. »

MDPH de la Meuse (55)

« La territorialisation de la MDPH, au-delà de permanences d'accueil, est complexe à envisager au regard d'une part de la taille de notre MDPH (16 ETP) et d'autre part de l'étendue du territoire, qui engendrerait un éclatement très important de l'équipe. »

MDPH de Haute-Saône (70)

« Aller au-devant des usagers sur un territoire relativement étendu avec une population peu dense et peu mobile (problématique liée à la ruralité et au handicap). »

3. La poursuite des grands chantiers nationaux est porteuse de progrès, grâce à un investissement important

3.1. Le déploiement des grands chantiers nationaux progresse

Plusieurs grands chantiers nationaux sont en phase de développement ou de préparation en 2018

Il s'agit principalement :

- > **de la démarche « Réponse accompagnée pour tous »**, généralisée au 1^{er} janvier 2018, qui entre dans sa première année de mise en œuvre pleine et entière ;
- > **du déploiement du Tronc commun SI palier 1**, en préparation en 2018 pour la plupart des MDPH, avec un objectif de déploiement au 31 décembre 2019.

À cela s'ajoutent d'**autres chantiers** pour les MDPH, tels que :

- > la mise en œuvre du nouveau formulaire de demande générique (IMPACT) ;
- > le déploiement de nouveaux logiciels, tels que ViaTrajectoire ;
- > l'application du règlement général de protection des données (RGPD) et l'intégration des autres évolutions législatives et réglementaires, telles que la réforme des contentieux ;
- > les chantiers propres aux MDPH, tels que les réorganisations de services ou de processus, les transformations en MDA, le déploiement de la territorialisation ou des mutualisations accrues avec le conseil départemental.

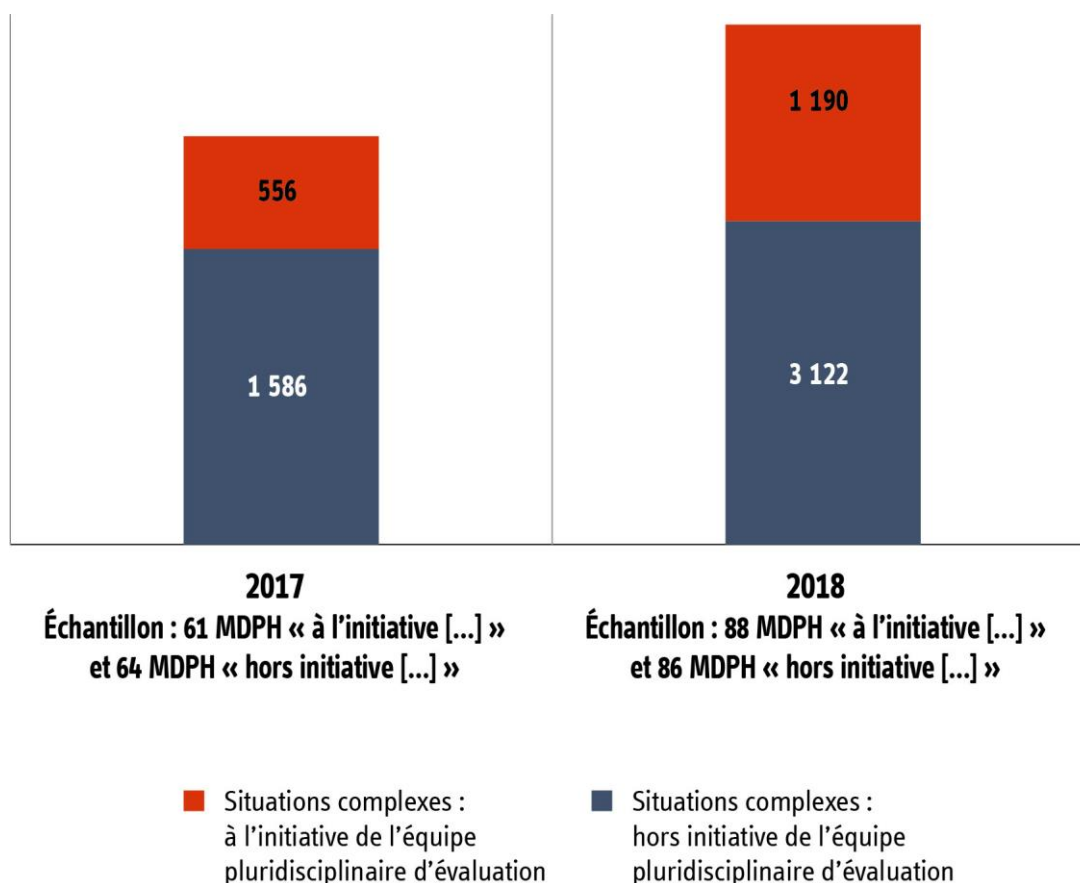
La réponse accompagnée pour tous s'est généralisée au 1^{er} janvier 2018

La généralisation du dispositif dans les MDPH a nécessité la mobilisation de ressources significatives. En premier lieu, des postes de référents ou de chargés de mission ainsi que des fonctions de supervision au niveau de l'encadrement ont été le plus souvent créés. Ces ressources sont assorties de la mise en place et de l'animation (création et animation) d'instances de gestion du dispositif, telles que des comités techniques de pilotage ou de suivi, une équipe pluridisciplinaire spécifique, une cellule dédiée, une cellule de veille. La mobilisation des équipes et des partenaires autour de la démarche a pu se traduire par des journées et par des supports d'information, des groupes de travail. Les MDPH ont travaillé à la mise en place de nouveaux outils et *process* liés au dispositif, tels que la « critérisation » des situations, des fiches de procédure, la co-construction d'outils avec les partenaires, l'élaboration d'une feuille de route.

La mise en œuvre de la démarche s'est faite de manière progressive, nécessitant dans certains territoires d'être poursuivie en 2019. Cette mise en œuvre opérationnelle s'est également traduite par une montée en puissance de l'activité du dispositif d'orientation permanent (DOP) afin d'accompagner les situations complexes, de rupture ou à risque de rupture de parcours. Dans de nombreuses situations, des réponses sont apportées aux usagers dans le cadre du DOP sans qu'un plan d'accompagnement global (PAG) soit signé. Le recours au PAG permet, lorsque c'est nécessaire, de sécuriser les réponses construites avec les partenaires dans un engagement formel. Le nombre de PAG signés est passé de 847 en 2017 (pour 72 MDPH ayant répondu) à 1 480 en 2018 (sur un échantillon de 98 MDPH). Ce chiffre est probablement sous-estimé du fait notamment de l'exploration des autres dispositifs avant l'entrée dans la démarche : les MDPH disent parfois chercher à en mobiliser d'autres avant d'inscrire une demande dans ce dispositif.

Le nombre déclaré de situations complexes traitées a doublé, passant de 2 152 en 2017, dont 566 à l'initiative de l'EPE et 1 586 hors initiative de l'EPE (échantillons de 61 et 64 MDPH), à 4 312 (pour 86 et 88 répondants), dont 1 190 à l'initiative de l'EPE et 3 122 hors initiative de l'EPE.

Nombre de situations complexes traitées en 2017 et en 2018 (y compris celles n'ayant pas abouti à la signature d'un PAG)



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

Les chantiers informatiques progressent

En 2018, la plupart des MDPH ont engagé le déploiement du chantier SI, à des rythmes différents en fonction de leurs moyens et de leur contexte organisationnel.

Le déploiement du SI MDPH palier 1 est en phase d'amorçage en 2018

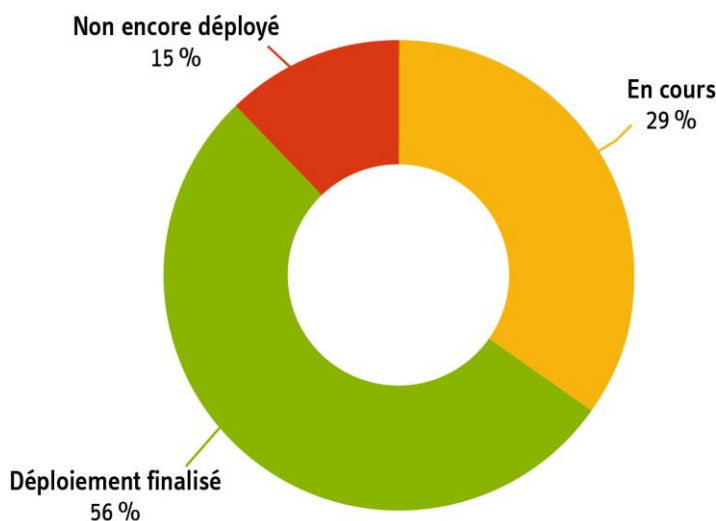
Cinq MDPH ont mis en service le système d'information harmonisé fin 2018. Il s'agit des MDPH pilotes : l'Ain (01), le Calvados (14), le Gers (32), le Nord (59), et la Seine-Maritime (76). Fin 2018, ce chantier est encore en phase de préparation pour une majorité de MDPH : 59 % d'entre elles signalent que le chantier est en cours contre 38 % qui déclarent ne l'avoir pas encore engagé.

La dématérialisation progresse lentement en 2018

En 2018, le chantier de dématérialisation est encore en cours de déploiement pour pratiquement le tiers des MDPH : 28 sur un échantillon de 97, soit 29 %. 54 MDPH, soit 56 %, ont finalisé la dématérialisation en 2018. Ce chantier semble progresser lentement puisqu'en 2017, ce taux se portait à 53 % avec 47 MDPH sur un échantillon de 88. 15 MDPH (15 %) déclarent n'avoir pas encore engagé ce chantier.

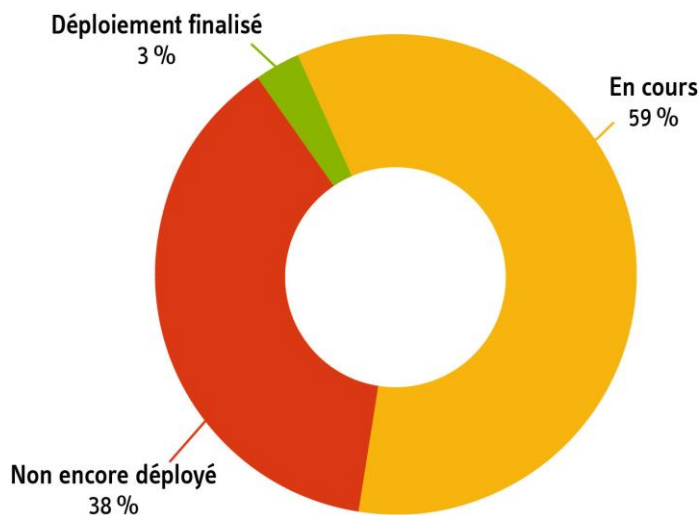
État d'avancement de la dématérialisation des documents

Échantillon : 97 MDPH



État du déploiement du SI MDPH (palier 1) au 31 décembre 2018

Échantillon : 98 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

3.2. Les MDPH les plus avancées témoignent des bénéfices apportés, tant en termes de qualité de service que de pratiques

Les premiers retours sur le déploiement des grands chantiers attestent des bénéfices constatés pour les usagers, mais aussi des difficultés rencontrées

Si peu de verbatims viennent étayer les impacts perçus du déploiement des grands chantiers, les quelques MDPH avancées sur ce déploiement identifient des **impacts positifs sur la qualité de service et sur le quotidien des usagers** :

- > l'amélioration des délais et la sécurisation de la délivrance des cartes (chantier CMI) ;
- > des effets leviers sur la résolution de situations complexes (démarche « Réponse accompagnée ») ;
- > un effet sur l'évolution positive de l'écosystème médico-social pour une meilleure réponse aux attentes et aux besoins exprimés par les personnes en situation de handicap (réponse accompagnée) ;
- > une tendance à la simplification des parcours et des démarches des usagers.

Plusieurs limites sont toutefois pointées :

- > des difficultés d'appropriation des démarches en ligne pour les publics éloignés du numérique et des *process* en cours de consolidation avec l'Imprimerie nationale, induisant des surcoûts pour les MDPH (CMI) ;
- > des limites techniques qui génèrent parfois des régressions d'usage dans un premier temps et un impact négatif sur les délais en phase de déploiement (SI harmonisé) ;
- > une complexité liée à la superposition de plusieurs dispositifs, qui ne favorise pas l'accès au droit ;
- > une limite liée au déficit d'offre ou à l'inégale implication des partenaires (réponse accompagnée).

De nombreuses MDPH constatent des effets positifs sur leur organisation

Les MDPH signalent également que **ces grands chantiers améliorent leur positionnement, leurs pratiques et leurs organisations** :

- > plusieurs MDPH ont saisi l'opportunité de ces grands chantiers pour retravailler leurs organisations par des réorganisations ou la formalisation des procédures ;
- > d'autres MDPH indiquent un effet positif des chantiers sur les pratiques professionnelles, avec un recentrage sur l'utilisateur et un effet d'harmonisation des pratiques ;
- > la transversalité entre les services semble en sortir renforcée ;
- > un renforcement et un renouvellement des partenariats ont également été constatés, avec là aussi un recentrage autour de l'utilisateur ;
- > enfin, plusieurs MDPH constatent que ces chantiers ont conforté leur repositionnement de prescripteur à assembleur, au carrefour des acteurs du handicap.

▮ Les effets positifs induits par la démarche « Réponse accompagnée » sur l'organisation, les pratiques professionnelles et le positionnement partenarial des MDPH

MDPH du Calvados (14)

« Le contexte de mise en œuvre du système d'information commun des MDPH est venu très fortement impacter l'activité de la MDPH cette année. L'ensemble des *process* et procédures liés aux grandes missions de la MDPH ont été revus. Dans le cadre de la démarche qualité, des procédures écrites ont été actualisées, voire réécrites. Des axes d'amélioration pour chaque pôle ont été définis pour les deux ans à venir. »

MDPH de Dordogne (24)

« Les grands chantiers nationaux impliquent une nouvelle façon de travailler avec les partenaires pour répondre à la nécessaire approche globale de la personne et le besoin de construire une réponse personnalisée. Ces évolutions sont porteuses de sens et ont suscité l'adhésion des professionnels de la MDPH, mais également de ses partenaires. »

MDA de la Loire (42)

« La démarche de la "réponse accompagnée pour tous" replace les MDPH au cœur de la gouvernance territoriale et au carrefour des politiques publiques. Les chantiers nationaux confèrent un rôle d'assembleur aux MDPH qui conduira à approfondir la mission de suivi des décisions et le partenariat avec les acteurs de terrain. »

MDPH des Pyrénées-Atlantiques (64)

« [ces grands chantiers] conduisent la MDPH et ses partenaires, grâce au guidage de la CNSA, à faire évoluer leurs pratiques et à se recentrer sur les besoins de l'utilisateur. »

MDPH de Seine-Maritime (76)

« [...] montée en compétences des agents sur l'ensemble des dispositifs pour apporter une réponse globale à l'ensemble des besoins. »

MDPH de Haute-Vienne (87)

« En Haute-Vienne, l'année 2018 s'est traduite par une forte implication de l'ensemble des agents de la MDPH afin de mener un travail de redéfinition des procédures et de réorganisation des services en vue de s'adapter aux nouvelles exigences posées par les évolutions nationales. »

Focus : un an de généralisation de la démarche « Réponse accompagnée pour tous » – éléments de bilan

Les bénéfices perçus par les MDPH pour les usagers, pour les cas critiques

- > le développement des coopérations entre partenaires et la mise en place d'un cadre dérogatoire ont contribué à construire des « solutions inédites et modulaires » pour des personnes se trouvant dans des situations critiques ou complexes ;
- > un impact sur l'évolution de l'offre, même s'il reste limité, est constaté avec une évolution vers des accompagnements plus inclusifs, plus souples, mieux adaptés aux besoins individuels des bénéficiaires ;
- > certaines MDPH constatent également que le dispositif d'orientation permanent permet de garantir l'implication de la personne, de ses représentants et la personnalisation de l'élaboration de la réponse.

Un dispositif qui conforte le positionnement de la MDPH au sein du réseau

- > plusieurs MDPH soulignent l'effet positif du déploiement de la démarche sur le développement des partenariats, ainsi que sur leur positionnement au sein du réseau des partenaires et vis-à-vis des usagers. Le DOP, le PAG, le travail engagé sur les pratiques d'admission et le droit au parcours des personnes en situation de handicap contribuent aujourd'hui à faire de la MDPH un ensemble de la construction des réponses individuelles : cela se traduit par une consultation plus régulière de la MDPH « par les ESMS et l'administration, sur les besoins de la population en matière d'orientation pour une organisation et transformation de l'offre » ;
- > d'autres y voient plutôt un risque que la MDPH apparaisse comme un acteur imposant la participation des partenaires – certaines craignent que cela les conduise à gérer seules les situations les plus difficiles – et regrettent que la MDPH ne puisse peser sur la priorisation des entrées dans les structures.

Une démarche qui se heurte à des difficultés

- > des situations sans solution persistent du fait de « l'obstacle souvent incontournable » que constituent l'insuffisance de l'offre en soin et en psychiatrie, la saturation des dispositifs existants et la carence de places, notamment en institut médico-éducatif (IME), en service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et en ITEP, pour les enfants ou les adolescents en particulier. Ainsi, dans certaines situations, le dispositif d'orientation permanent permet d'apporter des réponses, mais celles-ci ne répondent que partiellement et de manière non pérenne aux besoins des personnes ;
- > la logique de place est parfois difficile à dépasser et la transformation de l'offre sur les territoires reste un processus lent alors que le besoin de réponse est immédiat ;
- > le travail de partenariat et de co-construction avec certains organismes gestionnaires reste à développer dans une démarche d'évolution des pratiques, notamment pour ce qui concerne les pratiques d'admission et l'implication dans les groupes opérationnels de synthèse et les PAG.

Les leviers identifiés pour la réussite du dispositif

- > une forte mobilisation interne et des partenaires, une co-construction, un portage collectif avec les partenaires pour créer une dynamique et de la confiance ;
- > de la communication, de la pédagogie, de la sensibilisation, des formations, pour un accompagnement des professionnels aux changements de pratiques ;
- > un engagement sur les quatre axes en parallèle ;
- > la pérennisation des financements ;
- > une vigilance en équipe pluridisciplinaire pour identifier en amont les situations pour lesquelles l'orientation cible sera difficile à mettre en œuvre et travailler à des réponses alternatives ;
- > un engagement conjoint sanitaire/médico-social dans les DOP, fortement attendu par les ESMS pour intervenir en établissement et assurer les relais d'hospitalisation de répit ou en cas de crise ;
- > une intervention précoce et de la prévention pour éviter l'errance de soin ou les longs parcours auxquels sont confrontées les personnes avant de déposer un dossier MDPH ;
- > une appréciation fine des dossiers et un bon ciblage du dispositif pour délimiter les situations relevant plutôt d'un accompagnement social ou d'autres dispositifs ;
- > un cadre permettant aux personnes de s'impliquer dans la co-construction des réponses qui les concernent.

3.3. La mobilisation importante, indispensable pour porter ces chantiers, implique des efforts particuliers des équipes

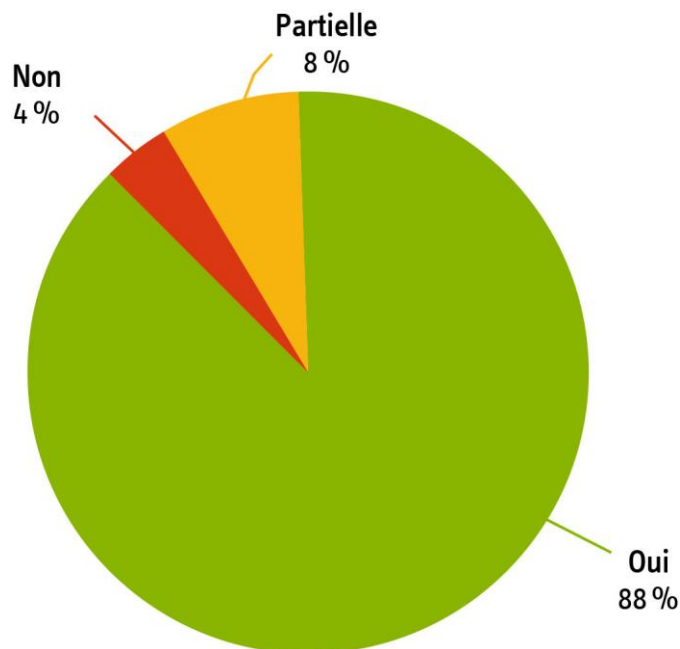
Le déploiement de ces grands chantiers nécessite la mobilisation de moyens supplémentaires significatifs afin d'absorber la charge de travail induite

Afin de permettre le déploiement des grands chantiers dans de bonnes conditions, des moyens supplémentaires ont été attribués en 2018 par la CNSA. Une enveloppe additionnelle de 60 000 euros a ainsi été attribuée à chacune des MDPH dans le cadre du concours de la CNSA à partir de 2018 pour la mise en œuvre de la démarche « Réponse accompagnée ».

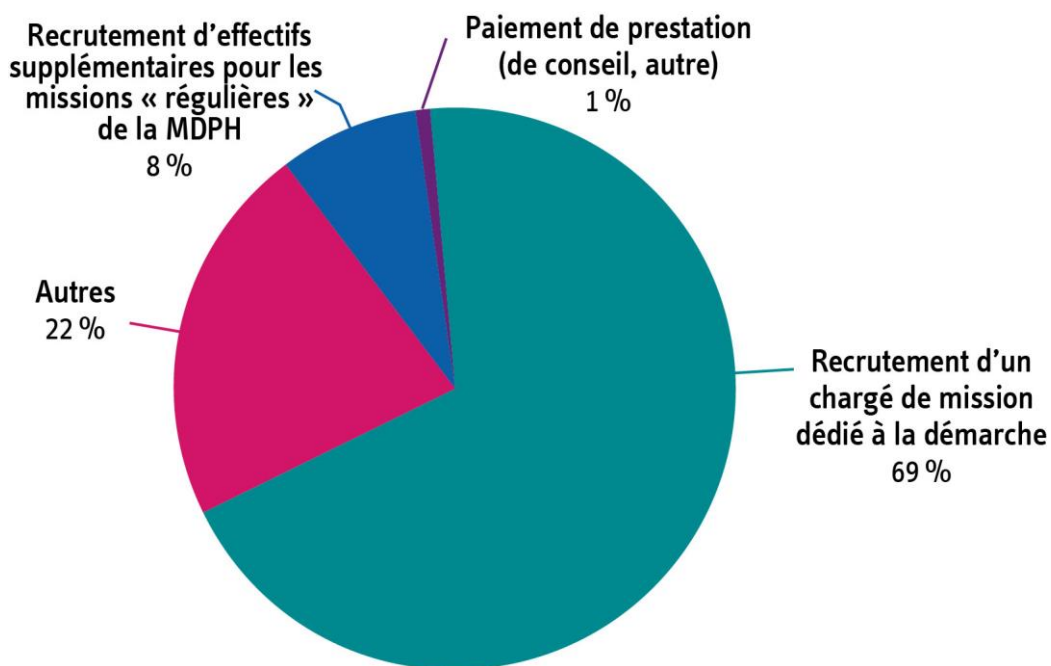
Le pilotage des chantiers a ainsi été renforcé : 64 MDPH ont recruté un chargé de mission dédié « Réponse accompagnée », 7 ont recruté des effectifs supplémentaires sur les missions MDPH, 1 MDPH a eu recours à des prestations (conseil ou autre) et 20 déclarent avoir fait autrement (personnel transversal réponse accompagnée/missions « régulières » de la MDPH, formations, organisation d'un colloque...).

Par ailleurs, 88 % des MDPH ont mis en place une équipe projet SI complète en 2018. 8 % d'entre elles ont mis en place partiellement une équipe projet, et 4 % ne l'ont pas encore fait.

Une équipe projet SI MDPH a-t-elle été mise en place ? Échantillon : 98 MDPH



Comment ont été utilisés les crédits de la CNSA dédiés à la réponse accompagnée ? Échantillon : 92 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

Ces moyens supplémentaires ont un effet levier sur la réussite des chantiers

Sur l'ensemble de ces chantiers, la présence de chefs de projet et/ou d'une gouvernance dédiée garantit de meilleurs résultats. De nombreuses MDPH attestent de **l'effet positif de ces renforts de moyens**. L'appui technique de la CNSA est également régulièrement cité et reconnu par les MDPH qui ont apprécié la disponibilité et l'accompagnement soutenu apporté.

📌 L'effet levier de moyens dédiés au pilotage des grands chantiers

MDPH du Lot (46)

« 2018 a été l'année de démarrage du projet réponse accompagnée pour tous qui a mobilisé les partenaires, mais qui mobilise également les agents de la MDPH. L'engagement de la CNSA à soutenir durablement les MDPH et rendre possible le recrutement d'un référent de projet d'accompagnement global a permis de "fixer" la mission du référent de PAG et de décrire ses relations fonctionnelles avec les autres membres de l'équipe. Pérenniser le dispositif d'orientation permanent est un signal positif qui a permis d'engager plus facilement le travail sur les autres axes. »

MPDH des Pyrénées-Atlantiques (64)

« Le rôle positif de la CNSA dans les grands chantiers mérite d'être souligné (en termes d'information/d'accompagnement), grâce à un souci d'accessibilité et de proximité. La recherche de l'harmonisation des termes utilisés (pour disposer d'un langage commun), du fonctionnement des MDPH (référentiel des missions), des systèmes d'information ne peut que favoriser l'émergence d'une véritable politique nationale du handicap. »

Ces chantiers génèrent néanmoins, pour une majorité des MDPH, une forte tension sur les moyens et l'activité

À l'issue de l'année 2018, la majorité des MDPH signalent des tensions sur les plans de charge du fait de la combinaison de plusieurs chantiers majeurs. En effet, nombre de MDPH témoignent du fait que **le pilotage de ces chantiers, particulièrement exigeant**, nécessite une mobilisation importante de ressources humaines pour assurer la conduite du projet, mais aussi son déploiement. Ces chantiers ont pu par ailleurs avoir un fort impact sur les organisations et sur les équipes (réorganisations, refontes de *process*). Ils ont nécessité des temps de travail dédiés en interne et avec les partenaires, un accompagnement soutenu des équipes (pédagogie, formation) et un investissement renforcé de l'encadrement. Enfin, une information spécifique des usagers a également souvent été nécessaire.

Trois grands chantiers ont eu un impact notable sur la charge de travail en MDPH :

- > le chantier portant sur le système d'information et la dématérialisation est décrit comme un long chantier assez lourd en phase de développement ;
- > le chantier « Réponse accompagnée », jugé très consommateur de ressources au bénéfice d'un nombre limité d'usagers ;
- > le chantier CMI nécessite toujours en 2018 un accompagnement important des usagers.

Il est apparu **difficile pour de nombreuses MDPH de conjuguer** ces différents chantiers nationaux ou internes, considérés comme incontournables et prioritaires. Ces chantiers se sont également cumulés avec l'activité récurrente des équipes et l'intégration des évolutions législatives et réglementaires. L'exercice de priorisation s'est avéré singulièrement complexe. Si certains ont pris le parti d'une priorisation des chantiers et de l'optimisation des calendriers en reportant certains projets, beaucoup ont cependant avancé sur plusieurs fronts en parallèle, au prix d'une mobilisation importante des équipes. De ce fait, certaines MDPH ont parfois signalé le risque de dégrader le service aux usagers.

📌 La difficulté à conjuguer grands chantiers et cœur de métier

MDPH de Haute-Savoie (74)

« Dans ce contexte, il n'a pas été possible d'avancer sur ViaTrajectoire. Les pistes d'amélioration retenues dans le cadre du RMQS n'ont pu être impulsées dans le calendrier défini par la feuille de route. Enfin, la MDPH n'a pu s'investir dans le déploiement du questionnaire de satisfaction des usagers. La principale difficulté rencontrée est de mener de front tous ces chantiers alors que la pression des demandes et des délais qui augmentent est toujours aussi forte et exige de conjuguer un traitement de masse et des réponses très individualisées aux usagers, et ce, à moyen constant. »

MDPH de Martinique (972)

« Le fait de mener plusieurs projets en parallèle et de manière continue est une vraie difficulté. La capacité d'adaptation des équipes et l'énergie déployée ont permis de surmonter les difficultés et freins rencontrés lors de la mise en place de ces projets. Mais cependant combien de temps encore ! »

Les MDPH alertent également sur les difficultés d'appropriation et les risques d'essoufflement induits pour les équipes compte tenu du rythme des chantiers

À l'issue de l'année 2018, de nombreuses MDPH signalent dans leurs rapports une **difficulté d'appropriation** par les équipes. En effet, alors que ces chantiers ont souvent un impact fort sur les pratiques et sur les organisations en place, le temps manque parfois pour assurer l'accompagnement nécessaire à une bonne appropriation par les agents.

Un certain nombre de MDPH signalent également des **risques psychosociaux et notamment des risques d'épuisement** au sein des équipes.

📌 Des difficultés d'appropriation par les agents, une alerte sur le risque d'épuisement des équipes

MDPH du Gard (30)

« Des difficultés liées à leur multitude. Toutefois, les chantiers les plus importants ont pu être mis en œuvre : CMI, MISPE [mise en situation professionnelle en établissement et service d'aide par le travail], réponse accompagnée. Des difficultés à présenter un sens commun ; ils sont plutôt perçus par les agents ou les membres de la COMEX comme des projets spécifiques. Beaucoup de temps passé à expliquer, présenter, solliciter les partenaires... et nécessitant des temps d'appropriation relativement longs. »

MDA de l'Isère (38)

« Les principes de la démarche “Réponse accompagnée pour tous” sont reconnus et validés par les travailleurs sociaux. Mais l'accompagnement nécessaire demande beaucoup plus de temps aux référents autonomie, d'où une demande générale d'augmentation des ETP et d'un séminaire de priorisation des missions. »

MDPH de Moselle (57)

« Les difficultés identifiées résident essentiellement dans l'appropriation nécessaire à toutes ces évolutions par l'ensemble des équipes. »

MDPH de la Nièvre (58)

« Ces chantiers nécessitent de la part de l'encadrement de préparer les agents à faire face aux changements qui se succèdent. Le caractère successif de ces chantiers nécessite une appropriation rapide dans un contexte de forte tension des équipes, que ce soit en interne ou avec l'aide du conseil départemental (service informatique). »

MDPH du Puy-de-Dôme (63)

« Changement de modèle qui requiert du temps et une forte mobilisation de l'ensemble des acteurs. Risque d'épuisement des partenaires. En interne MDPH, ces grands chantiers requièrent une mobilisation permanente des équipes dans un contexte d'activité déjà soutenu et de ressources contraintes. Là encore, risque d'épuisement notamment de la part de l'encadrement MDPH. »

MPDH de Guadeloupe (971)

« Harmoniser les pratiques entre MDPH est certes un projet colossal dont le besoin se fait ressentir, notamment pour les usagers changeant de département. Cela implique un engagement certain et une mobilisation de l'ensemble du personnel. Le personnel qui a été confronté à des changements s'interroge sur les impacts de tous ces chantiers mis en œuvre en même temps sur leur quotidien ; avec un risque de s'essouffler face à l'ampleur de la tâche. »

Une grande majorité des MDPH souligne la difficulté à mener ces différents chantiers en parallèle.

Les retours d'expérience des MDPH sur les opportunités et les leviers d'amélioration du service aux usagers, mais aussi sur l'expression des difficultés rencontrées ne sont pas sans lien avec la perception des grands chantiers. Ainsi, en 2018, quelques profils types se dégagent :

- > **quelques MDPH témoignent d'un réel enthousiasme** pour les grands chantiers, perçus comme une source de sens et une opportunité d'amélioration du service et des organisations allant dans le bon sens pour les usagers. Il s'agit principalement de MDPH disposant de moyens corrects ou d'une taille critique suffisante ;
- > **la grande majorité des MDPH témoigne d'une posture volontariste** vis-à-vis des grands chantiers. Partageant leur sens et leur nécessité, elles expriment néanmoins de nombreuses réserves sur le rythme des chantiers engagés. Elles constatent également des bénéfices mitigés, voire des effets dommageables sur les délais, la qualité de service, les équipes ;
- > **quelques MDPH semblent en décrochage** sur ces chantiers. Ce décrochage semble fortement lié au contexte local des structures, par exemple des situations financières critiques ou un manque de personnel pour des raisons diverses.

Compte tenu de ces difficultés, de nombreuses MDPH sollicitent un desserrement des calendriers des chantiers nationaux ou encore un appui en ingénierie pour les mener dans de meilleures conditions.

📌 Les leviers identifiés par les MDPH pour un meilleur pilotage des grands chantiers

MDA d'Eure-et-Loir (28)

« Une nouvelle organisation pour l'instruction et l'évaluation des demandes de CMI sera mise en place en 2019. Les demandes de CMI seront traitées par les agents instructeurs en prévision de la mise en place du SI harmonisé. »

MDPH de l'Orne (61)

« La demande est forte d'une coordination (d'une priorisation ?) des différentes politiques publiques. Difficultés : nécessité compte tenu de la rareté des ressources humaines et financières (notamment coût de l'outil de demandes en ligne) d'étaler dans le temps des différents projets. »

MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)

« Face à ces contraintes, la MDPH a choisi d'impliquer au maximum ses partenaires afin de coconstruire les évolutions des liens partenariaux. Cela passe par de nombreuses réunions et groupes de travail [...]. Une évolution de la gouvernance pour un partage renforcé des enjeux et des objectifs sera en 2019 de nature à consolider le partenariat et le sens de l'action. La poursuite au niveau national de la simplification de la réglementation liée aux droits pour les personnes handicapées, tout comme un appui déterminant pour construire la MDPH de demain, notamment par la généralisation d'un téléservice et l'automatisation des liens individuels avec la CAF, pourraient permettre aux MDPH de passer ce cap difficile de transformation. »

MDPH du Var (83)

« L'appui de la CNSA pour mettre en œuvre ces grands chantiers nationaux apparaît dès lors indispensable. [...] Aussi, afin que cette dynamique de modernisation soit une réussite, il est nécessaire que l'impact des chantiers nationaux pour les professionnels des MDPH soit pris en compte et que le rythme de déploiement des chantiers à venir soit mesuré. »

Focus sur le déploiement du SI palier 1 : un chantier qui ouvre des perspectives d'amélioration, mais apparaît assez perturbant en phase de déploiement

Les bénéfices espérés : efficience, cohérence du pilotage, optimisation des *process*

Fin 2018, il est encore trop tôt pour mesurer les gains du déploiement du palier 1 du SI harmonisé, alors même que les cinq MDPH pilotes n'ont pas entièrement finalisé ce chantier. Les gains espérés sont néanmoins formulés : à terme, les MDPH espèrent des gains d'efficience notables sur la fonction de pilotage. Par ailleurs, de nombreuses MDPH témoignent de l'intérêt du travail qu'elles ont accompli en accompagnement de chantier : formalisation et révision des *process* et des procédures, plans d'amélioration ; réorganisations nécessaires opérées à cette occasion...

Ce chantier a pu avoir un impact ou perturber de façon significative l'activité des MDPH en phase de déploiement

- > un chantier très mobilisateur et touchant aux outils de travail, pèse ou risque de peser sur les délais de traitement des dossiers ;
- > des difficultés techniques qui peuvent ralentir le chantier et avoir un impact sur l'activité (retards d'installations, incidents, relations avec les éditeurs) ;
- > des régressions sont parfois constatées par rapport aux outils et aux pratiques antérieures, qui nécessitent des développements informatiques ultérieurs pour être rattrapées ;
- > cet ensemble de projets, à calendrier contraint, peut être une source d'inquiétude pour les équipes (ViaTrajectoire, TC SI palier 2, demande en ligne, portail usager, RGPD...) ;
- > enfin, le chantier SI orientation a généré beaucoup de sollicitations par les établissements et services auprès de la MDPH, bien qu'il soit piloté par l'agence régionale de santé (ARS).

Les conditions de réussite identifiées par les MDPH pour faciliter la réussite du projet

- > un tri préalable des dossiers pour permettre leur numérisation ;
- > des outils stables ;
- > une programmation calendaire adaptée en regard de la charge de travail des équipes et du déploiement des autres outils SI liés ;
- > un accompagnement important des équipes, de la pédagogie sur les enjeux du projet ;
- > une association des équipes sur les évolutions du SI et ses incidences métiers, par exemple, sous la forme d'une concertation. La participation d'utilisateurs au groupe projet SI, qui se font des relais positifs auprès de leurs collègues, est également une option ;
- > une anticipation des conséquences organisationnelles pour un gain de temps ;
- > des moyens financiers complémentaires.

4. Le management, soutien des équipes fortement mobilisées

4.1. Le management : un levier pour mobiliser et soutenir les équipes

Dans un contexte de forte sollicitation, les directions renforcent le management, la participation des agents et la transversalité

Dans ce contexte de changements importants, les directions des MDPH sont nombreuses à avoir identifié l'enjeu du management pour assurer la conduite du changement auprès de leurs équipes. Ainsi, en 2018, 62 MDPH déclarent avoir engagé des travaux pour faire évoluer les modalités de management sur un échantillon de 94 contre 48 sur un échantillon de 78 MDPH en 2017. Cela se traduit dans les orientations managériales des MDPH qui déclarent notamment avoir adopté comme orientations :

- > le pilotage et l'organisation : **redéfinition ou clarification des rôles**, missions, responsabilités et du positionnement de chacun et notamment des encadrants ; développement du mode projet autour des grands projets et notamment du SI ;
- > la coordination, **la transversalité et le développement d'une culture commune**, notamment par la mise en place de réunions de service, de groupes de travail ou encore par le développement accru de la communication interne ;
- > **la co-construction et la participation des agents à la vie de la MDPH et aux chantiers** : par exemple, évolution des procédures et des métiers dans le cadre de la réorganisation de la MDPH ;
- > la poursuite des **démarches d'amélioration continue** consécutives au diagnostic du référentiel de missions et de qualité de service, notamment à l'appui du développement de l'analyse des pratiques pour leur harmonisation ;
- > **le renforcement des équipes**, grâce au recrutement ou à la montée en compétence des agents (formations, évolutions de postes...);
- > **l'amélioration des conditions de travail** des agents (aménagement des bureaux, travail sur la cohésion d'équipe, intégration des nouveaux, télétravail, mobilité interne, valorisation des agents et de leur expertise...);
- > **l'accompagnement des cadres** dans le management de leurs équipes et une implication de tous les niveaux de management, notamment pour assurer l'accompagnement au changement.

En dépit du renforcement du management, les MDPH soulignent plusieurs limites

Les principales difficultés évoquées dans les rapports d'activité concernant la mise en œuvre de ces orientations sont :

- > **Le manque de temps et de moyens**, notamment humains, pour mener de front l'activité cœur de métier de la MDPH (accueil, instruction, évaluation... des demandes) et déployer des projets de transformation. Les MDPH ont parfois souligné le stress induit par la charge de travail supplémentaire et aggravé par les vacances de poste, l'absentéisme, l'absence de moyens pour le remplacement des arrêts de travail ou encore les difficultés de recrutement ;
- > les difficultés liées aux **nombreux changements organisationnels et réglementaires** à l'œuvre : incertitudes sur les évolutions à venir, perte de repères par rapport aux précédents processus, difficultés d'appropriation des nouveaux *process* ou des nouvelles réglementations. Si le temps a souvent permis de dépasser ces difficultés, les changements d'habitude ont tout de même impliqué sur le moment une mobilisation accrue ;
- > **la difficulté à changer la culture** managériale et professionnelle pour aller vers une culture commune, développer la confiance et les méthodes du mode projet, le questionnement des pratiques.

Dans ce contexte, les difficultés issues des différences de traitement entre agents employés par la MDPH et fonctionnaires détachés des différentes administrations ont été perçues comme exacerbées.

📌 Les difficultés des MDPH à conduire les transformations avec des moyens en tension

MDA de l'Allier (03)

« Ces changements d'organisation ont généré de fortes incertitudes pour les agents et une perte de repères, y compris sur les modes de fonctionnement. »

MDPH de l'Aude (11)

« Les difficultés rencontrées particulièrement celles de la résistance au changement qui cependant s'atténue à mesure que les résultats apparaissent (baisse de la file active, amélioration remarquable des délais de traitement, disponibilité de la formation, de la relation à l'utilisateur et des partenariats). »

MDPH de Vaucluse (84)

« [Parmi les difficultés], le foisonnement des actualités, des partenaires, des réformes avec en parallèle une réorganisation interne en vue d'un rapprochement avec le département et la mise en place du SI harmonisé. La difficulté à trouver le bon positionnement entre une évaluation qui doit être efficiente en raison du nombre de demandes à traiter et la nécessité d'améliorer l'aide apportée et le suivi en déployant notamment la réponse accompagnée qui mobilise sur un temps conséquent un nombre important de personnes autour d'un petit nombre de situations complexes. Situation de surcharge de travail et de dossiers à traiter qui permet rarement de trouver le temps de se poser autour de situations particulières. »

MDPH des Hauts-de-Seine (92)

« Volume d'activité élevé générant du stress pour les agents et libérant peu de temps dédié au management. Conduite du changement importante avec trois nouveaux outils structurants pour l'activité déployés en 2018 (nouvelle GRC, nouvelle GED et ViaTrajectoire). »

Face à ces difficultés, les directions des MDPH misent sur un accompagnement renforcé des équipes et appellent au développement des moyens

Pour faire face à ces difficultés, les directions des MDPH mobilisent des leviers divers, parmi lesquels :

- > le renforcement de l'**accompagnement au changement**, notamment par la formation des encadrants, l'implication et la participation des agents à travers des groupes de travail pour leur permettre d'être acteurs du changement, ou encore l'information et la valorisation des gains ;
- > le maintien ou la mise en place de **temps d'échanges** de façon à instaurer de la transparence, à partager le bilan et les objectifs, à donner aux agents et aux partenaires une vision d'ensemble ; ces temps d'échanges peuvent être réguliers ou prendre des formes plus exceptionnelles (séminaires...);
- > **un management renforcé** *via* une présence accrue auprès des équipes, des déplacements sur le terrain, le renforcement du collectif de direction, du management de proximité ou de l'encadrement intermédiaire. Ce renforcement du management s'est aussi traduit par un accompagnement renforcé des encadrants, à travers par exemple des temps d'échanges dédiés aux pratiques managériales, de la formation, un accompagnement des prises de poste, la mise en place de référentiels managériaux, le repositionnement de certains postes en lien avec les projets ou les réorganisations ;
- > l'accompagnement des agents dans la **montée en compétence** nécessaire par des actions de formation et, de plus en plus, par des échanges de pratiques ;
- > des démarches centrées sur le **bien-être au travail**, l'écoute ou l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux, avec par exemple l'accès à une cellule d'écoute psychologique ;
- > **l'automatisation des tâches** et l'optimisation ou **la simplification des procédures** pour gagner du temps, en appui sur le déploiement du SI ; le recours au mode projet pour plus d'efficacité sur les projets ;
- > **la mobilisation d'appuis des départements**, notamment les fonctions support, dont les ressources humaines ou le recours à des compétences spécifiques sur l'organisation, le pilotage pour renforcer les évolutions de pratiques, améliorer le recrutement ou mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Par ailleurs, plusieurs MDPH ont souligné l'importance de pouvoir disposer de **plus de moyens** humains ou encore d'obtenir des délais pour les chantiers.

📌 L'accent est mis sur l'appui au management et sur la prévention des risques psychosociaux

MDA de Loir-et-Cher (41)

« L'organisation a été entièrement repensée afin de changer notamment les pratiques professionnelles et managériales, 26 mobilités internes ont eu lieu lors de la réorganisation. Des managers et agents explorent désormais de nouveaux champs de compétences et des recrutements externes de professionnels (cadre de santé de l'hôpital notamment sur des postes stratégiques) lors de départ d'agents. Il y a eu une organisation spatiale pour mixer et mélanger les professionnels : création de mini EP [équipe pluridisciplinaire] par bureau pour que les professionnels se parlent et qu'il n'y ait plus d'ascendant professionnel. »

MDPH de Seine-et-Marne (77)

« [La] direction de la MDPH a souhaité s'engager au second semestre 2018 dans une action pour prévenir les RPS, risques psychosociaux. Pour cela, elle s'est fait accompagner par un prestataire pour mettre en place une démarche de qualité de vie au travail. »

MDPH de Tarn-et-Garonne (82)

« Le fait d'avoir positionné des agents sur la base du volontariat, en qualité de chef de projet sur les dispositifs en cours en lien direct avec la direction MDPH a permis de susciter des vocations. Cette démarche est à la fois valorisante et remotivante. Elle est vécue comme une promotion personnelle et professionnelle et permet d'ouvrir un champ de compétences plus large pour les agents. »

MDPH du Val-de-Marne (94)

« Comme il n'est pas possible de décaler des projets pour les conduire les uns après les autres comme il le faudrait pour que le changement se fasse sereinement, le seul levier restant est de renforcer les équipes afin de pallier le ralentissement d'activité induit par le trop-plein de changements et de proposer des groupes de parole sur le changement aux cadres et aux non-cadres, ce qui a été fait fin 2018 avec l'appui d'un cabinet, et *via* des échanges de pratiques internes entre encadrants. Un échange direct entre la direction et les agents volontaires a aussi été proposé sur le thème de la bienveillance. »

4.2. Le développement des compétences des agents s'appuie sur la formation et sur un renforcement des échanges portant sur les bonnes pratiques

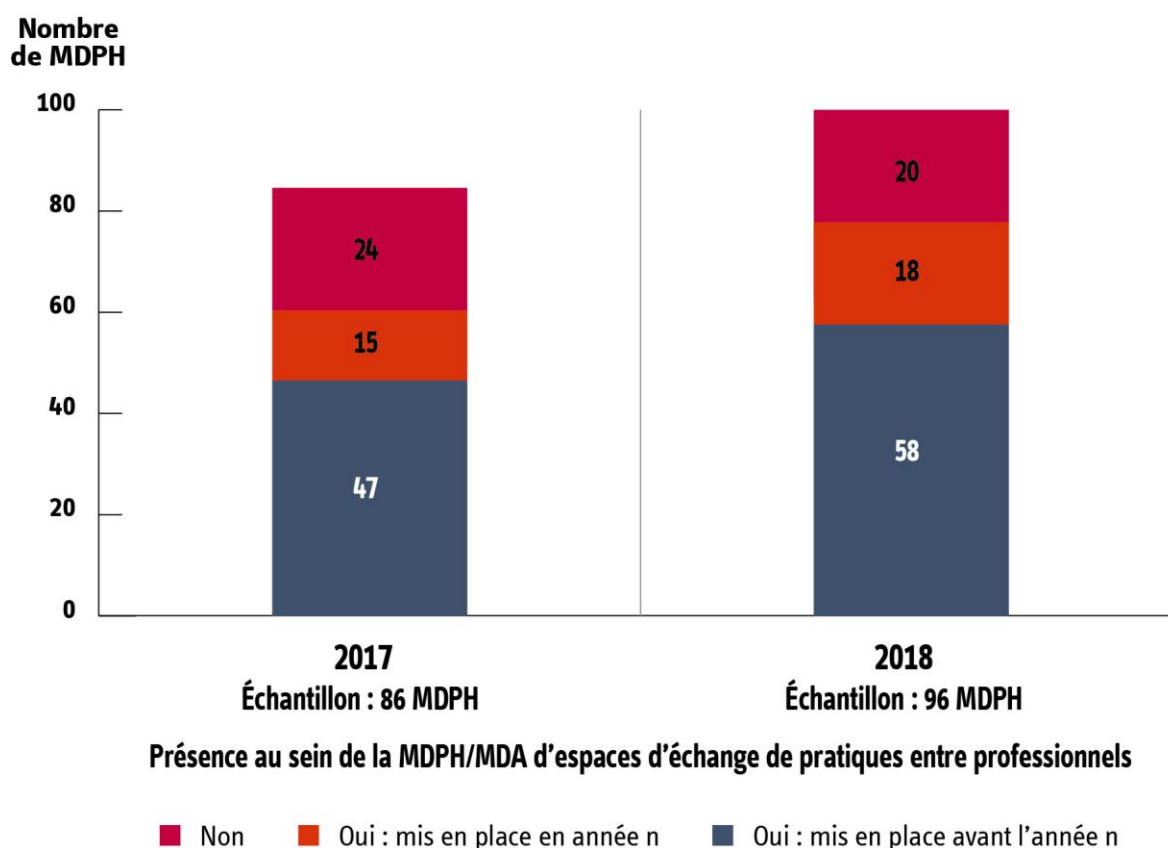
Dans ce contexte de forte évolution réglementaire, des organisations et des pratiques, les plans de formation constituent des leviers pour l'accompagnement au changement.

Les résultats de l'enquête « Ma MDPH, mon avis » de 2018 montrent également l'enjeu de la formation des agents pour la qualité de service. Ainsi, parmi les motifs d'insatisfaction exprimés par les répondants, la question de la formation des agents est évoquée par plusieurs usagers. De nombreux usagers regrettent une méconnaissance des différents types de handicaps, et en particulier de l'autisme (45 occurrences).

Cet enjeu de formation continue est fortement investi par les MDPH en 2018, sans que l'écart entre échantillon permette de conclure nettement à une progression. Ainsi, sur 96 MDPH, 58 ont déjà mis en place des espaces d'échanges de pratiques entre professionnels, 18 le font en 2018.

Les formats et les prestataires sont variés : accès aux formations du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) ou au plan de formation du conseil départemental, journées de sensibilisation, journées thématiques, séances d'information sur les nouveaux dispositifs.

Pratiques de management et RH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017 et 2018.

Les thématiques abordées sont très diverses et témoignent de l'importance des changements engagés et des besoins d'accompagnement en termes d'évolution des compétences. Selon leurs thèmes, ces formations peuvent s'adresser à tous les agents ou être plus ciblées : agents administratifs, cadres, médecins, évaluateurs...

Type de formation	Contenu des formations
Formations générales	Bases du travail administratif (rédaction...) Outils bureautiques Accueil physique et téléphonique Évaluation participative Préparation aux concours de la fonction publique territoriale
Formations liées à la connaissance du handicap	Formation généraliste sur les personnes vulnérables, l'invalidité Formation aux différentes formes de handicap et aux accompagnements nécessaires Accueil des personnes en situation de handicap psychique, de déficience auditive Troubles psychiques Troubles du spectre autistique Troubles de l'apprentissage Troubles Dys Déficience sensorielle
Formations au droit du handicap et de la perte d'autonomie	Formations aux aides et dispositifs pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées : PCH, AEEH, droits et évaluation, au guide-barème pour les évaluateurs, vulnérabilité et protection juridique des majeurs ; scolarisation des enfants en situation de handicap ; insertion professionnelle ; logement et autonomie ; handicap et accompagnement social Formations aux droits de publics spécifiques : droits des étrangers Secret professionnel Contentieux de l'incapacité
Formations liées aux évolutions réglementaires	Sensibilisation aux enjeux de RGPD, <i>open data</i> , propriété intellectuelle Réponse accompagnée pour tous, nouveau formulaire Information sur les nouveaux dispositifs : PCPE ¹ , UEMA ² , emploi accompagné, MISPE, hébergement inclusif...
Formations liées aux projets SI	Dématérialisation Gestion de la relation client (GRC) Maîtrise des nouveaux outils numériques (ViaTrajectoire, <i>business object</i> – BO, IODAS)
Formations managériales et de gestion ou de sécurité et santé au travail	Management ; <i>lean management</i> Efficacité professionnelle et développement personnel Techniques de concertation ; innovation ; design de service Mode projet ; modélisation de processus Procédure disciplinaire Règles d'élaboration et exécution du budget Marchés publics Hygiène et sécurité ; santé au travail ; incendie ; premiers secours

¹ Pôle de compétences et de prestations externalisées.

² Unité d'enseignement en maternelle autisme.

4.3. Le pilotage des partenariats, central pour la mise en œuvre des missions, reste une priorité

Comme les années précédentes, la dynamique partenariale est jugée forte, mais inégale selon les partenaires

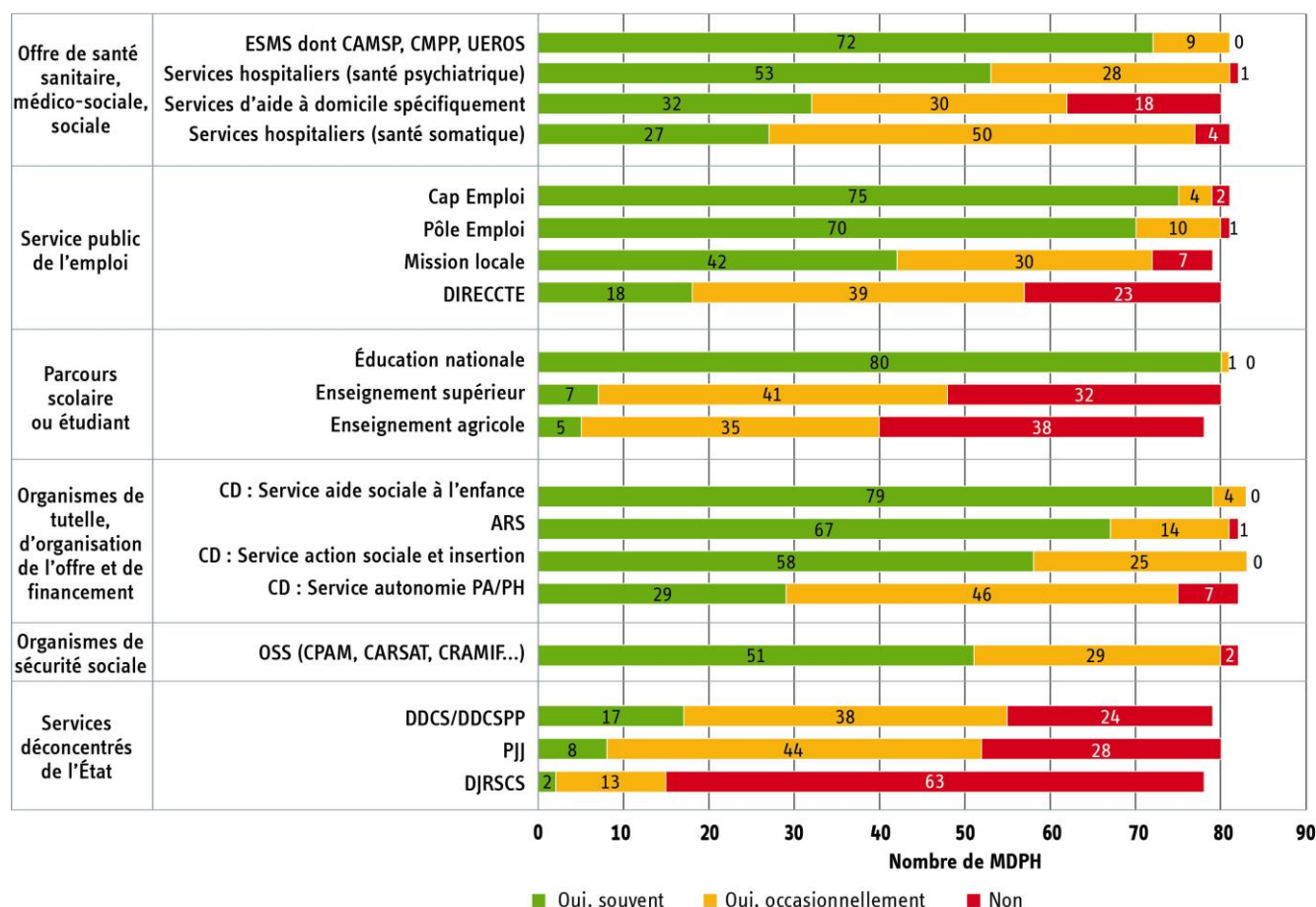
Centrale pour l'accomplissement des missions des MDPH, la mobilisation des partenariats reste une priorité en 2018, comme les années précédentes. La majorité des MDPH estiment que la dynamique partenariale est forte pour 71 MDPH ou moyennement forte pour 22 MDPH. Seules 2 MDPH indiquent qu'elle est faible.

Les partenaires avec lesquels les MDPH sont le plus fréquemment en contact sont les suivants :

- > dans le domaine médico-social : les ESMS, l'ARS, les centres hospitaliers spécialisés et, plus occasionnellement, les services d'aide à domicile et les services hospitaliers non spécialisés ;
- > dans le domaine de l'emploi : Cap Emploi, Pôle Emploi, les services d'insertion et, plus occasionnellement, les missions locales et la DIRECCTE ;
- > dans le domaine de l'enfance : l'Éducation nationale et les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) et occasionnellement les services d'enseignement supérieur ou agricole ;
- > les services d'aide sociale et les organismes de protection sociale tels que la CAF, la CPAM, les caisses de retraite...

Fréquence de mobilisation des acteurs dans le cadre de partenariats

Échantillon : entre 79 et 83 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

Au-delà des statistiques globales, les MDPH témoignent de niveaux de partenariats inégaux selon les organismes. De nombreuses MDPH saluent la qualité des partenariats avec leurs partenaires de longue date, notamment avec l'Éducation nationale ou Cap Emploi et Pôle Emploi. À l'inverse, ponctuellement, de moindres relations, des tensions sont parfois signalées avec certains partenaires, de façon très variable selon les territoires.

La démarche « Réponse accompagnée » est parfois signalée comme un levier pour le développement des partenariats, mais elle peut également générer des tensions autour du traitement de situations complexes.

Les partenariats : des leviers pour l'accès au droit des usagers et pour la qualité de service

Les avantages d'une bonne dynamique partenariale sont partagés par les MDPH et soulignés dans leurs rapports. Le premier avantage évoqué concerne les usagers : les partenariats permettent une meilleure gestion des situations individuelles facilitant la recherche de solutions et une meilleure réponse aux attentes des usagers, un meilleur accès à l'information pour l'accès aux droits des usagers. Les MDPH observent également une plus grande proximité entre professionnels de la MDPH, des partenaires institutionnels ou d'établissements, qui permet de lever certains blocages, une meilleure adhésion aux changements engagés et la facilitation du portage conjoint de projets structurants. Enfin, les partenariats favorisent une meilleure connaissance de l'offre. Ils permettent également de porter des projets innovants d'études et de développement de l'offre.

Le renforcement des partenariats est un enjeu fort ; c'est pourquoi certaines MDPH y consacrent des moyens spécifiques (chargé de mission, référent) et en font parfois une priorité de leur plan d'action.

Les partenariats sont mobilisés pour de nombreuses fonctions partagées – accueil, information et évaluation – et pour une coordination renforcée autour de l'utilisateur

En 2018 comme les années précédentes, les partenariats permettent de renforcer plusieurs missions des MDPH, en priorité l'évaluation à travers la participation aux équipes pluridisciplinaires, mais également l'accueil et l'information. Le déploiement de la réponse accompagnée a pu induire un renforcement des partenariats autour de l'accompagnement des usagers ou de l'amélioration de l'offre.

Les relations partenariales sont animées de différentes façons, plus ou moins formelles. Les MDPH indiquent d'abord de nombreux échanges informels (*mails*, appels...) ayant pour but la coordination autour d'un parcours, d'un usager, des échanges de données telles que des *listings*.

De nombreuses réunions sont également citées, qu'elles soient régulières ou ponctuelles, avec pour objet un partage d'information sur les nouveaux chantiers, les évolutions réglementaires, l'activité de chacun ou encore pour l'examen des situations critiques. Des instances de régulation partenariale peuvent exister autour des admissions par exemple, dans le cadre de la réponse accompagnée.

Des rencontres sur site, voire des journées portes ouvertes sont fréquemment citées par les MDPH, de façon à mieux connaître le terrain et à favoriser la connaissance mutuelle.

Les MDPH croisent également leurs partenaires dans le cadre de nombreux espaces de travail commun. Il peut s'agir d'instances communes de type comités techniques ou comités de pilotage pour la refonte d'un processus, la construction d'outils d'évaluation ou de campagnes d'information communes, le déploiement de nouveaux outils. Il peut également s'agir de travaux des partenaires comme les départements ou l'État pour l'élaboration de schémas, le déploiement de projets innovants, la refonte de la tarification ou divers exercices de contractualisation. Enfin, les événements de type salon pour l'emploi, rencontres des enseignants référents sont également autant d'occasions de travailler ensemble.

Le conventionnement : un outil inégalement mobilisé

Si le conventionnement est recommandé comme une bonne pratique, il n'est pas perçu comme le seul outil par les MDPH. Nombre d'entre elles attestent en effet dans les rapports 2018 de la qualité des partenariats, par exemple avec les acteurs de l'emploi, avec une bonne implication et des relations fluides, en dehors de toute formalisation.

3 Les MDPH restent fortement mobilisées pour améliorer la qualité de service

1. Les MDPH poursuivent leurs efforts d'amélioration continue pour assurer la qualité de service et la satisfaction des usagers

1.1. Les démarches qualité, en progression, favorisent l'amélioration du service rendu en lien avec la mesure de la satisfaction des usagers

Les outils de démarche qualité, largement déployés, restent inégalement utilisés

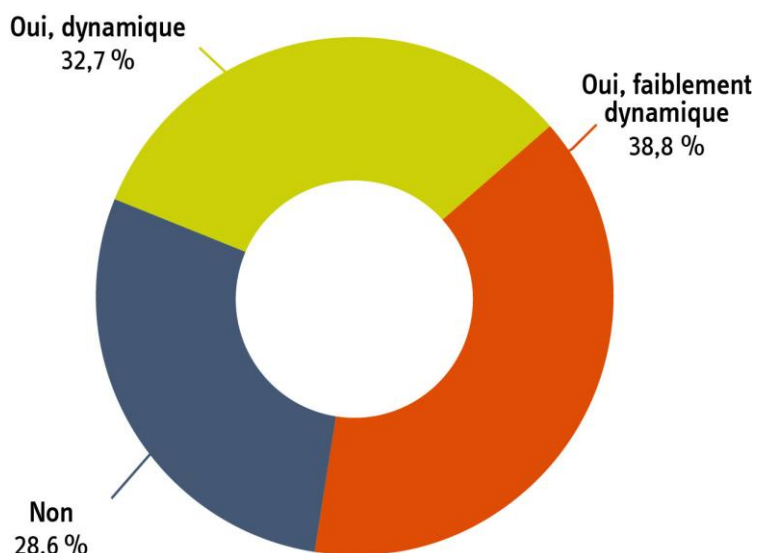
En 2017, seules 18 MDPH avaient déclaré disposer d'une démarche qualité avant le déploiement du référentiel de mission et qualité de service des MDPH (RMQS), et 51 MDPH déclaraient avoir réalisé une feuille de route ou une trajectoire d'amélioration de la qualité. Cette proportion est en nette progression en 2018, puisque :

- > 70 MDPH, soit 71 % de l'échantillon, déclarent s'être dotées d'une démarche qualité ;
- > 79 MDPH, soit 88 % de l'échantillon, déclarent être dotées d'une feuille de route d'amélioration de la qualité.

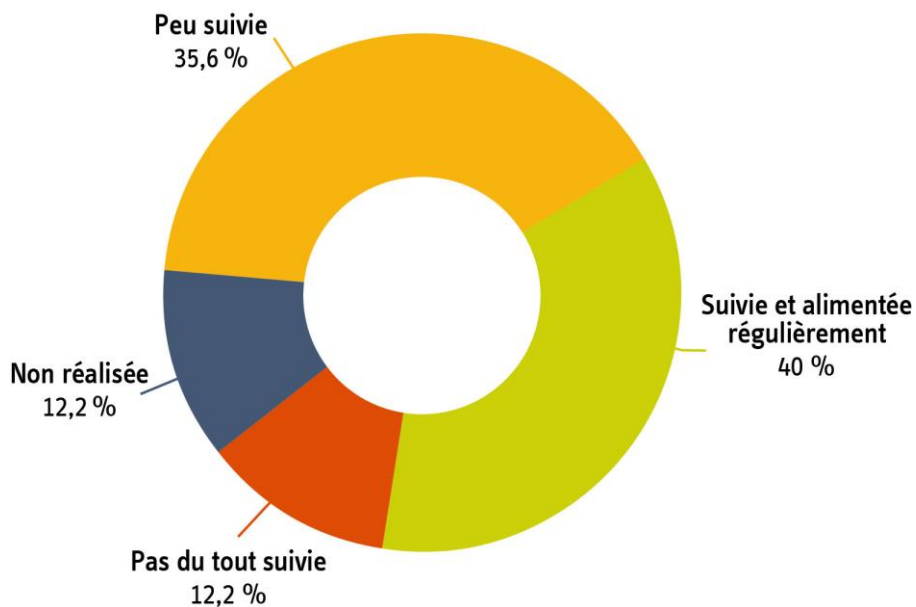
Cependant, seules 32 MDPH (33 % de l'échantillon), soit environ la moitié des MDPH qui en disposent, ont confirmé animer la démarche qualité de façon dynamique. Cet écart est constaté en particulier pour ce qui concerne l'utilisation de la feuille de route RMQS. Si 79 MDPH l'ont réalisée, seules 36 d'entre elles ont déclaré la suivre et l'alimenter régulièrement.

Cet écart atteste de la difficulté à intégrer dans les pratiques quotidiennes la culture du management de la qualité, même une fois que les outils sont élaborés.

Existence d'une démarche qualité Échantillon : 98 MDPH



État de la feuille de route RMQS Échantillon : 90 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

Les axes de progression travaillés ont porté sur l'ensemble du processus

Parmi les principaux éléments de diagnostic, objectifs fixés et premières actions réalisées dans le cadre des démarches qualité et des feuilles de route, on retrouve les principaux objectifs d'amélioration portés par le RMQS ou les grands chantiers nationaux.

Mission	Principaux objectifs d'amélioration mentionnés
Mission 1 info/com	Mise en place de plans de communication/feuilles de route sur la communication Amélioration, actualisation, développement des outils d'info/com et de leur diffusion (plaquettes, guides, événements, campagnes...) Développement ou refonte des outils numériques : sites web, boîtes <i>mail</i> dédiées, téléservices, portails de service Adaptation des supports aux différents handicaps Développement ou réorganisation des moyens dédiés (recrutements)
Mission 2 accueil	Réaménagement des lieux et des postes d'accueil, territorialisation Réorganisation des services d'accueil (niveaux différenciés d'accueil), actualisation des procédures, renforcement des moyens à l'accueil, dissociation des types d'accueil, mise en place de plateformes téléphoniques et numériques, formation des agents d'accueil, intégration des évolutions (par exemple, le nouveau formulaire de demande).
Mission 3 instruction/évaluation	Révision ou actualisation des procédures pour simplification des circuits ou harmonisation des pratiques, réduction des délais Formation des instructeurs et des évaluateurs Mise en place de cellules spécifiques, travail sur la complémentarité entre instructeurs et EPE ; mise en place du nouveau formulaire de demande
Mission 4 décisions	Formation des membres de la CDAPH, utilisation des guides Amélioration des notifications et de l'information sur les décisions Amélioration de la cohérence des décisions (partage des jurisprudences, contrôles...); accueil des usagers en audience amélioré
Mission 5 recours	Ajustement des procédures aux nouvelles dispositions sur le recours Organisation de circuits spécifiques pour le traitement des recours Renforcement et actualisation de l'information des usagers sur les recours Meilleur suivi et analyse des recours, médiations et conciliations
Mission 6 suivi décision	Renforcement des moyens dédiés, développement des outils SI Mobilisation des partenariats, amélioration des <i>process</i> de suivi Renforcement du suivi des besoins et de l'accompagnement individuel

**Pour plus de détail, voir les sous-parties dédiées par mission dans la partie 4 :
Les MDPH restent fortement mobilisées pour améliorer la qualité de service*

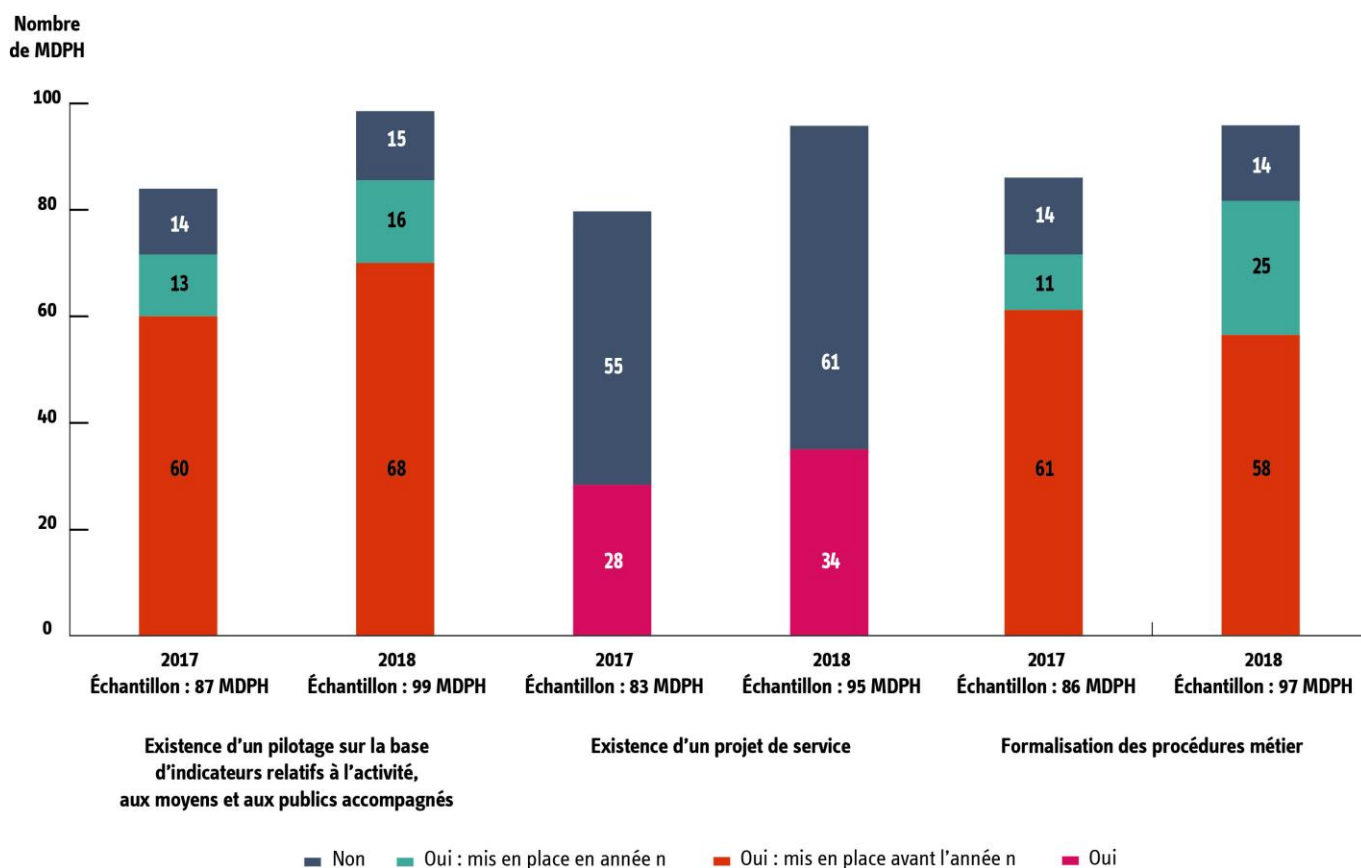
1.2. Les dispositifs de pilotage qui sous-tendent les démarches qualité sont vus comme mobilisateurs lorsqu'ils sont animés de façon régulière

Si le déploiement d'outils de pilotage et la formalisation des processus sont assez fréquents, les projets de service restent peu répandus

Compte tenu des écarts d'échantillon, il est difficile de dire si les dispositifs de pilotage ont réellement progressé entre 2017 et 2018, même si les chiffres en valeur absolue semblent en témoigner. Parmi les MDPH ayant répondu à la question :

- > 84 MDPH ont déclaré disposer d'un dispositif de pilotage basé sur des indicateurs relatifs à l'activité, aux moyens et aux publics, contre 73 en 2017, mais sur un échantillon réduit ;
- > 34 MDPH, soit 36 % de l'échantillon, ont déclaré disposer d'un projet de service, une proportion relativement similaire à celle de 2017 ;
- > 83 MDPH (86 % de l'échantillon) ont déclaré avoir formalisé leurs procédures métier contre 72 (84 % de l'échantillon) en 2017.

État de déploiement des dispositifs de pilotage



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017 et 2018.

Parmi les **principaux dispositifs de pilotage utilisés**, les rapports 2018 mentionnent :

- > le suivi d'indicateurs relatifs à l'activité (délais, demandes déposées, nombre d'appels reçus, de personnes accueillies, de dossiers traités, décisions, accords, rejets...), aux situations et aux publics suivis, aux portefeuilles de dossiers ou aux moyens RH et financiers. Ce suivi se fait à un rythme hebdomadaire, mensuel ou annuel selon le type de données. Le choix des indicateurs suivis et leur fréquence est assez variable selon les MDPH ;
- > l'exploitation de ces indicateurs sous forme de tableaux de bord, *via* des requêtes *business object* (BO), Excel ou directement sur les logiciels métiers des MDPH (SOLIS, IODAS, GENESIS) ou au moyen de ViaTrajectoire. Certaines MDPH font ponctuellement des tableaux de bord thématiques en fonction des enjeux du moment (ex. : focus sur la scolarisation à l'approche de la rentrée) ;
- > De façon plus ponctuelle, la production de listes de gestion ou de dossiers, pour les missions d'instruction ou d'évaluation notamment, par exemple des listes de contrôle pour le repérage des anomalies.

La mise en place d'analyses prospectives, d'analyses d'impact métier ou de changements organisationnels est parfois formalisée ou envisagée.

Les outils et dispositifs de pilotage sont jugés utiles, à condition d'être activés de façon régulière

Les MDPH sont nombreuses à attester de l'**intérêt de ces outils de suivi**, qui leur permettent selon les indicateurs et la fréquence du suivi de :

- > repérer les dysfonctionnements, les points de blocage, tels que des retards qui s'accumulent ;
- > mieux prioriser les dossiers ;
- > répartir ou réajuster la charge de travail en fonction des demandes et des moyens ;
- > anticiper les risques de rupture de droits pour certains usagers ;
- > permettre une meilleure visibilité sur l'activité pour l'encadrement et pour les équipes ;
- > mettre en place des actions correctives en temps réel.

Ce suivi demande néanmoins une importante mobilisation pour s'assurer de disposer d'une donnée fiable et pour l'exploiter et des moyens humains et des outils adéquats. Ainsi, plusieurs MDPH pointent en 2018 les limites de la démarche et le besoin d'améliorer la qualité de la donnée, le choix des indicateurs, les outils ou les moyens dédiés de façon à la rendre plus pertinente.

Les MDPH sont également nombreuses à attester de l'importance d'une animation autour des indicateurs et des tableaux de bord pour que la démarche soit utile et appropriée par tous. Ainsi, la plupart des MDPH qui animent ces dispositifs mentionnent des revues de gestion mensuelles, voire des points d'activité hebdomadaires des équipes dédiées au pilotage, avec lecture et analyse partagées, ainsi qu'une présentation régulière au comité de direction. Certaines mentionnent l'enjeu de la formation des encadrants et de l'accompagnement au changement autour de ces démarches.

Malgré cet intérêt, un certain nombre de MDPH pointe néanmoins la difficulté à assurer cette fonction de pilotage dans un contexte de tension sur les moyens et de multiplicité des chantiers.

📌 Focus sur l'intérêt et les limites des dispositifs de pilotage pour les MDPH

MDPH de l'Aisne (02)

« Une véritable culture du pilotage par indicateurs est en train de se développer. Au-delà de leur utilité en termes d'observation, de conduite de projet, de diagnostic, de prospective et d'aide à la décision, ce mode de pilotage a également pour intérêt de mobiliser les équipes en partageant une information en transparence, et de les accompagner dans une période de forte activité et de mise en place de nombreux chantiers. Les équipes ont besoin de visibilité et de compréhension ; la co-construction et le partage d'indicateurs fait partie du management des équipes et permet de donner du sens. [...] Ce pilotage conditionne aussi la relation aux partenaires, qui demeure essentielle quand les missions des MDPH évoluent dans l'accompagnement des usagers dans leur parcours et que le rôle d'assembleur des MDPH est de plus en plus soutenu, avec la réponse accompagnée ou encore le suivi des décisions. »

MDPH des Côtes-d'Armor (22)

« Le pilotage est difficile face à la multiplicité des chantiers lancés, dans des calendriers pas toujours compatibles. La marge de manœuvre pour gérer son organisation est étroite face aux contraintes posées par les interlocuteurs en position d'exigence, chacun face à ses propres obligations. »

MDA du Loiret (45)

« Différents tableaux de bord, sous format Excel ainsi que des requêtes permettent de suivre régulièrement l'activité. Ils sont actualisés et partagés avec l'équipe de direction, dans le respect des préconisations de la CNIL. »

MDA de la Manche (50)

« Les indicateurs de pilotage demandés au niveau national (enquêtes annuelles PCH ; AAH ; FDC et suivi de l'activité de la MDPH) permettent de disposer d'outils d'observation, de suivi et d'analyse de l'activité, permettant d'arbitrer les choix de pilotage de la direction. Un certain nombre d'indicateurs ont également été créés cette année, à la fois pour disposer de données fiabilisées sur les droits et prestations gérées, mais également pour suivre l'activité des services de la MDA et mieux l'organiser. »

MDPH de Haute-Savoie (74)

« Depuis 2017, le pilotage a évolué vers une recherche d'outils plus opérationnels sous l'angle notamment d'indicateurs permettant un croisement entre l'activité et les moyens affectés. Ainsi, par exemple, ont été mis en place des indicateurs relatifs au nombre de dossiers en attente de traitement à chaque étape du circuit et au nombre d'agents présents pour réaliser cette activité. Cela a permis de mieux prioriser le travail et de fixer des objectifs opérationnels. Ces indicateurs analysés par les responsables de service, pilotes de l'activité, sont devenus de véritables outils d'aide à la décision pour le comité de direction. »

MDPH des Deux-Sèvres (79)

« Un pilotage de l'activité rendu compliqué par l'absence d'automatisation des données en raison d'un SI devenu inadapté aux besoins et la multiplicité des tableaux de bord existants pas toujours partagés et actualisés en cas d'absence. Une nouvelle culture à partager d'objectivation des besoins dans un contexte de raréfaction des ressources. Harmonisation des outils et des pratiques à mettre en œuvre. Un périmètre de changement des pratiques d'évaluation et d'instruction qui nécessite une démarche d'accompagnement au changement. Une gestion du quotidien chronophage qui empiète sur la réflexion stratégique accrue par la nécessité d'assurer les intérim de l'adjoint au responsable des droits, de la responsable administrative du service support et du RIP dans un contexte en mouvement. »

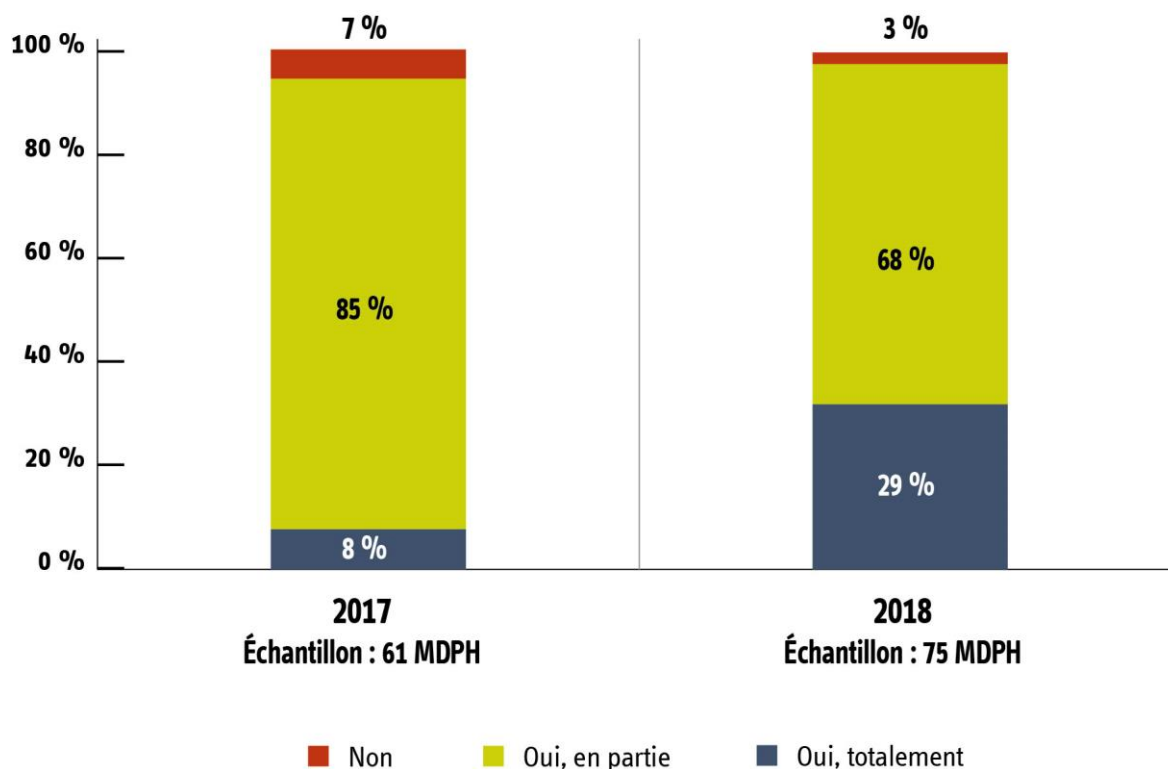
MDPH de l'Essonne (91)

« Tableaux de bord du directeur, requêtes. Suivi des indicateurs sur l'accueil (physique, téléphonique, numérisation), sur les dossiers déposés et enregistrés, suivi des dossiers à évaluer. »

La formalisation des procédures métier a nettement progressé, en préparation du déploiement du nouveau SI

En 2018, 83 MDPH déclarent avoir formalisé leurs procédures métier, dont 25 en 2018 contre 72 en 2017. Parmi celles-ci, près de 30 % estiment que leur procédure est conforme au tronc commun, soit un net progrès par rapport aux 8 % de MDPH qui faisaient la même réponse en 2017. Fin 2018, 62 % des MDPH sont encore en cours de mise en conformité avec le tronc commun.

Part des MDPH déclarant leurs procédures métier conformes au tronc commun du métier des MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017 et 2018.

Pour formaliser leurs procédures métiers, les MDPH signalent avoir mobilisé **différentes approches, à l'appui d'un travail en général participatif**, de co-construction avec les équipes. De nombreuses MDPH ont signalé que ce travail de formalisation ou de mise à jour des procédures a été nécessaire du fait la mise en place du SI ou de la dématérialisation. Il passe par :

- > la formalisation de fiches de procédures, des fiches techniques et leur compilation dans des guides ou des référentiels de procédures et/ou l'utilisation de guides CNSA à toutes les étapes du *process* : règles de saisie, procédures d'instruction, procédures simplifiées d'évaluation, procédures de traitement des demandes ;
- > la révision ou l'actualisation de procédures métiers et fiches de postes ;
- > le recours à des procédures de type arbre de décision ou matrice des procédures ou cartographie des *process* ou encore logigrammes ;
- > l'utilisation d'outils plus originaux tels que la vidéo (Ain) ou des web-conférences (Creuse) ;
- > la mise en place de groupes de travail ou d'échanges de pratiques visant à l'harmonisation des pratiques.

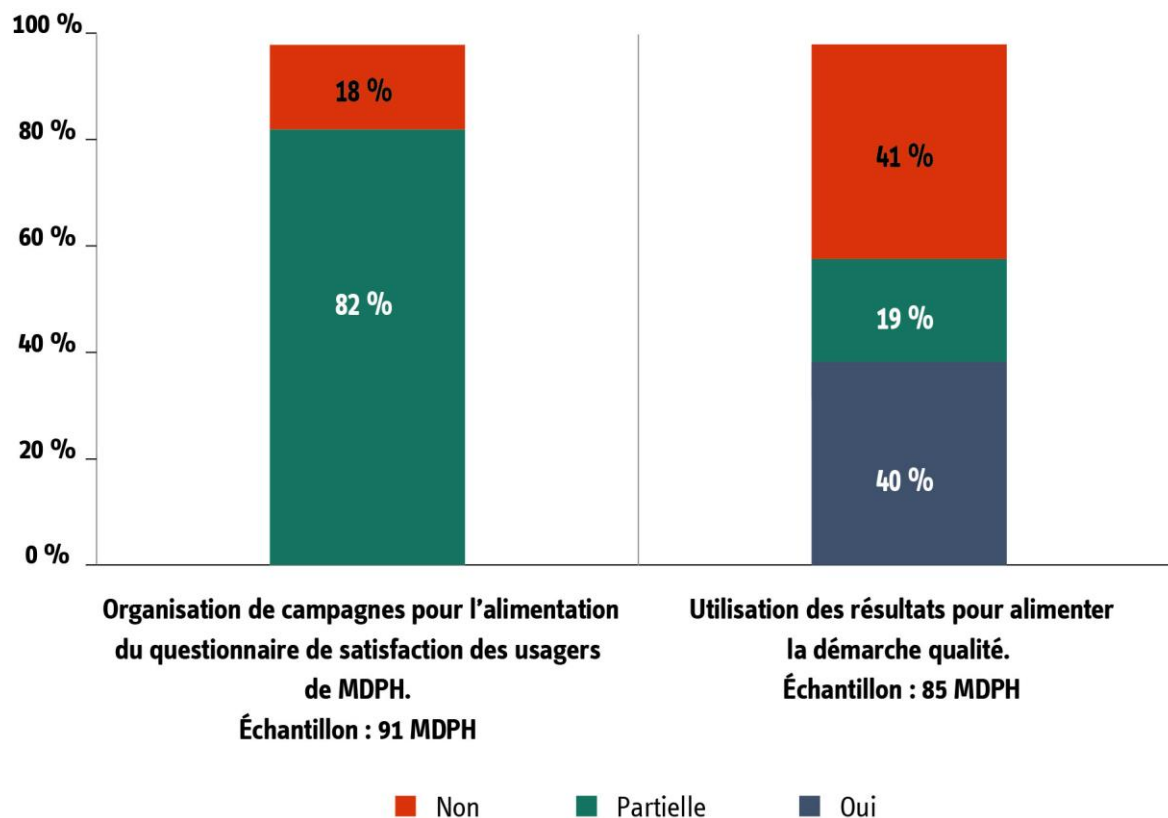
1.3. Les premiers résultats de l'enquête de satisfaction des usagers montrent les améliorations et les marges de progrès

La mesure de la satisfaction des usagers progresse largement, à l'appui de l'enquête nationale

En 2017, la proportion de MDPH qui déclaraient avoir recours à un dispositif de mesure de la satisfaction des usagers (MSU) était faible : 22 % des MDPH, soit environ un cinquième des structures.

En 2018, ce niveau progresse logiquement avec la mise à disposition par la CNSA d'un dispositif d'enquête nationale. 82 % des MDPH déclarent ainsi avoir organisé une campagne pour la participation au questionnaire « Ma MDPH, mon avis ». L'enquête doit permettre d'alimenter la démarche qualité dans les MDPH qui déclarent que c'est le cas à près de 50 %. Cette proportion d'utilisation est stable par rapport à 2017. Cet usage est cependant limité par le nombre de répondants, puisqu'en 2018 moins de 10 MDPH ont obtenu plus de 500 réponses. Ainsi, l'enquête MSU est un outil pour les MDPH, mais n'est pas une enquête nationale permettant de dresser un portrait scientifique de la situation en France ou d'opérer des comparaisons entre les MDPH. Néanmoins, la plupart d'entre elles ont indiqué regarder et utiliser les résultats obtenus qui donnent des premières pistes d'améliorations et des leviers de valorisation.

Utilisation de dispositifs de mesure de satisfaction des usagers



Source : CNSA, rapport d'activité des MDPH 2018.

L'enquête de satisfaction des usagers « Ma MDPH, mon avis »

Une première campagne bien ciblée, une montée en charge progressive

L'enquête a été lancée le 12 septembre 2018. En 3 mois et demi, 19 681 réponses ont été saisies en ligne. Le haut niveau de réponse suggère que le parti pris de simplification du questionnaire était le bon. Des écarts très importants entre MDPH permettent d'identifier des MDPH plus en difficulté et, au contraire, des MDPH avec de hauts niveaux de satisfaction.

Les réponses se répartissent sur la quasi-totalité du territoire métropolitain et ultramarin. Les territoires de Mayotte (976), Saint-Barthélemy (977) et Saint-Martin (978) n'ont recueilli aucune réponse. Sur plusieurs territoires, la mobilisation a été très forte : 2 062 personnes ont répondu dans le Val-de-Marne (94), 1 305 dans les Yvelines (78) et 1 092 réponses dans l'Eure (27). Par ailleurs, l'enquête de satisfaction n'est pas représentative de la situation sur les territoires et au niveau national. Les résultats ont été néanmoins pondérés de façon à réduire les biais de représentativité territoriale. 1 859 personnes n'ont pas indiqué leur numéro de département. De nombreux commentaires qualitatifs permettent d'enrichir les analyses. Cette enquête a vocation à constituer un outil pour les MDPH, au service de l'amélioration de leur qualité de service. À ce stade, ce n'est cependant pas un outil pour comparer les situations entre MDPH ni pour dresser un portrait national.

L'enquête a permis d'obtenir des premiers éléments sur la satisfaction des usagers

À la question, « dans l'ensemble, est-ce que vous êtes satisfait/moyennement satisfait/pas satisfait de la MDPH », les résultats se partagent de façon assez équilibrée : une majorité de répondants (38,7 %) se déclarent moyennement satisfaits de la MDPH ; 34,6 % se déclarent satisfaits ; et 26,7 % des répondants ne sont pas satisfaits. En synthèse, il ressort de l'analyse croisée des éléments quantitatifs et des commentaires qualitatifs des usagers les éléments suivants :

- > une satisfaction globale nuancée et très variable selon les territoires ;
- > un accueil jugé majoritairement de qualité (caractère accueillant des professionnels, écoute)... malgré de fortes difficultés à contacter les MDPH (en particulier par téléphone) ;
- > de fortes insatisfactions sur les délais de traitement et la complexité des dossiers ;
- > des insatisfactions sur l'information, l'aide à l'orientation dans son parcours et à l'élaboration du projet de vie ;
- > des écarts importants entre la satisfaction exprimée par les répondants ayant fait des demandes professionnelles (RQTH, orientation vers un établissement et service d'aide par le travail – ESAT – en particulier) et la satisfaction des répondants ayant fait des demandes en lien avec un besoin d'appui au parcours scolaire ou étudiant ;
- > un niveau de satisfaction très lié aux délais de traitement (résultat perçu par l'utilisateur), à l'activité (demandes en stock en 2017) et aux moyens dédiés (nombre de demandes reçues par équivalent temps plein en 2017).

Source : Ma MDPH, mon avis/restitution des résultats 2018/CNSA, avril 2019.

Les MDPH soulignent l'intérêt du dispositif dans le management des équipes

La plupart des MDPH ont estimé que l'enquête nationale de satisfaction des usagers de 2018 a constitué, lorsque les résultats étaient exploitables, un véritable levier de pilotage. Une partie des MDPH n'a pas pu utiliser pleinement les résultats publiés faute de représentativité du panel, mais d'autres ont bénéficié d'une forte participation. Nombre de MDPH ont ainsi attesté de l'intérêt de l'outil, notamment pour :

- > valoriser les améliorations apportées : plusieurs MDPH apprécient que les progrès réalisés aient des impacts visibles dans les résultats de l'enquête ;
- > valoriser le travail des agents puisque leur professionnalisme est un des éléments saillants des retours de l'enquête ;
- > identifier les déterminants de la qualité de service pour les usagers et les éléments à améliorer en priorité. De nombreux retours font état d'une sensibilité particulière aux délais de traitement, et la complexité des procédures remonte également fréquemment. D'autres aspects sont mis en avant tels que l'accueil téléphonique ou le besoin pour les usagers d'avoir des interlocuteurs formés aux différentes pathologies du handicap.

Une grande partie des MDPH confirme avoir utilisé ces résultats, même partiels, pour ajuster les plans d'action annuels.

Afin de pouvoir exploiter au mieux cette possibilité, de nombreuses MDPH ont ainsi attesté de l'enjeu d'organiser suffisamment en amont une campagne de communication avec des moyens adaptés. Certaines MDPH ont ainsi mobilisé un renfort dans cet objectif.

📌 L'intérêt manifeste des résultats de l'enquête pour les MDPH : illustrations

MDPH de l'Eure (27)

« En 2018, la MDPH de l'Eure a organisé une enquête de satisfaction sur l'ensemble de son territoire, à partir du support validé au niveau national par la CNSA. Il convient de noter que la MDPH de l'Eure est parmi la première MDPH de France concernant le nombre de répondants. Le volume de répondants a pour mérite de permettre de dégager des grandes tendances et ainsi déterminer des axes d'amélioration correspondant aux besoins formalisés par les usagers eurois. Les principales remontées portent sur les délais de traitement des demandes, et sur la complexité des dispositifs. »

MDA des Yvelines (78)

« Par ailleurs, à l'automne 2018, du 15 octobre au 30 novembre, la MDPH a organisé une campagne de recueil de la satisfaction des usagers de MDPH. La forte participation des usagers au sein du département, 1 305 réponses au 31 décembre 2018 contre 19 681 au niveau national, a démontré une vraie efficacité de la campagne de sensibilisation. Les résultats de l'enquête de satisfaction des usagers ont permis d'alimenter la démarche qualité ; les améliorations à réaliser ont été déclinées dans notre feuille de route. Les résultats seront présentés en COMEX et CDAPH en 2019. »

2. Information, communication et sensibilisation au handicap

2.1. En 2018, les MDPH organisent ou participent à de multiples actions d'information, qui prennent des formes très diverses

Un enjeu majeur pour l'accès aux droits des personnes en situation de handicap

Mission transversale des MDPH, l'information, l'accompagnement et le conseil aux personnes handicapées et à leur famille sont déterminants dans l'accès aux droits des personnes en situation de handicap. Les réponses d'usagers à l'enquête « Ma MDPH, mon avis » de 2018 le montrent. Parmi les éléments d'insatisfaction qui ressortent des données statistiques, la compréhension des droits et des aides fait partie des items évalués de façon mitigée par les répondants, avec une moyenne de satisfaction de 6,63 sur 10. À la question « vous avez compris les droits et les aides que vous pouvez avoir », 52,7 % des répondants répondent oui, 30,4 % moyennement, 17 % non.

De même, l'analyse de 500 réponses qualitatives à la question « Est-ce que les aides que vous avez reçues répondent à vos besoins ? » confirme ce point. Parmi les motifs d'insatisfaction qui ressortent, une partie des répondants regrette un manque d'informations sur les droits et les aides existantes (59 occurrences), qui ne leur permet pas de faire les demandes adéquates ou de juger de la pertinence des aides obtenues.

L'information des usagers peut prendre des formes très diverses

La réalisation de cette mission peut prendre des formes très diverses. Sont notamment cités dans les rapports d'activité MDPH :

- > la diffusion de supports de communication en propre, papier ou numériques, vidéo... ;
- > la participation à des événements associatifs locaux, nationaux ou internationaux ciblés sur le handicap, généralistes ou centrés sur des publics spécifiques (aidants, aveugles, jeunes, adolescents, étudiants, autistes...), de type journées, forums ou semaines dédiées ;
- > la participation à des événements partenariaux thématiques centrés sur des dispositifs ou des thèmes spécifiques (forums emploi, informations à la rentrée des classes, conférences avec des experts sur des pathologies en particulier...).

Particulièrement préconisée par le RMQS en niveau de « qualité + », l'organisation d'actions d'information collective et d'échanges apparaît régulièrement dans les bilans.

📌 L'intérêt des actions d'information collective et d'échanges avec les usagers

MDPH de la Creuse (23)

« Une rencontre de parents d'enfants en situation de handicap a été organisée par la CAF conjointement avec des associations de parents d'enfants handicapés concernant leurs droits : table ronde avec la CPAM, l'Éducation nationale, la MDPH, la CAF. Les parents ont montré leur intérêt pour ce type de rencontre collective. Ils ont exprimé le souhait de pouvoir renouveler cela avec la MDPH pour échanger par exemple sur l'AEEH, compléments, PCH. Ils ont aussi beaucoup apprécié d'échanger entre eux et de recevoir l'entraide de leurs pairs. »

MDPH du Doubs (25)

« Plusieurs professionnels de la MDPH se sont rendus disponibles tout au long de [la journée de la biennale du handicap et de l'autonomie] pour être présents sur le stand et répondre aux sollicitations des nombreux visiteurs. Cette manifestation offre un espace privilégié aux personnes en situation de handicap et leurs familles pour exprimer leurs attentes, leurs doléances et satisfactions. Si les échanges sont parfois ponctués de récriminations, l'écoute bienveillante et les conseils des professionnels permettent d'établir, ou de restaurer, une relation de confiance et de proximité avec les usagers. »

MDPH de Guyane (973)

« Le 16 mars 2018, réunion d'information organisée par l'association DREPAGUYANE : rencontre des malades, des familles, des aidants familiaux et les membres de l'association. Le but est de leur permettre de s'exprimer sur leur vécu, leurs difficultés au quotidien avec la maladie et de partager le "mieux vivre" avec la drépanocytose. Les professionnels qui interviennent dans le secteur médical, médico-social, l'insertion professionnelle et scolaire étaient présents afin de mieux informer et orienter les patients et les familles sur des solutions à leurs difficultés rencontrées. »

L'information des partenaires : pour une coordination au bénéfice des usagers

Les MDPH ont également pour objectif **d'informer et de sensibiliser les partenaires** au handicap et de leur faire connaître leur rôle et leurs missions. À ce titre, les MDPH ont évoqué :

- > de nombreux temps d'échanges, rencontres, visites sur site avec les divers partenaires, permettant de mieux se connaître et partager des informations, des actualités ;
- > l'organisation ou la participation à des séances d'information ou de formation sur les dispositifs du handicap à destination des différents partenaires concernés, recommandées par le RMQS en niveau de qualité +, sont également régulièrement citées. À ce titre, la présentation de la démarche « Réponse accompagnée » et du nouveau formulaire de demande est souvent signalée. Les thématiques de l'emploi et de l'école ont également fréquemment fait l'objet de séances dédiées ;
- > l'organisation de formations des partenaires. Ces actions sont le plus souvent ciblées sur les équipes de terrain des partenaires, tels que les enseignants ou le personnel des relais d'information territorialisés ainsi que les étudiants des filières concernées.

Les MDPH soulignent l'intérêt des actions d'information et de formation à destination des partenaires pour renforcer les relations, favoriser l'interconnaissance entre les équipes et le partage d'une culture commune.

La sensibilisation du grand public au handicap : pour une société plus inclusive

À cela s'ajoutent de nombreuses actions de **sensibilisation du grand public** au handicap qui, pour rappel, est l'une des missions confiées à la MDPH par l'article L.146-3 du Code de l'action sociale et des familles. Ainsi, en 2018 comme les années précédentes, les interventions des MDPH sont variées :

- > en interne : expositions, journées portes ouvertes, visites scolaires... ;
- > à l'extérieur : participation à des événements, des conférences, des ciné-débats, des campagnes d'information sur des thématiques liées au handicap. Les thématiques abordées sont très variées, elles portent fréquemment sur des thèmes tels que l'emploi, la citoyenneté, la société inclusive, l'école inclusive, la santé mentale ou certaines pathologies particulières... ;
- > mobilisation des médias locaux *via* des conférences de presse, des émissions radio.

📌 Quelques exemples d'actions de sensibilisation du grand public

MDPH de l'Aube (10)

« Deux fois par an, la MDPH organise une conférence grand public en soirée. Créé en 2012, ce cycle de conférence, intitulé "Audire" traite de thèmes extrêmement variés relatifs au handicap, à la vie en société, aux sciences sociales ou à la philosophie. En 2018, deux conférences ont été organisées : "La condition handicapée, quelle manière d'être au monde ?" par Henri-Jacques STIKER, philosophe, anthropologue, historien de l'infirmité ; et "Enfants difficiles, parents en difficulté" par Pierre DELION, pédopsychiatre, professeur de médecine, psychanalyste. »

MDA du Cantal (15)

« Ciné débat et semaine "Sport et handicap" avec le CDOS commission Sport et Handicap ; Dans le cadre des journées du patrimoine, diverses actions de sensibilisation à l'accessibilité des sites [...]. »

MDPH de Paris (75)

« La MDPH organise une fois par an des sessions de sensibilisation à la langue des signes française (LSF) dans des écoles primaires de Paris (12e, 18e arrondissement...). »

MDPH de Vaucluse (84)

« En lien avec les partenaires institutionnels et associatifs :

- semaine d'information sur la santé mentale du 12 au 23 mars, avec conférences, film-débat, visites de musée (fréquence tout au long des actions des 15 jours) ;
- journée de sensibilisation mondiale à l'autisme, conférence de Bruno GEPNER, le 3 avril (250 personnes) et une rencontre interprofessionnelle sur l'autisme le 5 juin (50 personnes) ;
- journée nationale des Dys le 10 octobre : film/débat et forum/atelier ;
- journée mondiale de la vue du 12 octobre : création et projection en amont de l'actualité cinématographie d'un film de 3 minutes sur les déficiences visuelles dans tous les cinémas du département pendant la journée ;
- expositions régulières dans le hall de la MDPH et vernissage du 26 octobre à l'UAPV pour l'exposition commune à l'université d'Avignon et à la MDPH. »

MDPH de Vendée (85)

« Conférences (société inclusive...) ; forums, portes ouvertes, conférences de presse (AGEFIPH [association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées], non-voyants, maladies psychiques, TSA [troubles du spectre de l'autisme], insertion professionnelle...). »

MDA du Territoire de Belfort (90)

« Participation au festival Les Eurockéennes. »

2.2. Comme les années précédentes, la mission d'information du grand public fait l'objet de partenariats forts

Cette mission d'information est par nature fortement partenariale. Ainsi en 2018 :

- > 95,8 % des MDPH ont déclaré avoir participé à des actions d'information et de communication organisées par leurs partenaires (soit 92 MDPH sur un panel de 96) contre 98,8 % en 2017 (86 MDPH dans un échantillon de 87 MDPH) ;
- > 88,4 % des MDPH ont organisé des actions d'information et de communication en propre (soit 84 MDPH sur un panel de 95) contre 82,7 % en 2017 (72 MDPH dans un échantillon de 87 MDPH) ;

Quelques MDPH signalent en 2018 une difficulté à développer cette mission compte tenu du poids des autres activités.

Pour pallier cela, certaines MDPH disent s'appuyer sur les services communication du département. D'autres signalent le recrutement de chargés de mission dédiés, avec pour résultat visible le développement de la mission d'information. Dans les deux cas, cela se traduit parfois par la mise en place de plans de communication dédiés.

📌 Exemples de moyens mobilisés pour une communication plus globale et cohérente

MDA du Bas-Rhin (67)

« Le recrutement d'une chargée de mission information et sensibilisation a permis de renforcer les actions d'information et de communication interne et externe. Ainsi, un programme pérenne et cohérent, structuré sous forme de saison culturelle avec des lignes directrices dans le choix des événements a été déployé sur l'année scolaire 2018-2019 avec différents colloques, événements, ateliers... La maison de l'autonomie a mis en place des Rendez-vous de l'autonomie afin de sensibiliser le grand public, informer les usagers et former les professionnels, des gestionnaires d'établissements et services, des partenaires, des élus... »

MDA de Saône-et-Loire (71)

« Création d'un poste : embauche d'un chargé de l'information et de la communication (juillet 2018) ; mise en œuvre d'une stratégie de communication interne et externe : rédaction d'un document global de cadrage, d'échange et de suivi "trame stratégie de communication institutionnelle" (analyse SWOT, diagnostic, positionnement, cibles, objectif, plan de communication) ; mise en place de nouveaux outils de communication ("pecha kucha", outil partagé des agents d'accueil en cours, rencontres interservices...) en "mode projet" ayant pour objectifs de décloisonner les pôles et d'améliorer la circulation et la transversalité de l'information. »

2.3. L'amélioration de l'information se poursuit en 2018

Comme en 2017, de nombreux chantiers ont été menés pour améliorer la mission d'information, notamment dans le cadre de la trajectoire d'amélioration continue visant à mettre en œuvre le RMQS. Ainsi en 2018, 83,7 % des MDPH déclarent avoir opéré ou engagé des travaux afin d'améliorer les actions d'information et de communication (soit 77 MDPH sur un panel de 92) contre 73,2 % en 2017 (soit 60 MDPH dans un échantillon de 82).

Au regard des attendus du RMQS, les principales améliorations pour 2018 ont consisté en :

- > la création, la mise à jour et l'adaptation des supports aux différents handicaps ;
- > le développement de sites internet ou de plateformes en lignes adaptées au handicap ;
- > la formation des agents aux bonnes pratiques ;
- > ou encore d'autres chantiers d'amélioration de l'accueil, notamment la réorganisation des pôles d'accueil (aménagement, *process*) ou la mobilisation d'un réseau territorialisé de relais d'information.

En 2018, 55 MDPH ont déclaré avoir territorialisé tout ou partie des missions d'information.

▾ Les principales améliorations concernant la mission d'information : illustrations

MDPH de la Creuse (23)

« Dans le cadre du RMQS, la MDPH de la Creuse a travaillé sur la création de documents d'information à destination du public concernant la présentation de la MDPH et les différentes prestations. »

MDPH de l'Eure (27)

« L'année 2018 a été l'occasion d'engager un certain nombre d'actions telles que : [...] l'amélioration en cours du site internet afin de proposer un site FALC et complet aux usagers dans le courant 2019 ; [...] la refonte de la notice relative aux voies de recours jointe aux notifications pour répondre aux critères FALC. [...] L'aménagement d'un espace documentation à l'accueil de la MPDH [a été réalisé] afin de mettre à disposition les informations de la MPDH ainsi que des acteurs du handicap (associations, événements...). »

MDPH de Rhône métropole (69M)

« [...] démarrage d'un travail sur le déploiement de plaquettes en braille, des plaquettes en FALC, travail avec les associations, travail sur l'élaboration d'une vidéo de présentation du circuit des demandes en lien avec les associations et le service communication. »

Collectivité territoriale de Saint-Martin (978)

« Dépliants en anglais, espagnol et créole. »

Focus : les enjeux du développement de l'information numérique pour les personnes en situation de handicap et leurs proches

En 2018, une vingtaine de MDPH ont signalé dans leur bilan avoir retravaillé ou amélioré leur site internet. Les retours d'expérience de ces MDPH témoignent de trois grands enjeux autour de ces outils.

Un préalable : adapter le contenu et le format aux usagers en situation de handicap

MDPH du Calvados (14) : « Par ailleurs, la MDPH du Calvados est très sensible aux retours des usagers et s'engage à en tenir compte. Suite à des retours de ce type, en lien avec le conseil départemental, elle a organisé une rencontre entre des représentants des associations d'usagers et un chef de projet du service de la modernisation de l'action publique, avant une deuxième rencontre au département, avec les développeurs du site web, afin de favoriser la connaissance et la prise en compte des contraintes des personnes en situation de handicap dans la consultation d'un site internet. »

MDPH du Var (83) : « Afin de mieux communiquer avec les usagers, la MDPH du Var dispose d'un site internet depuis juin 2018. Ce site contient des informations sur les droits et prestations gérés par la MDPH et des tutoriels élaborés en facile à lire et à comprendre. Au 31 décembre 2018, le site comptait 6 915 nouveaux utilisateurs. 38 947 pages avaient été visualisées et les pages les plus visitées étaient : "Comment faire une demande" et le service en ligne. »

MDA du Territoire de Belfort (90) : « Renforcement de l'accessibilité des sites internet aux déficiences. »

L'importance de communiquer sur les outils pour les faire connaître

MDPH de Haute-Marne (52) : « Une communication sur le journal du conseil départemental "Ligne directe" a été travaillée avec le service communication de cette collectivité. Ainsi qu'une communication sur le site internet et intranet du conseil départemental. »

MDPH du Var (83) : « Un plan de communication a été élaboré pour promouvoir largement ces outils : encarts dans la presse locale, *mailing* aux différents partenaires, actualité sur le site du département, *post* sur les réseaux sociaux du département et articles dans les supports de communication interne. »

La nécessité d'accompagner les usagers pour améliorer l'accessibilité numérique

MDA du Territoire de Belfort (90) : « Création d'un espace multimédia pour permettre un accès à tous au numérique ; mise à disposition d'une borne d'accès à internet et d'écrans de TV diffusant des vidéos d'informations utiles aux personnes en situation de handicap. Réflexion autour d'un programme de formations numériques au sein de la MDPH à destination des usagers et partenaires. »

3. L'accueil

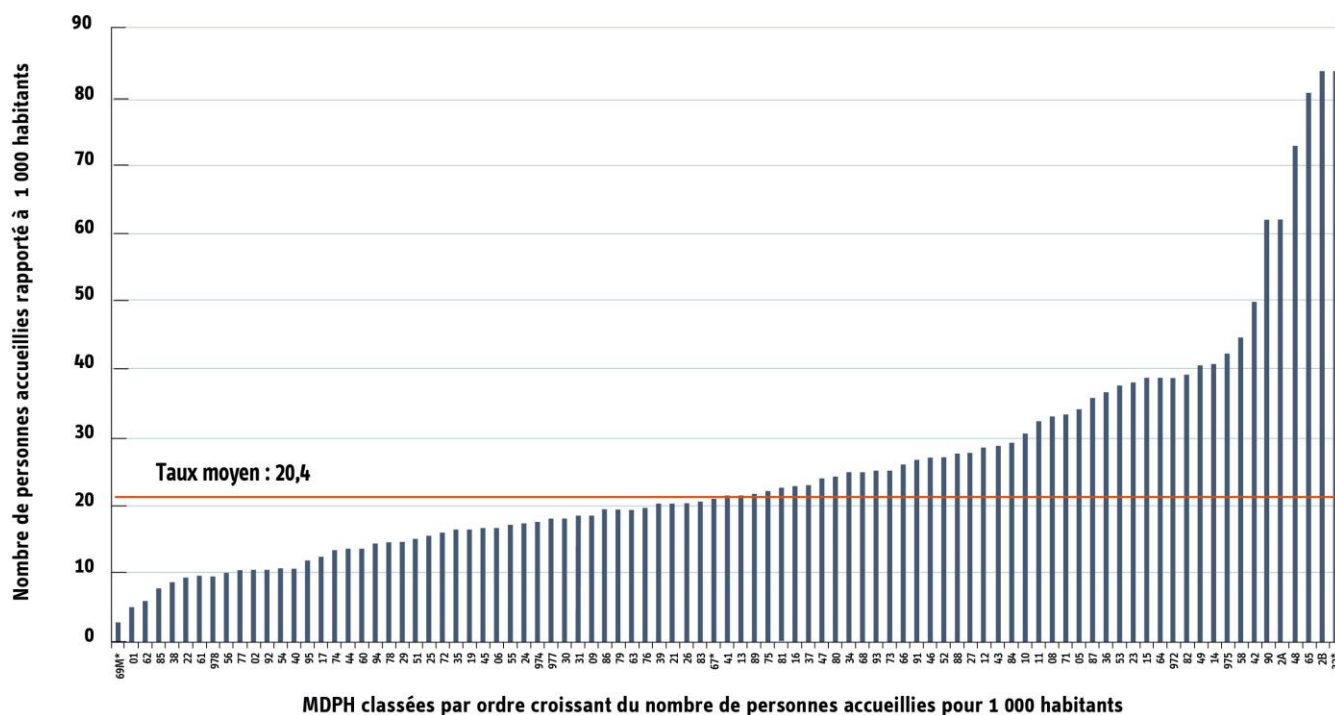
3.1. Le nombre de personnes accueillies évolue de façon variable selon les territoires et les types d'accueil

Le nombre déclaré de personnes accueillies en présentiel baisse légèrement

Les MDPH assurent trois formes d'accueil des usagers : un accueil physique, un accueil téléphonique et un accueil dématérialisé, au moyen des *mails* et des portails de téléservice notamment. Les évolutions de l'activité de ces trois formes d'accueil semblent étroitement corrélées. Des améliorations ou des dégradations de l'accueil téléphonique ou par *mail* peuvent en effet générer des effets de report ou de décharge significatifs sur l'accueil physique. Les données statistiques consolidées sur le volume d'appels ou de *mails* traités manquent cependant pour objectiver ces effets à l'échelle nationale.

En 2018, l'accueil physique en MDPH représentait en moyenne 20 personnes pour 1 000 habitants (nombre de personnes se présentant à un point d'accueil, quel que soit le niveau d'accueil) contre 21 personnes en 2017. Les disparités entre départements sont restées importantes, ce taux variant de 2,8 pour la métropole de Lyon à 83,8 pour le Gers.

**Nombre de personnes accueillies dans un point d'accueil de la MDPH
rapporté à 1 000 habitants en 2018
Échantillon : 91 MDPH**



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

Les MDPH identifient divers facteurs pouvant influencer à la hausse ou à la baisse le nombre de personnes accueillies :

- > la territorialisation et la communication auprès des usagers peuvent permettre un meilleur repérage et une plus grande accessibilité de la structure et induire une hausse de la fréquentation des lieux d'accueil ;
- > l'augmentation des délais de traitement, la saturation des lignes téléphoniques peuvent induire un report ou une hausse des sollicitations des usagers auprès de l'accueil physique ;
- > le développement de l'usage des *mails* et des téléservices (dépôt des demandes, suivi des dossiers...) ainsi que l'augmentation des appels téléphoniques peuvent alléger les sollicitations auprès de l'accueil ;
- > le respect et l'amélioration des délais de traitement ou, à l'inverse, une attente importante sur site par manque de personnel peuvent réduire la fréquentation de l'accueil ;
- > la modification des horaires d'ouverture peut induire des hausses ou des baisses de fréquentation.

📌 Les facteurs d'évolution du nombre de personnes accueillies observés par les MDPH

MDPH de l'Ariège (09)

« Cette baisse du public accueilli peut s'expliquer par : des délais d'instruction des demandes moins longs qui génèrent moins de mécontentement de la part des usagers ; un recours au téléchargement des dossiers de demandes plutôt qu'un déplacement à la MDPH pour retirer un dossier papier. »

MDPH de Côte-d'Or (21)

« Toujours mieux identifié, l'accueil MDPH est bien repéré par les usagers qui se déplacent en nombre notamment pour déposer un formulaire de demande.

Les difficultés à contacter la MDPH par téléphone (saturation du numéro vert) incitent également les usagers, à proximité, à se déplacer à l'accueil physique. »

MDPH de Dordogne (24)

« L'accueil physique est en diminution. Cette tendance peut s'expliquer par les relais mis en place sur le territoire avec les unités territoriales et les centres médico-sociaux du département. »

MDPH de Moselle (57)

« De par la mise en place des pôles autonomie sur les territoires Moselle Solidarité, le nombre d'accueil a pu être largement augmenté. »

MDPH de Somme (80)

« Activité en légère hausse à l'accueil de la MDPH, l'absence de portail des usagers et un accueil téléphonique difficile au cours de cette année 2018, dû à l'absence importante de deux agents sur trois, tendent sans doute à expliquer le déplacement de certaines personnes. Les années précédentes nous étions sur une baisse régulière du nombre de personnes se présentant à l'accueil. »

MDPH des Hauts-de-Seine (92)

« Hausse de l'activité à partir de septembre : les difficultés rencontrées au niveau de l'externalisation de la numérisation des dossiers ont accru les délais d'enregistrement des demandes et d'envoi des accusés de réception ainsi que les délais de traitement des demandes contribuant à la hausse des sollicitations des usagers, par téléphone, mails et à l'accueil physique. »

MDPH de Seine–Saint-Denis (93)

« La réduction des délais de traitement, ainsi que les services en ligne proposés (plateforme de consultation de l'avancée du dossier, boîte mail sur le site de la MDPH) ont réduit les passages à l'accueil, en dépit d'une augmentation du nombre de dossiers déposés. »

L'accueil téléphonique semble évoluer de façon très variable selon les MDPH

Compte tenu de la diversité des outils utilisés, il n'existe pas de statistique consolidée des appels téléphoniques reçus par les MDPH. Une partie des MDPH ont fait état dans leurs rapports de variations sensibles du nombre d'appels au cours de l'année. Divers facteurs semblent influencer à la hausse ou à la baisse le nombre d'appels téléphoniques :

- > le respect et l'amélioration des délais d'instruction, une meilleure communication avec les usagers lors du traitement des dossiers ou des décisions ;
- > l'amélioration des *process* d'accueil, la montée en puissance des agents d'accueil, ou encore des plans de résorption des appels perçus ;
- > l'appropriation des outils numériques par les usagers, l'augmentation des *mails* ;
- > l'amélioration de l'accessibilité des services par téléphone, la mise en place d'une structure dédiée gérant des appels centralisés ;
- > l'évolution de certains droits et prestations peut avoir, ponctuellement, généré de nombreux appels (CMI, allongement des délais de traitement notamment).

L'accueil dématérialisé poursuit sa progression

De nombreuses MDPH témoignent du recours croissant aux moyens de communication électroniques pour l'accueil et l'information, en particulier les *mails*. Ce développement a par ailleurs un impact sur les organisations.

▾ Quelques exemples d'accueil dématérialisé

MDPH de Charente-Maritime (17)

« L'accueil numérique du public se poursuit et se développe. Les usagers utilisent de plus en plus les courriels pour communiquer avec la MDPH, notamment *via* la boîte *mail* générique (mdph@charente-maritime.fr) qui est relevée chaque jour et *via* le téléservice de dépôt des demandes. »

MDPH de Haute-Garonne (31)

« La boîte *mail* MDPH a reçu plus de 33 000 messages au cours de l'année 2018, soit plus de 2 700 messages électroniques mensuels (contre 200 en 2012). Ce mode de communication et d'échanges d'informations moins formaliste que la lettre administrative témoigne de la relation de confiance entre la MDPH et les personnes en situation de handicap. »

MDPH des Hauts-de-Seine (92)

« Avant le déploiement de la nouvelle GRC permettant d'y traiter les *mails*, seulement deux agents de l'accueil étaient positionnés sur les réponses aux *mails* *via* 2 boîtes génériques (boîte partenaires et boîte MDPH pour les usagers). Depuis septembre 2018, tous les agents ont été formés à l'outil et se relaient pour le traitement des *mails*, canal en forte augmentation. Des messages de réponse standard ont été préenregistrés permettant de gagner du temps. »

3.2. Cette mission centrale pour les MDPH mobilise, comme les années précédentes, un peu plus de 10 % des moyens humains

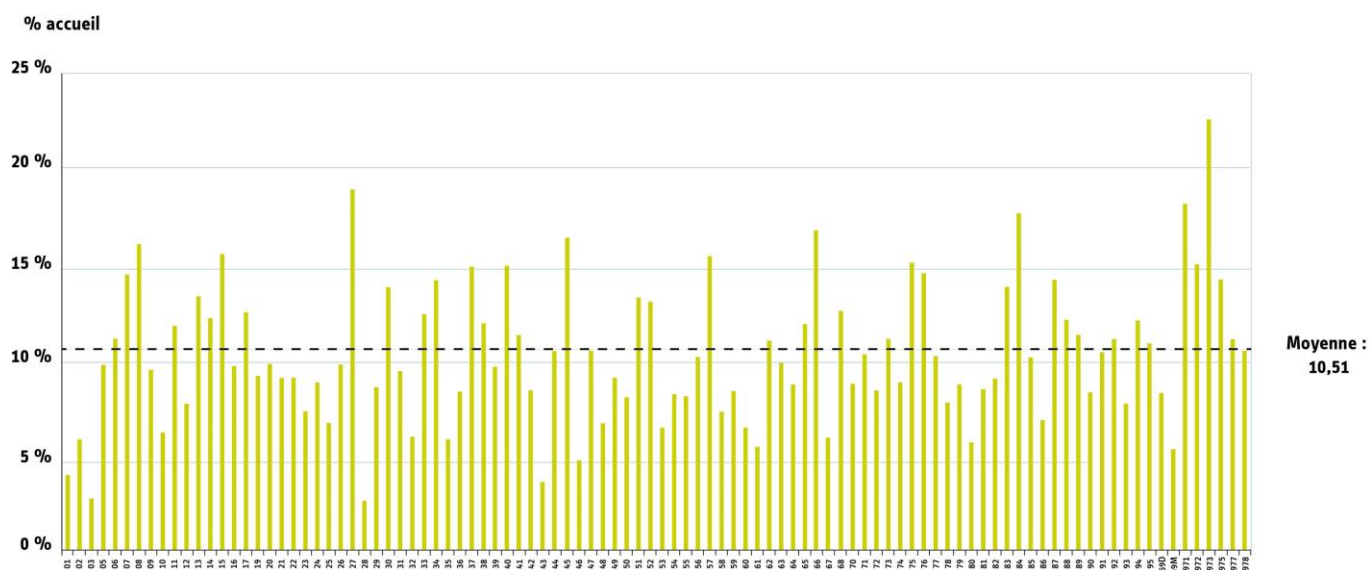
La part des moyens alloués à l'accueil reste globalement stable

En 2018, cette proportion reste de près de 11 % des ETP réels travaillés, comme en 2016 et en 2017. Cela représente 564 ETP.

Cette moyenne masque cependant d'importantes variations d'une MDPH à l'autre, puisque cette part varie de 3 à 23 % des ETP travaillés en 2018 :

- > la moitié des MDPH consacre entre 8,1 et 12,6 % des ETP réels travaillés à l'accueil ;
- > un quart des MDPH y consacre moins de 8,1 %, avec un minimum à 2,7 % des ETP réels travaillés ;
- > un quart également y consacre plus de 12,6 %, avec un maximum de 22,7 % des ETP réels travaillés.

Part des ETP travaillés consacrés à l'accueil dans le total des ETP internes aux MDPH (hors services externalisés) Échantillon : 100 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

De fortes disparités de moyens s'observent d'une MDPH à l'autre, liées probablement à des différences de choix organisationnels sur la fonction « Accueil », comme la part d'externalisation et de territorialisation. Le nombre de personnes accueillies, les choix en termes d'effectifs peuvent aussi contribuer à ces écarts. Par ailleurs, si les moyens sont globalement stables d'une année sur l'autre, des variations peuvent exister en fonction des MDPH. Ainsi, certaines MDPH signalent avoir développé leurs moyens pour faire face à la hausse de l'activité par la création de postes d'accueil ou l'adaptation des effectifs.

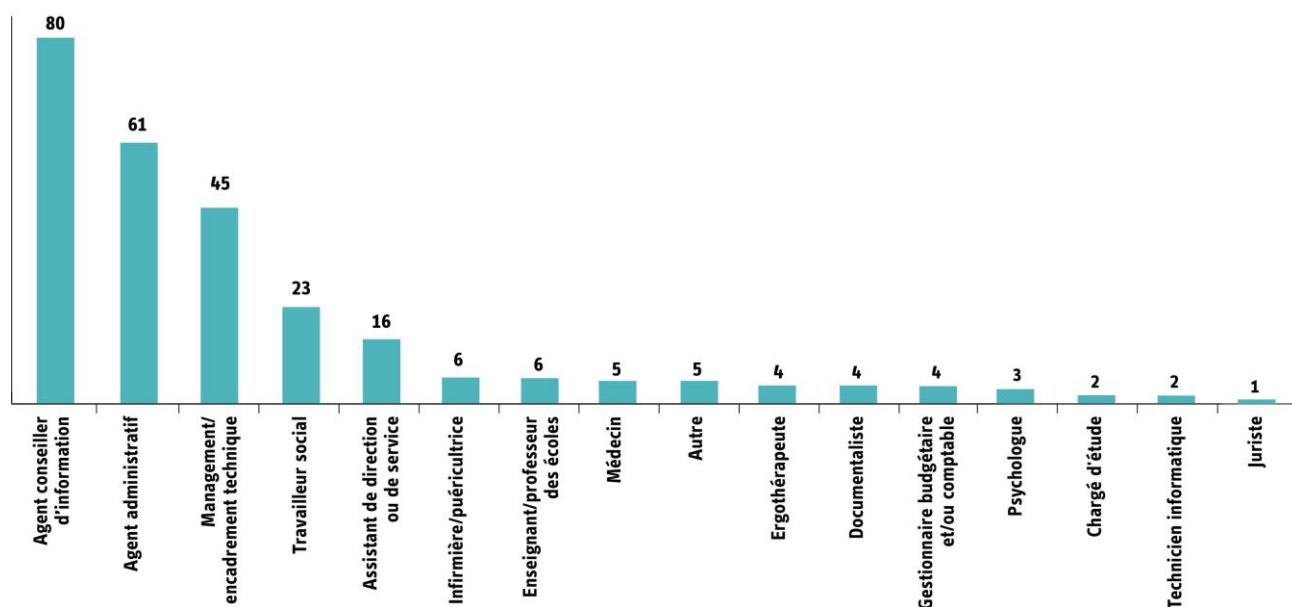
Les principaux profils mobilisés pour les missions d'accueil sont des agents conseillers d'information et des agents administratifs

Différents profils peuvent être mobilisés sur la mission d'accueil, compte tenu des différents niveaux d'accueil exercés et du niveau d'expertise requis pour certaines situations. La proportion des métiers mobilisés en 2018 est restée relativement stable par rapport à 2017.

Typologie des professionnels qui réalisent l'accueil

(en nombre de MDPH déclarant les mobiliser)

Échantillon : 97 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

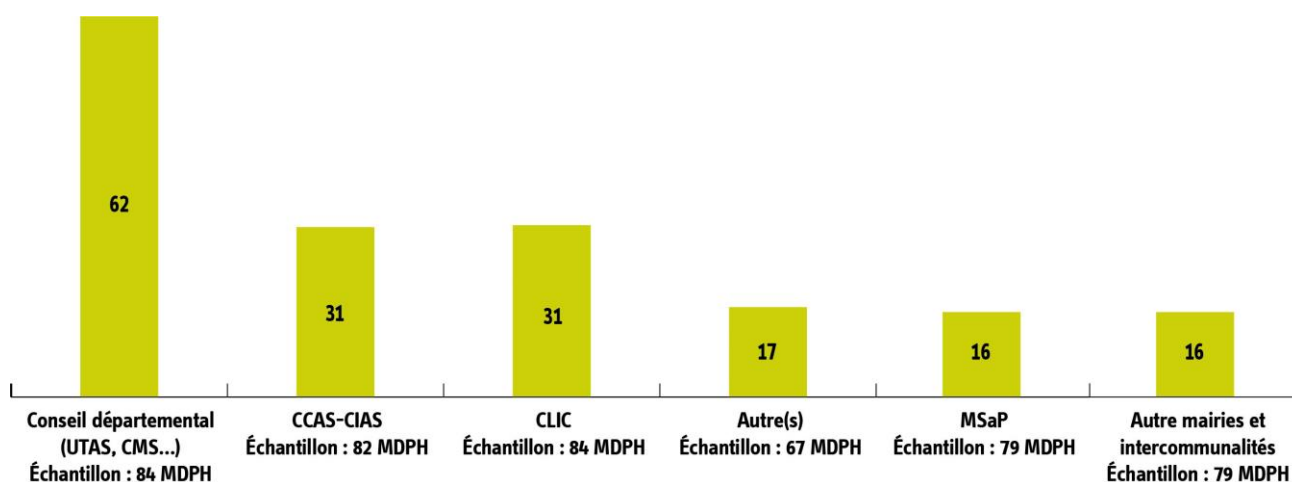
La place des partenaires dans la réalisation de cette mission demeure importante

Comme les années précédentes, des partenaires sont en général très fortement impliqués dans la réalisation de cette mission d'accueil. La territorialisation croissante de l'accueil, qui s'appuie souvent sur le réseau des partenaires, renforce probablement ce phénomène.

Partenaires mobilisés pour l'accueil

(en nombre de MDPH déclarant les mobiliser)

Échantillon : entre 67 et 84 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

3.3. La qualité de l'accueil est un élément central pour la satisfaction des usagers

La qualité de l'accueil a un fort impact sur la qualité de service perçue par l'utilisateur. Les résultats de l'enquête de satisfaction des usagers de MDPH « Ma MDPH, mon avis » 2018 témoignent de l'importance de l'accueil pour ceux-ci.

Focus sur la satisfaction des usagers concernant la qualité de l'accueil

Les éléments jugés à la fois importants et pour lesquels les MDPH sont performantes sont les items suivants :

- > vous avez pu exprimer vos besoins et vos souhaits ;
- > les agents de la MDPH sont accueillants ;
- > les agents de la MDPH vous écoutent ;
- > les agents répondent à vos questions.

Plus précisément, les résultats de l'enquête « Ma MDPH, mon avis » montrent, pour les MDPH qui présentent un fort niveau de participation, que **les éléments de satisfaction des répondants** portent sur :

- > leur capacité à **exprimer leurs besoins et souhaits** : 63,8 % des usagers ont répondu « oui » à la proposition « vous avez pu exprimer vos besoins et vos souhaits ». Après valorisation des réponses, cet item obtient une note de 7,57 sur 10 en moyenne ;
- > le caractère accueillant des agents : 61,3 % des répondants ont répondu « oui » à la proposition « les agents de la MDPH sont accueillants », soit une note de 7,55 sur 10 ;
- > l'écoute des agents : 56,3 % des personnes ont répondu « oui » à la proposition « les agents de la MDPH vous écoutent ». Cet item est valorisé à 7,17 sur 10.

L'analyse de 500 réponses qualitatives à la question « Qu'est-ce qui vous paraît le plus satisfaisant à la MDPH ? » apporte un **éclairage complémentaire** aux éléments de satisfaction.

- > l'efficacité, la rapidité, la qualité des réponses (48 occurrences) ;
- > l'écoute des professionnels (47 occurrences) ;
- > la disponibilité et l'investissement des professionnels (39 occurrences) ;
- > l'amabilité, la gentillesse des professionnels (34 occurrences) ;

De nombreux usagers évoquent la **qualité de service reçue à l'accueil en général** :

- > satisfaction vis-à-vis de l'accueil (71 occurrences) ;
- > le suivi, l'accompagnement, les conseils (41 occurrences) ;
- > l'efficacité, la réponse aux questions (13 occurrences) ;
- > l'accessibilité de la MDPH (11 occurrences) et la proximité des accueils sur le territoire (6 occurrences).

Pour ce qui concerne l'insatisfaction, les éléments suivants ressortent de l'enquête :

- > plus généralement, en matière d'accueil, sont régulièrement citées les difficultés de contact avec la MDPH, notamment téléphoniques (39 occurrences) ;
- > en réponse, la dématérialisation est citée par plusieurs usagers comme un élément d'amélioration envisageable pour la réalisation des démarches (28 occurrences) ;
- > quelques usagers notent aussi l'intérêt de bénéficier d'un référent unique ou d'interlocuteurs plus clairement identifiés au sein de la MDPH (16 occurrences) ;
- > plusieurs usagers soulignent l'importance de l'amélioration de l'accueil en général (25 occurrences) et notamment de son accessibilité (9 occurrences) ;
- > le sentiment de manque d'information des usagers affecte la perception de la qualité de l'accueil. Parmi les motifs d'insatisfaction, les participants évoquent un manque d'information des usagers (66 occurrences) sur les droits et les aides, le suivi du dossier et les décisions. Les usagers estiment qu'il limite l'accès aux droits (méconnaissance des aides), génère de l'inquiétude et donne le sentiment aux répondants d'un accueil impersonnel et peu empathique (43 occurrences).

Source : Ma MDPH, mon avis, restitution des résultats 2018, CNSA, avril 2019.

L'amélioration de ce service a été parfois priorisée dans les dispositifs de mesure de qualité des MDPH.

📌 La mesure/l'évaluation de la qualité de l'accueil : quelques exemples

MDPH de Côte-d'Or (21)

« Réalisation d'une enquête satisfaction sur l'accueil MDPH par une stagiaire en master de sociologie. Maintien de l'intervention de la mission d'évaluation (MEOP) du département sur le travail d'optimisation du taux de décroché de l'accueil téléphonique afin de se rapprocher des standards de qualité de service en la matière. »

MDPH de l'Eure (27)

« Face à des indicateurs d'activité en hausse, la réponse téléphonique apportée en 2017 est restée très insuffisante, avec un taux moyen de décroché de 23 %. En 2018, la MDPH de l'Eure a mis l'accent sur l'amélioration des processus de travail du service accueil, et a renforcé ses équipes en faisant le choix de recrutements en renfort sur postes non pérennes. L'ensemble de ces choix ont permis d'améliorer très nettement la réponse téléphonique apportée en 2018. »

3.4. Enjeu de qualité majeur, l'organisation du *process* d'accueil fait l'objet d'importants travaux d'amélioration

Une très grande majorité des MDPH a travaillé à l'amélioration de l'accueil en 2018

Dans le cadre du RMQS et de la démarche qualité, de nombreuses MDPH ont engagé ces dernières années des travaux d'amélioration de l'accueil. En 2018, ce mouvement de fond est encore largement à l'œuvre, avec 80 % des MDPH qui déclarent avoir conduit des travaux d'optimisation de l'organisation de l'accueil (parmi un échantillon de 97 MDPH).

Les améliorations portent sur quatre grands sujets, en cohérence avec les quatre objectifs identifiés par le RMQS en matière d'accueil :

- > l'amélioration de l'accessibilité de l'accueil (lieux, horaires...);
- > la formation des agents d'accueil (aux publics de la MDPH, à l'agressivité, aux processus...);
- > le déploiement de téléservices ;
- > l'organisation des *process* d'accueil en deux niveaux, la réorientation vers des partenaires ;
- > enfin, plus globalement, la refonte des *process* d'accueil, physique, courrier ou téléphonique.

Ces améliorations mobilisent souvent des outils spécifiques aux démarches qualité.

📌 La mobilisation des outils de démarche qualité sur l'accueil : exemples

MDA des Hautes-Pyrénées (65)

« Des procédures sont actualisées. Des critères d'analyse de l'activité ont été définis pour ajuster l'organisation aux flux d'accueil du public et de l'enregistrement des dossiers.

MDPH de l'Yonne (89)

« Mise à jour des procédures : ce travail a été amorcé fin 2018 ; les procédures obsolètes ont été supprimées, certaines procédures ont été remises à jour et de nouvelles procédures sont formalisées. »

MDPH du Val-de-Marne (94)

« Des objectifs ont été donnés à chaque agent de l'équipe d'accueil, en nombre d'appels décrochés quotidiens, des outils de suivi statistiques ont été mis en place afin de mieux quantifier et qualifier les réponses apportées aux usagers, les délais de réponse aux *mails* adressés sur l'adresse générique de la MDPH ont été réduits, de solutions techniques ont été testées (bureau isolé pour les appels, nouveaux casques sans fil...). »

L'amélioration de l'accessibilité des accueils des MDPH progresse grâce à de multiples travaux sur les horaires, les locaux ou encore les outils numériques

Premier objectif identifié au sein du RMQS, l'accessibilité des MDPH dépend de plusieurs facteurs.

En 2018, la progression visible de la **territorialisation**, notamment des fonctions « Accueil », contribue à améliorer l'accessibilité géographique des MDPH. Pour rappel, en 2017, 48 MDPH ont déclaré avoir territorialisé l'accueil, contre 62 MDPH en 2018.

Cette accessibilité territoriale dépend aussi des **horaires d'ouverture** des structures. Si aucune statistique n'est disponible à ce sujet, on peut noter que plusieurs MDPH le pointent comme un sujet travaillé en 2018. Nombre de MDPH signalent aussi avoir **réaménagé et remeublé l'accueil** de façon à en améliorer le confort et l'accessibilité aux différents handicaps tout autant que les conditions de travail des agents (ergonomie, sécurité...).

La mise en place d'autres canaux de **contact, à distance** et faciles d'accès pour les usagers progresse également en 2018 :

- > 98 % des MDPH disposent d'une adresse de courriel générique (soit 96 sur 98 ayant répondu contre 85 sur 91 en 2017) ;
- > 43,3 % des MDPH indiquent disposer d'un numéro vert pour l'accueil téléphonique, conformément à l'obligation légale (soit 42 sur 97 MDPH contre 36 sur 91 en 2017) ;
- > 30,9 % des MDPH ont mis en place un portail usager ou téléservice (soit 30 sur 97 MDPH contre 19 sur 91 en 2017).

Au total, seules 2 MDPH n'ont déployé aucun de ces services en 2018. 41 MDPH disposent d'au moins un de ces trois services, 44 en ont au moins deux, et 13 disposent des trois.

📌 Quelques exemples de bonnes pratiques favorisant l'accessibilité des MDPH

MDPH des Bouches-du-Rhône (13)

« Mise en place d'une plateforme téléphonique depuis le 1^{er} septembre 2018 avec onze agents. »

MDA du Cantal (15)

« Sur le [site cantal.fr](http://site.cantal.fr), les usagers disposent d'un formulaire de contact en ligne. Ces messages sont gérés par la responsable de la mission accueil. Par ailleurs, fin 2018, une adresse générique accueilmda@cantal.fr a été créée ; elle est proposée en interne et au public. »

MDPH de Haute-Garonne (31)

« Sur 2018, des travaux importants ont été réalisés sur la zone « accueil » de la MDPH pour améliorer la répartition des espaces, l'ambiance acoustique et l'éclairage. Le résultat est largement salué par les personnes en situation de handicap qui relèvent une meilleure confidentialité des échanges. De même, la possibilité de varier l'intensité lumineuse assure une meilleure accessibilité aux personnes, notamment dans le cadre du handicap psychique. »

MDPH des Landes (40)

« Afin d'améliorer l'accessibilité de l'information aux personnes handicapées déficientes auditives, des permanences pour personnes signantes effectuées par l'interface de communication du pôle sensoriel de l'IRSA ont été mises en place depuis juin 2014. »

MDPH de la Somme (80)

« Un diagnostic interne par le biais de questionnaires et d'entretiens individuels ainsi qu'un diagnostic externe auprès des partenaires ont été réalisés courant 2018 puis restitués à l'ensemble des professionnels en janvier 2019. Ce diagnostic a permis de réorganiser certaines modalités de fonctionnement de l'accueil (exemple : les horaires et les jours d'ouverture) et va alimenter le nouveau projet interne pour 2019. »

MDPH de Martinique (972)

« On gagnerait à travailler le maillage territorial en termes d'information et de réception du public. Les problématiques sont souvent transversales (financières, handicap, logement, professionnelle). Le levier de la territorialisation serait une vraie plus-value dans un premier temps sur l'accueil et l'information avec le concours des CCAS [centre communal d'action sociale], CLIC [centre local d'information et de coordination]... »

Concernant le **numéro vert**, 3 MDPH signalent qu'il est très peu utilisé, les usagers préférant contacter directement leurs gestionnaires (Deux-Sèvres, Calvados, Eure).

Le développement de la réorientation et de deux niveaux d'accueil, gages d'un accompagnement personnalisé, progresse également nettement en 2018

Une très grande majorité des MDPH, environ 90 % sur un panel de 95 MDPH ayant répondu, déclarent avoir mis en place plusieurs niveaux d'accueil (une bonne pratique recommandée par le RMQS). Cette proportion était de 82,5 % en 2017 (sur un échantillon de 80 MDPH). Cette différenciation peut porter sur les trois formes d'accueil, physique, téléphonique ou électronique. Le détail des statistiques de mise en place par type d'accueil semble attester d'une nette progression :

État de différenciation des niveaux d'accueil par type d'accueil en 2018

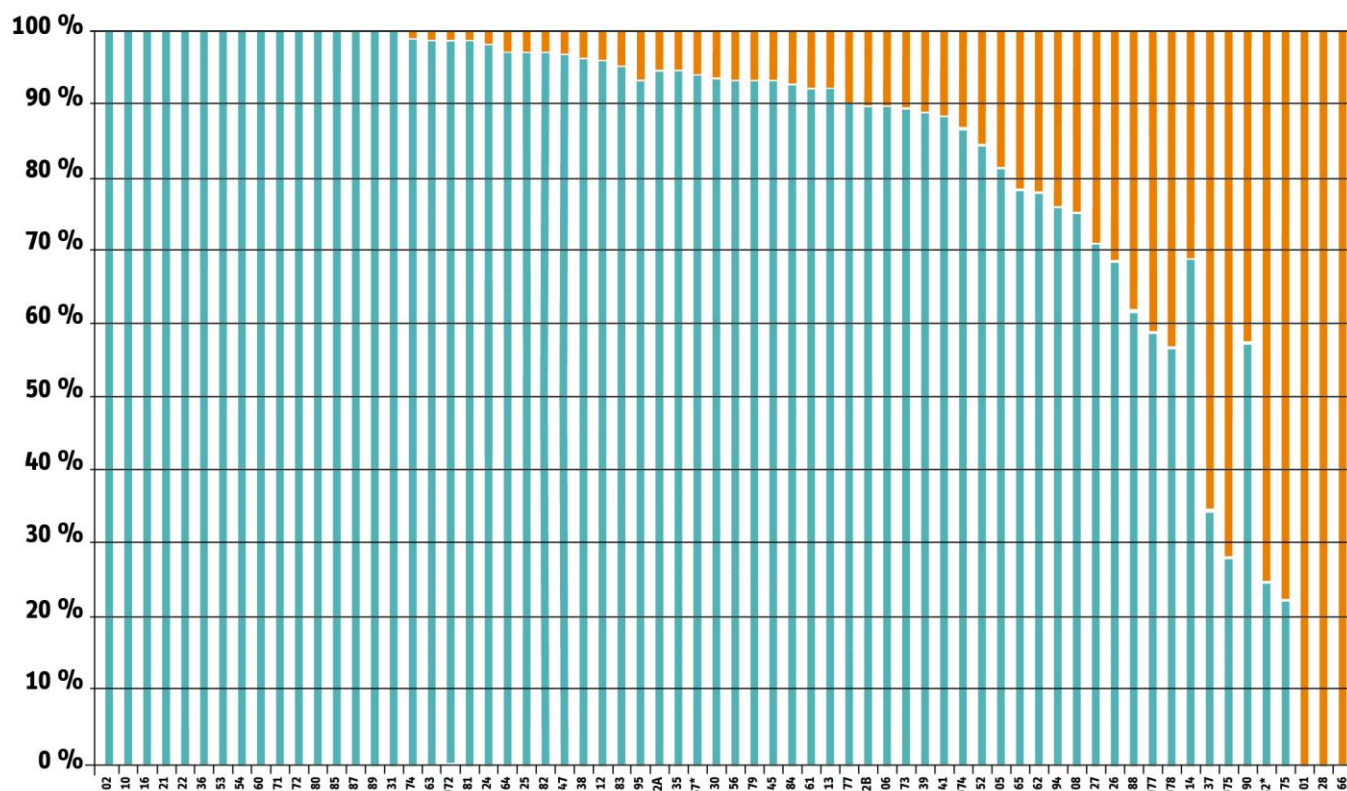
Échantillon : 95 MDPH

Accueil physique	Accueil téléphonique	Accueil électronique
82 MDPH, soit 86,3 % des MDPH	76 MDPH, soit 80 % des MDPH	63 MDPH, soit 66,3 % des MDPH

Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017 et 2018.

L'accueil physique de niveau 1 constitue la porte d'entrée pour les usagers à la MDPH. Il représente 83 % des personnes accueillies à la MDPH en 2018, contre 81 % en 2017, une relative stabilité. L'accueil de niveau 2, par son aspect plus spécialisé et plus ciblé, ne concerne que 17 % des personnes accueillies à la MDPH.

Part des personnes accueillies selon le niveau d'accueil existant à la MDPH en 2018 Échantillon : 66 MDPH



MDPH classées par ordre croissant de la part des personnes accueillies en niveau 2

■ Part des personnes accueillies en niveau 1 ■ Part des personnes accueillies en niveau 2

Source : CNSA, échanges annuels 2018.

La pratique de réorientation vers d'autres partenaires est largement répandue. En 2018, 97 MDPH (soit 99 % d'un échantillon de 98) déclarent réorienter les usagers vers un autre service compétent lorsque la demande n'entre pas leur champ de compétence : 61 systématiquement (soit 62,2 %), 24 pour une majorité d'usagers (soit 24,5 %) et 12 pour une minorité d'usagers (soit 12,2 %).

Certaines MDPH signalent néanmoins avoir pour exigence d'apporter le maximum de réponses, conformément à leur mission de guichet intégré.

La formation des professionnels d'accueil, gage d'un accueil et d'une orientation de qualité, est également largement investie en 2018

L'accueil de personnes en situation de handicap nécessite de nombreuses compétences, notamment les savoir-être de l'accueil généraliste et une connaissance des publics en situation de handicap dans leur diversité. À ce titre, de nombreuses MDPH signalent que leurs agents d'accueil ont suivi des formations en 2018, sur des sujets tels que les procédures et les outils métiers, les dispositifs du handicap, mais aussi les différents types de handicaps, les situations d'agressivité ou encore la langue des signes française.

▮ Différentes façons d'organiser l'étayage des agents d'accueil en MDPH

MDA du Cantal (15)

« Un système de tutorat a été nécessaire [et] des formations en interne ont été mises en place pour le personnel de l'accueil. »

MDA de Gironde (33)

« Formation des accueillants aux prestations, actualisation de leurs connaissances par le biais de rencontres régulières ; proposition d'immersion pour les volontaires dans un service de la MDPH. »

MDPH de Lot-et-Garonne (47)

« Un lien a été effectué avec le centre national de la fonction publique territoriale afin de bénéficier des modules de formation accueil sur site. Ces temps de formation sont prévus courant 2019 au profit de l'ensemble des agents participant à l'accueil. »

MDA de Mayenne (53)

« Les agents d'accueil sont parfois amenés à réorienter certains usagers vers d'autres services compétents, par exemple la CAF, le service public de l'emploi... ce qui nécessite une formation fréquente de ces personnels et une bonne connaissance de l'activité des partenaires. Dans ce sens, les agents d'accueil sont associés aux visites des ESMS organisées par le service enfants et adultes. »

MDPH des Deux-Sèvres (79)

« Une formation « accueil du public en situation de handicap » a été réalisée à destination des nouveaux agents amenés à être en contact avec ce public. »

L'amélioration de l'accueil téléphonique

De nombreuses MDPH travaillent, directement ou indirectement, à l'amélioration de l'accueil téléphonique dans leurs structures. L'amélioration des *process* d'accueil physique et numérique, d'instruction et de décision contribue à faire diminuer le nombre d'appels pour explications ou mécontentement et permet de désaturer les lignes. L'amélioration du taux de décroché peut aussi résulter d'une optimisation de l'organisation de l'accueil téléphonique, au moyen de différents procédés (centrales d'appels, prédécroché, renforts au standard...).

▮ Les effets positifs de l'amélioration des processus sur l'accueil téléphonique

MPDH des Ardennes (08)

« Très nette hausse : prise des appels téléphoniques par l'ensemble des agents du service Accueil d'où une meilleure accessibilité de nos services par téléphone. »

MDPH de l'Ariège (09)

« Les appels téléphoniques ont été beaucoup moins nombreux. En effet, les délais d'instruction étant respectés, les usagers appellent moins souvent pour connaître l'état d'avancement de leur dossier. »

MDPH de Côte-d'Or (21)

« En 2018 les travaux engagés dans le cadre de la mise en place d'une démarche qualité, associée au plan d'action du RMQS, ont été poursuivis. Un plan de résorption des appels perdus a été engagé sur trois axes : mieux organiser la prise d'appels en période d'absence (période de congés notamment), mieux informer en amont les usagers des délais de traitement, et mise en place d'un message informatif sous la forme d'un prédécroché automatique. En parallèle, une personne supplémentaire a été positionnée à hauteur de 0,5 ETP sur le standard MDPH. »

MDA de Gironde (33)

« Le nombre d'appels diminue, pour autant le taux de réponse n'est pas satisfaisant, malgré une organisation revue, un engagement des répondants et une attention soutenue à cette plateforme, la saturation due aux appels nombreux, les réponses qualifiées à apporter nécessitant une grande concentration engendrent une charge mentale importante pour les écoutants. Un programme d'action est prévu en 2019 afin d'être en mesure de répondre qualitativement aux personnes. »

MDPH de la Marne (51)

« Le nombre d'appels a fortement chuté en même temps que le taux de décrochés a augmenté ce qui laisse supposer, comme pressenti l'année dernière, que les appels reçus à la MDPH se caractérisaient par une "itérativité" importante. Traditionnellement "point noir" de la MDPH, l'amélioration sensible de cet indicateur dans un contexte contraint est une vraie réussite. Fin de l'année, le standard par un renfort en personnels a permis d'obtenir un taux proche de 95 % d'appels. »

MDPH du Pas-de-Calais (62)

« Comme pour l'accueil physique, la baisse du nombre d'appels reçus est la conséquence de plusieurs facteurs : – la diversification et la modernisation des modalités d'accueil – la diminution des motifs d'inquiétude – l'effet démultiplié de ces facteurs sur le nombre d'appels (le standard étant saturé, un appel non décroché occasionne plusieurs appels successifs : ainsi, tout appel satisfait ou évité fait diminuer le nombre d'appels reçus). »

Le déploiement des téléservices et de portails usagers s'étend légèrement

En lien avec les perspectives de déploiement du palier 1 du système d'information harmonisé et la dématérialisation des procédures, plusieurs MDPH ont progressé dans le déploiement de téléservices de saisie et de suivi des demandes. Ainsi, en 2018, 30 MDPH sur 97 déclarent avoir déployé un téléservice ou un portail usager contre 19 (parmi 91 répondants) en 2017.

Ce mouvement devrait se poursuivre en 2019 puisqu'une dizaine de MDPH disent travailler sur le déploiement du téléservice en 2018. Plusieurs d'entre elles ont opté pour la solution de plateforme de dépôt de demande en ligne proposée par la CNSA. On peut ainsi estimer que 40 % des MDPH en proposeront un au cours de l'année 2019.

Les fonctionnalités de ces téléservices sont encore variables. Parmi les 30 MDPH ayant mis en place un téléservice, 22 ont indiqué ce que celui-ci permettait à l'utilisateur : 12 ont un téléservice permettant uniquement le dépôt de la demande, 9 intègrent également le suivi de la demande, 1 propose uniquement le suivi de la demande. La gestion du téléservice se répartit à parts égales entre le département et la MDPH.

Un mouvement de progression du téléservice vers des portails usagers complets ou des solutions GRC plus globales semble également engagé par des MDPH.

Si l'usage du téléservice paraît se développer dans certaines MDPH, pour d'autres il reste très limité. Plusieurs MDPH soulignent ainsi l'enjeu de communiquer sur l'outil, d'une part, et d'accompagner les usagers, d'autre part, notamment pour les usagers les plus éloignés du numérique.

📌 Le déploiement du téléservice : exemple de fonctionnalités déployées

MDPH de Charente (16)

« Le téléservice actuel permet uniquement le suivi des demandes des usagers. La boîte de contact de la MDPH est utilisée par les usagers pour solliciter des informations complémentaires (570 messages reçus en 2018). »

MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)

« Le téléservice, initié en janvier 2016, permet de suivre étapes d'instruction du dossier, de connaître les différents droits en cours et leurs échéances, et d'échanger avec son référent administratif, notamment pour actualiser les informations personnelles. Le dépôt d'un dossier en ligne est également possible. »

MDPH de la Marne (51)

« La MDPH a déployé son outil de réservation en ligne permettant ainsi au public de choisir dans des plages prédéterminées son créneau. Les fonctionnalités permettent à la personne handicapée d'indiquer son motif de [rendez-vous], de le modifier ou de le supprimer, mais encore d'être avertie par SMS si la situation devait l'exiger (permanence modifiée ou non maintenue...). »

Focus sur le déploiement du nouveau formulaire de demande

Le déploiement du formulaire se poursuit en 2018

En 2017, 27 MDPH sur 89 l'ont déployé totalement ou partiellement. Elles sont 45 sur 98 MDPH ayant répondu en 2018, dont 20 totalement et 25 partiellement. Le déploiement est parfois progressif, avec le maintien de l'ancienne version.

Le déploiement du nouveau formulaire est jugé difficile

Si quelques MDPH signalent fin 2018 n'avoir pas encore pu évaluer les impacts du nouveau formulaire, une grande majorité pointe de nombreuses difficultés pour son déploiement :

- > un questionnaire difficilement appropriable pour de nombreux usagers, du fait de sa longueur (passée de 20 à 40 pages) et de sa complexité. Ce formulaire semble avoir déstabilisé nombre d'usagers et constituer un frein aux démarches ;
- > ces mêmes raisons ont entraîné une surcharge de travail à plusieurs niveaux : à l'accueil (besoin d'accompagnement des usagers), ainsi qu'à l'instruction (saisine) et à l'évaluation. Les MDPH signalent ainsi un temps de traitement allongé ;
- > plusieurs MDPH signalent une forte insatisfaction des médecins concernant le formulaire médical, estimé trop long et fastidieux à compléter, avec des rubriques en dehors de leur périmètre (retentissement sur la vie sociale et quotidienne), inadapté aux enfants et générant un temps excessif au regard de la consultation ;
- > quelques MDPH signalent également des difficultés de récupération en ligne, d'enregistrement et d'interaction avec leur outil GED ou avec leur logiciel ;
- > un surcoût et une surcharge sont également signalés, dus à l'impression des documents ;
- > pour finir, quelques MDPH estiment que l'objectif de recueillir une information plus riche n'est pas atteint fin 2018. Une reprise de contact avec les usagers est souvent nécessaire pour affiner certains aspects déclarés ou peu développés ou pour demander des pièces complémentaires, notamment pour les dossiers « enfants ».

Les leviers pour améliorer le déploiement du nouveau formulaire

Au regard de ces constats, la plupart des MDPH signalent avoir organisé :

- > des temps de familiarisation pour les agents et les usagers avec une mise en œuvre progressive et un effort d'explication accentué au démarrage ;
- > des temps d'information, de formation et d'échange avec les agents sur la nouvelle procédure, la logique de construction de l'outil, l'appropriation du contenu... avec parfois un travail à travers des cas d'usages (recommandation CNSA) ;
- > la création d'outils de présentation ou d'aide au renseignement pour les agents ;
- > une information externe des partenaires, notamment les associations tutélaires, l'Éducation nationale, les travailleurs sociaux, les comités d'utilisateur, CLIC... au moyen de courriers, du site internet, de rencontres, de kits de communication, de notices explicatives, de kits pédagogiques, de l'utilisation des supports de la CNSA comme la vidéo sur la demande générique ;
- > un accompagnement spécifique des usagers, avec une information dédiée, parfois des notices, un appui à l'accueil... ;
- > la mise à disposition de bornes informatiques sur le site et un accompagnement dédié pour les usagers éloignés du numérique, avec parfois un agent dédié.

4. L'instruction des demandes

4.1. Le délai de traitement et la simplicité des démarches : deux attentes majeures des usagers

La qualité des procédures d'instruction est essentielle pour les usagers, comme le montrent les premiers résultats de l'enquête « Ma MDPH, Mon avis » de 2018.

L'analyse des réponses qualitatives à la question « est-ce que les aides que vous avez répondu à vos besoins ? » fait ressortir comme deuxième motif d'insatisfaction des répondants, après les aides accordées en elles-mêmes, les modalités d'accès à ces aides. L'analyse de 500 réponses qualitatives à la question « Que faut-il améliorer à la MDPH ? » confirme ces premiers éléments. Trois points ressortent particulièrement : le fonctionnement du processus de traitement et en particulier les délais de traitement des demandes ; l'information des usagers ; l'évaluation des situations et le fonctionnement des CDAPH. Enfin, il faut noter que de nombreux commentaires mettent en exergue des relations dégradées avec l'administration.

Parmi les principaux motifs d'insatisfaction, sur 500 réponses, reviennent régulièrement :

- > le temps de réponse, jugé trop long (106 occurrences) et déconnecté de la réalité ;
- > les démarches redondantes et les renouvellements trop fréquents (29 occurrences) ;
- > les dossiers, jugés complexes à monter et mal gérés (41 occurrences) ;
- > le manque de suivi et d'accompagnement (29 occurrences) ;
- > le fait que le demandeur n'a pas été reçu par un médecin de la MDPH et/ou pu assister à la CDAPH (28 occurrences).

Parmi les principaux points à améliorer, le sujet le plus fréquemment évoqué par les répondants est celui des **délais de traitement**.

Les **dossiers** sont également jugés **complexes à renseigner et à compléter**. L'accès à des expertises médicales très spécialisées est difficile et ne correspond pas toujours au calendrier de traitement des demandes des MDPH. La reconstitution de dossiers complets lorsque la situation n'a pas changé ou qu'il convient d'ajouter des pièces complémentaires est jugée lourde. De nombreux répondants appellent à un allongement de la durée des droits accordés (82 occurrences).

4.2. L'instruction des demandes, activité majeure des MDPH, mobilise comme les années précédentes des moyens importants

Les moyens mobilisés par les MDPH sur les missions d'instruction restent stables en 2018, représentant un peu moins du tiers des effectifs

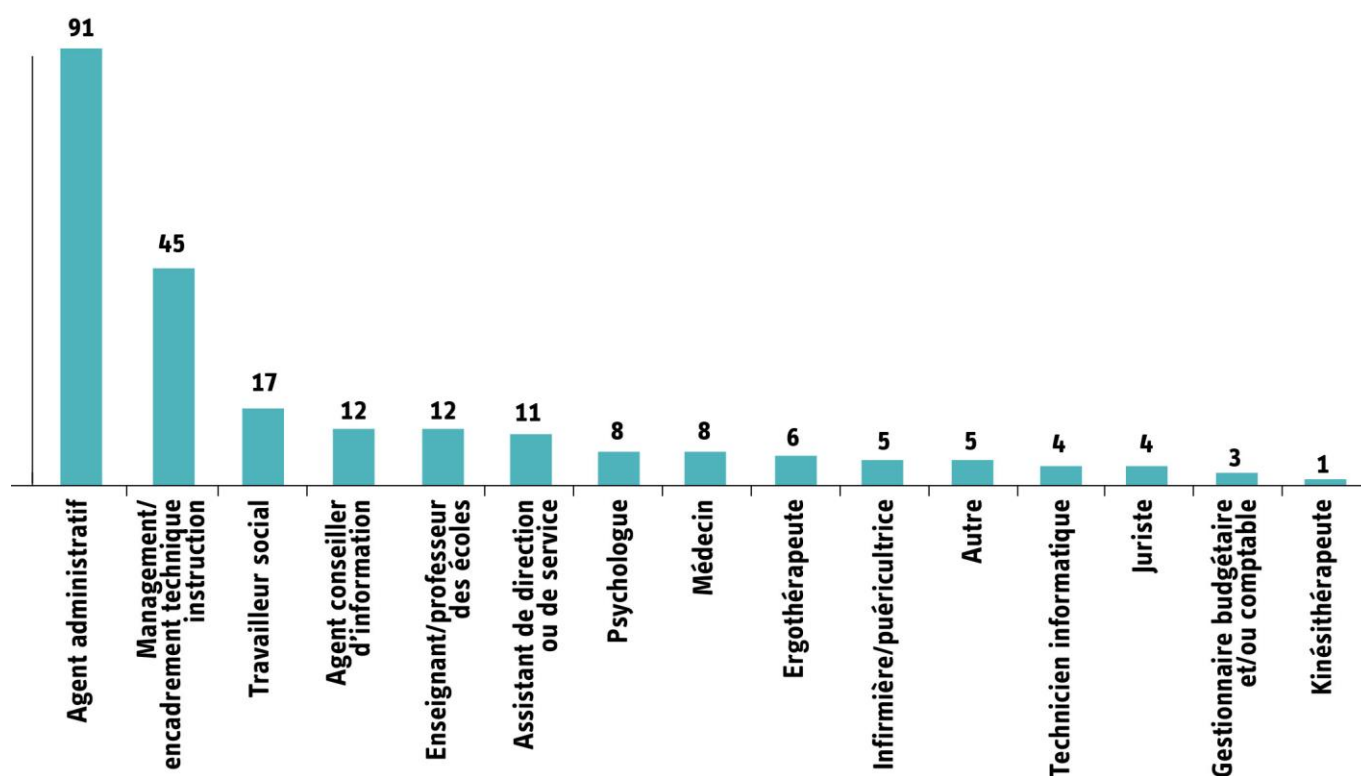
Comme les années précédentes, les MDPH consacrent en 2018 une partie importante de leurs moyens humains à l'instruction des demandes. Ainsi, l'instruction représente 31 % des ETP travaillés dans les MDPH en 2018, une proportion en légère baisse en comparaison des 32 % en 2017 et 34 % en 2016.

Les métiers mobilisés sur ces *process* restent également relativement stables. Les compétences mobilisées sont les mêmes qu'en 2017. La majorité des agents mobilisés sur l'instruction sont des agents administratifs, puisque 91 MDPH, soit 94 % de l'échantillon, ont déclaré mobiliser des agents administratifs sur cette mission. Le personnel de management et d'encadrement technique est aussi fortement mobilisé sur cette mission dans 46 % des MDPH.

Typologie des professionnels qui réalisent l'instruction

(en nombre de MDPH déclarant les mobiliser)

Échantillon : 97 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

Comme les années précédentes, une tendance au rapprochement des services Instruction et Évaluation s'observe pour apporter plus de transversalité entre les équipes

Les MDPH ont opéré des choix divers en termes d'organisation des services d'instruction et d'évaluation. Si certaines MDPH privilégient une spécialisation des agents sur chaque étape, nombre d'entre elles indiquent avoir renforcé la collaboration entre ces missions. Cela se traduit parfois simplement par une proximité dans les locaux, des réunions de coordination ou des fiches de contact ; parfois, certaines MDPH associent les instructeurs à l'évaluation ou fonctionnent par binômes ou par pôles fusionnés par public.

▣ Différentes formes de rapprochement des services Instruction et Évaluation

MDPH de la Creuse (23)

« La taille de la MDPH implique une polyvalence des agents instructeurs qui gèrent l'entièreté des demandes présentes dans un dossier. Ils peuvent se remplacer lors des absences des collègues. Les agents de l'équipe d'évaluation sont en contact permanent avec eux, car ils bénéficient d'une proximité dans le bâtiment qui permet des échanges faciles. Les différentes équipes se réunissent tous les 15 jours et sont animées par le RIS (équipes enfants), le RIP (équipes professionnelles) et la coordonnatrice (équipe autonomie). »

MDPH de Lot-et-Garonne (47)

« Les agents instructeurs se rapprochent des professionnels de l'évaluation dans le cadre de l'utilisation progressive des nouveaux dossiers et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de demande générique. Ces derniers essaient avec les éléments dont ils disposent de guider la position de l'équipe d'évaluation en matière de droits. »

MDPH de Martinique (972)

« Regroupement des fonctions au sein d'une cellule d'analyse initiale, avec plus de polyvalence des agents d'évaluation et des agents instructeurs. Participation au sein de chaque type d'équipe d'évaluation d'un agent instructeur qui enregistre en direct les conclusions de l'EP, ses préconisations en vue de la CDAPH. Cet enregistrement concomitant à l'évaluation permet à l'instructeur de comprendre le sens des décisions prises et de pouvoir corriger les éventuelles erreurs/incohérences, notamment dans les dates d'ouverture de droit. La proximité des bureaux (évaluation au même niveau que l'accueil) permet des échanges entre agents d'accueil et évaluateurs dès la réception du public, notamment quand l'accueil détecte une situation difficile à traiter urgemment (rupture de droits...).

4.3. Les MDPH poursuivent en 2018 l'optimisation de l'instruction, déterminante pour la tenue des délais et la qualité de l'évaluation

En 2018, 83,7 % des MDPH déclarent avoir engagé des travaux d'optimisation du processus d'instruction (sur 92 MDPH). Elles étaient 78 % en 2017 (sur 82 MDPH). Ces travaux peuvent porter sur plusieurs approches en lien avec les recommandations du RMQS et du tronc commun du métier des MDPH :

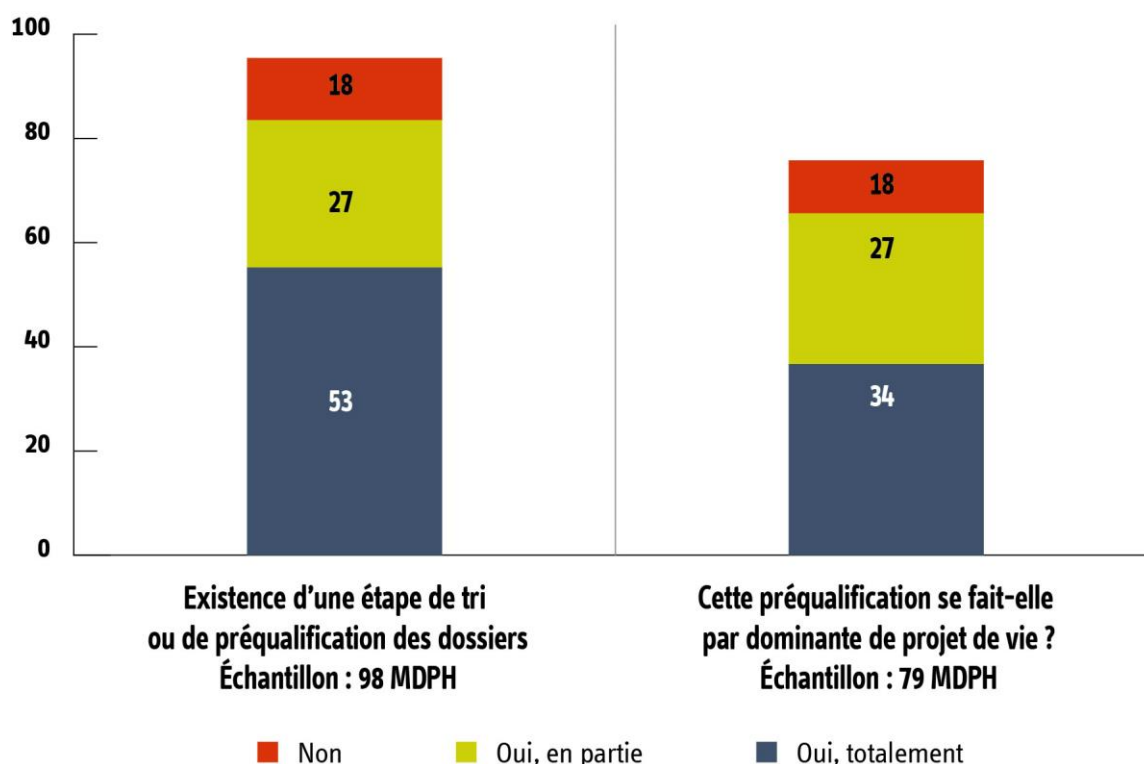
- > une amélioration de l'efficacité de l'enregistrement des dossiers (procédures de relance pour le recueil des pièces, procédures de vérification de cohérence, cellules de recevabilité...);
- > la mise en place de la préqualification des dossiers, afin de les orienter vers l'équipe pluridisciplinaire compétente en fonction des choix de spécialisation faits par la MDPH;
- > le décloisonnement des différents métiers de la MDPH comme évoqué précédemment.

La préqualification des dossiers, pratique recommandée par le tronc commun du métier des MDPH, semble progresser

Préconisée comme bonne pratique dans le cadre du tronc commun du métier des MDPH formalisé en vue de l'harmonisation des SI des MDPH, la préqualification des dossiers se développe en 2018. Ainsi, sur un échantillon de 98 MDPH, 80 déclarent qu'il existe une étape de tri ou de préqualification des dossiers (dont 53 totalement et 27 en partie). Seules 18 MDPH, soit moins d'un cinquième des MDPH, n'en disposent pas. Par ailleurs, plusieurs MDPH disent engager une réflexion en 2018 (6 MDPH).

Parmi celles qui en disposent, soit 80 MDPH, 34 ont mis en place une préqualification par dominante de projet de vie, contre 27 en 2017.

Tri et préqualification des dossiers (en nombre de MDPH)



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

Cette préqualification peut être positionnée à différents moments du processus selon les cas :

-	Instruction	Évaluation	Autre moment
En 2017 (nombre de MDPH sur un échantillon de 56)	46	5	5
En 2018 (nombre de MDPH sur un échantillon de 83)	56	12	15

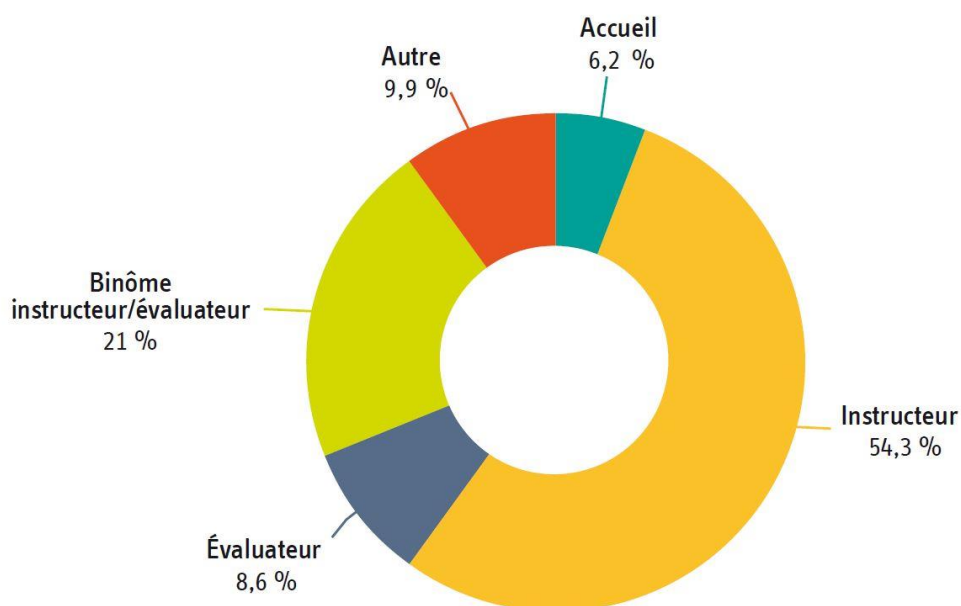
En termes de profils mobilisés pour cet exercice, le recours aux binômes semble progresser.

En 2018, 17 MDPH (21 % parmi 81 ayant répondu) déclarent avoir mis en place des binômes instructeur et évaluateur pour l'étape de préqualification des demandes, contre 13 MDPH (15 % parmi 88 ayant répondu) en 2017.

Toutefois, cette étape de préqualification reste majoritairement réalisée par des instructeurs (44 MDPH en 2018 – 54 %, contre 57 – 65 % – en 2017).

La part des MDPH mobilisant des évaluateurs seuls lors de cette phase reste stable, aux alentours de 9 % (7 MDPH en 2018).

Profil de l'équipe réalisant l'étape de préqualification de la demande Échantillon : 81 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

Ces différentes évolutions, ainsi que le déploiement du palier 1 du SI harmonisé et de la dématérialisation, induisent souvent un travail de refonte des processus

De nombreuses MDPH signalent avoir retravaillé leur organisation et leurs procédures en 2018. Ce travail, souvent lié à des chantiers d'évolution de pratiques ou d'outils, a parfois permis des gains d'optimisation significatifs. Ces chantiers sont aussi parfois rendus nécessaires en raison des hausses d'activité.

📌 L'impact des chantiers SI sur l'évolution des procédures

MDPH de l'Aveyron (12)

“Le passage à la dématérialisation auquel les agents instructeurs apportent une contribution importante a permis des gains de temps sur l'instruction des dossiers. Le passage à la CMI a également réduit les délais d'instruction. Ainsi, des moyens attribués à l'instruction des dossiers ont pu être redéployés sur d'autres tâches (numérisation, secrétariat d'équipe).”

MDPH de Loire-Atlantique (44)

« La dématérialisation a permis rénover le métier d'instruction des dossiers, et de renforcer la contribution des professionnels concernés à l'étude des dossiers. »

MDPH de la Meuse (55)

“Adaptation des procédures d'instruction à la mise en place de la GED pour y intégrer les étapes de numérisation et adapter la ventilation des notifications aux partenaires. Adoption d'un *workflow* permettant d'optimiser le circuit d'instruction (et d'évaluation) des dossiers.”

MDPH de la Somme (80)

“L'arrivée du nouveau SI va sans doute nécessiter une organisation nouvelle et notamment sur l'enregistrement des demandes après le prétri réalisé par les évaluateurs. En 2018, il y a eu un regroupement des agents instructeurs adultes et enfants sous la responsabilité d'un chef de service. L'objectif est de tendre à des processus de travail très similaires (préparation du changement du nouveau SI) et de contribuer aussi à l'harmonisation des pratiques et au collectif au sein de l'équipe.”

MDPH des Hauts-de-Seine (92)

« Dans le cadre de la préparation au déploiement du SI Tronc commun, plusieurs travaux ont été engagés : 1° Harmonisation de l'ensemble des courriers conformément aux recommandations de la CNSA : la rédaction des motivations des décisions a été systématiquement revue ; 2° Réflexion sur la simplification des processus étapes utilisés pour transmettre les dossiers vers l'évaluation. »

5. L'évaluation des situations individuelles

5.1. L'enquête « Ma MDPH, mon avis » pointe la grande attention des usagers sur la qualité du processus d'évaluation

Les réponses à la question « Que faut-il améliorer ? » comportent plusieurs éléments d'insatisfaction relatifs aux processus d'évaluation, mais aussi de décision. Sont ainsi cités :

- > le respect des **besoins, souhaits et attentes** exprimés par les usagers ou les professionnels participant à leur accompagnement (58 occurrences) ;
- > une **meilleure évaluation** des besoins en équipe pluridisciplinaire et en CDAPH (43 occurrences) ;
- > la formalisation du projet personnalisé de scolarisation (PPS) et l'envoi du plan personnalisé de compensation (PPC), conformément aux exigences légales et réglementaires (12 occurrences) ;
- > **la participation des usagers à leur évaluation ou le passage en CDAPH** (34 occurrences). À ce titre, il est à noter que plusieurs usagers indiquent avoir demandé à participer à la CDAPH, ce qui leur a été refusé ;
- > **le respect des barèmes d'accès à la compensation** (12 occurrences) **et des recommandations de la Haute Autorité de santé** (HAS – 4 occurrences). Ce dernier point a un impact particulièrement fort sur le sentiment d'équité des usagers concernés. Une partie des verbatim des répondants décrivent des relations dégradées avec l'administration du fait de l'identification de **droits non respectés** (32 occurrences) ou expriment ce sentiment d'**iniquité de traitement** entre départements ou entre usagers, qui génère de la défiance (8 occurrences). Certains usagers disent avoir le **sentiment de devoir défendre leurs droits** face à la MDPH ou que l'administration n'aide pas la personne à accéder à ses droits, mais **complexifie** des parcours de vie déjà vécus comme complexes.

En cohérence avec ces éléments, les rapports d'activité des MDPH témoignent de l'importance accordée aux processus d'évaluation, tant en termes de moyens mobilisés qu'en travaux d'amélioration engagés.

5.2. L'évaluation, activité centrale des MDPH, mobilise environ un tiers des effectifs à travers les équipes pluridisciplinaires

Comme les années précédentes, les MDPH consacrent en 2018 une partie importante de leurs moyens humains à l'évaluation des demandes. 30 % des ETP effectivement travaillés en interne sont dédiés à l'évaluation, une proportion en légère hausse par rapport à 2016, année où 27,7 % des ETP y étaient dédiés.

La mobilisation des partenaires pour la composition d'équipes pluridisciplinaires reste également relativement stable en 2018. La pluridisciplinarité des équipes d'évaluation des MDPH assure une prise en compte globale et individualisée de la situation de l'utilisateur. Elle nécessite souvent une importante mobilisation partenariale pour compléter le regard et les expertises de la MDPH, mais elle est contrainte par les ressources locales (désertification médicale, faibles ressources sur certains métiers...).

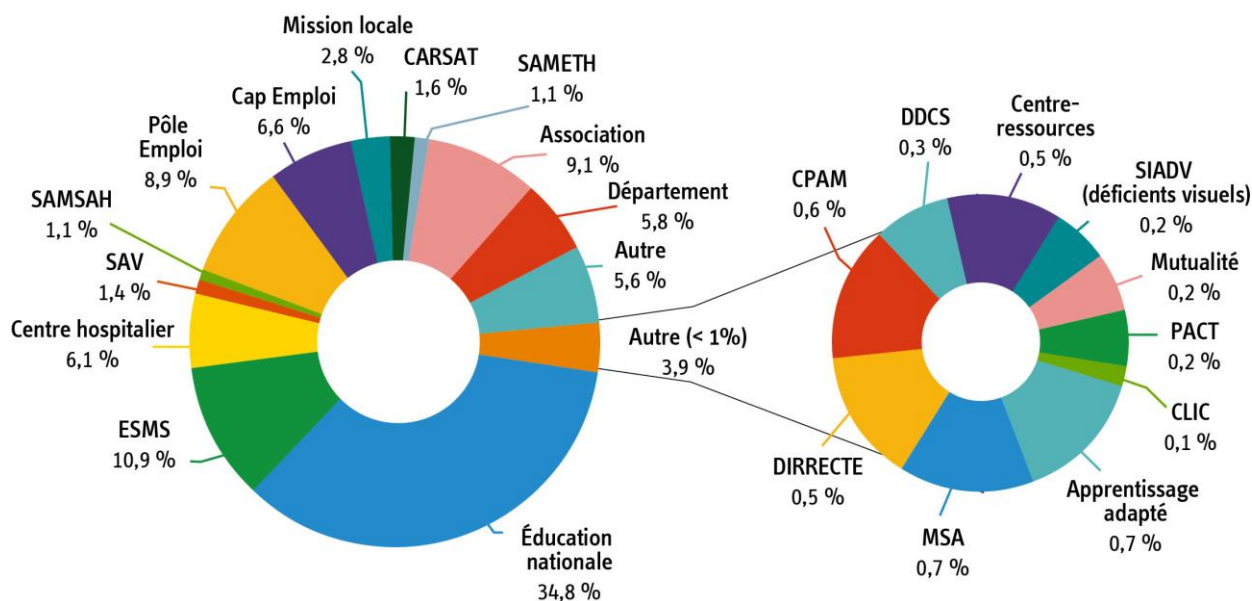
Parmi les principaux partenaires mobilisés au sein des équipes pluridisciplinaires d'évaluation, on retrouve en 2018 comme les années précédentes la présence de :

- > l'Éducation nationale, à hauteur de 34,8 % du volume annuel des demi-journées de réunions EPE ;
- > les établissements sociaux et médico-sociaux à hauteur de 10,9 % ;
- > les associations à hauteur de 9,1 % ;
- > Pôle Emploi à hauteur de 8,9 % et Cap Emploi à hauteur de 6,6 % ;
- > les centres hospitaliers à hauteur de 6,1 % ;
- > le conseil départemental à hauteur de 5,8 % ;
- > d'autres partenaires dans des proportions moindres (missions locales, caisse d'assurance retraite et de la santé au travail – CARSAT, service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés – SAMETH, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH, service d'accompagnement à la vie sociale – SAVS, CPAM, direction départementale des affaires sanitaires et sociales – DDAS, service interrégional d'appui aux déficients visuels – SIADV, PACT, CLIC, DIRECCTE, MSA...)

Participation des partenaires aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation en 2018

(% du volume annuel de demi-journées de réunions)

Échantillon : 96 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

Les équipes pluridisciplinaires comportent parfois une part d'évaluation externalisée vers d'autres partenaires disposant de la technicité requise pour assurer l'évaluation. En 2018 comme les années précédentes, c'est particulièrement le cas pour l'évaluation des aides techniques, externalisée à 58 %. Viennent ensuite les évaluations médicales ou médico-sociales et des aides humaines, externalisées à 48,7 % et 47,5 %, et l'évaluation des aides pour l'insertion et l'emploi, externalisée à 42 %. L'évaluation des problématiques de scolarisation est externalisée à hauteur de 28 %.

Externalisation de l'évaluation à des partenaires (en % de MDPH par type d'aides)

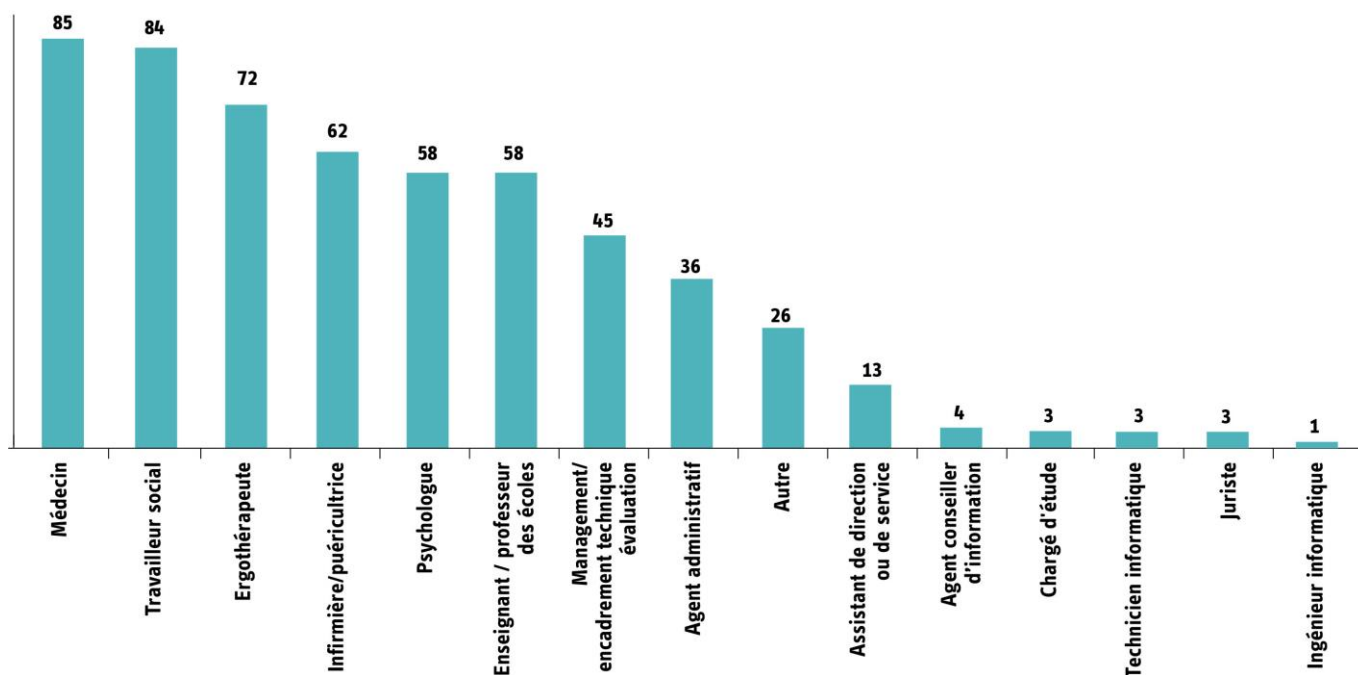
	Échantillon	Part des répondants déclarant une externalisation de l'EP aux partenaires	Principaux partenaires cités
Évaluation aide humaine	78	47,44 %	Département, association
Évaluation emploi/insertion professionnelle	75	42,67 %	Pôle Emploi, association
Évaluation aide technique/bâti/aménagement du logement	81	58,02 %	Association, prestataire privé
Évaluation scolarité	74	28,38 %	Éducation nationale
Évaluation/expertise médicale ou médico-sociale	80	48,75 %	Prestataire privé, centre hospitalier

La mission évaluation étant par nature pluridisciplinaire, les profils des professionnels mobilisés sont variés. Parmi un échantillon de 97 MDPH, 85 déclarent mobiliser des médecins, 84 des travailleurs sociaux, 72 des ergothérapeutes, 62 des infirmiers ou puéricultrices, 58 des psychologues et enseignants ou professeurs des écoles, 45 des managers/encadrements techniques, 36 des agents administratifs, 26 des autres, 13 des assistants de direction ou de service, 4 des agents conseillers d'information, 3 des chargés d'étude, 3 des techniciens informatiques, 3 des juristes et 1 des ingénieurs informatiques.

Typologie des professionnels qui réalisent l'évaluation

(en nombre de MDPH déclarant les mobiliser)

Échantillon : 97 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

5.3. La recherche de la qualité et de l'équité des évaluations donne lieu à de nombreux chantiers d'amélioration des processus et de convergence des pratiques

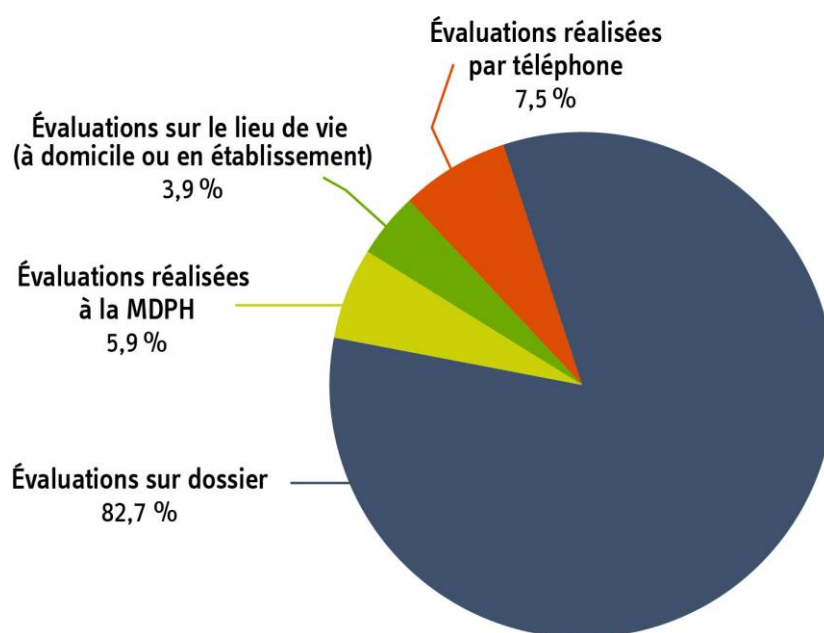
Comme les années précédentes, une grande majorité des évaluations est faite sur dossier, en priorité pour les situations jugées simples

Les MDPH réalisent principalement des évaluations sur dossier : les évaluations réalisées uniquement sur dossier représentent ainsi 82,7 % des évaluations réalisées par les MDPH, contre 81,6 % en 2017. 7,5 % des évaluations sont complétées par un entretien téléphonique (7,9 % en 2017).

Pour 5,9 % des situations, les évaluations sur dossier sont complétées par un entretien avec la personne à la MDPH, contre 6,4 % en 2017.

Les évaluations ayant donné lieu à au moins un déplacement sur le lieu de vie représentent 3,9 % du total des évaluations réalisées par les MDPH (4,1 % en 2017). Enfin, les évaluations réalisées par les partenaires extérieurs représentent 2,6 % du total des évaluations réalisées en 2018 (3 % en 2017).

Répartition des modes d'évaluation en 2018
Échantillon : 68 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

La mise en place de circuits spécialisés favorisant des traitements adaptés en fonction des situations individuelles semble se stabiliser en 2018

En 2018, 85 % des MDPH (parmi un échantillon de 96) déclarent avoir mis en œuvre des **circuits courts ou simplifiés** pour l'évaluation, part à laquelle il faut ajouter 10 % de MDPH qui ont mis en place un circuit court ou simplifié pour les urgences.

Ces circuits courts ou simplifiés peuvent porter sur :

- > **les demandes simples** telles que demandes de cartes, renouvellements à l'identique, demandes uniques, pour accélérer le traitement des demandes ;
- > **les situations d'urgence** ou celles conditionnées à des délais particuliers (PCH, notamment sur l'aide humaine, renouvellement de droits à échéance, accès à une formation, un emploi ou un établissement, une scolarisation dans des délais resserrés, urgences médicales ou situations sociales critiques...). Pour ces situations, les MDPH peuvent assurer des délais de 48 h à 15 jours par exemple.

📌 L'intérêt des circuits courts pour les usagers et les équipes : quelques exemples

MDPH de Corse (20)

« Pôle Enfance : adaptation du parcours administratif à l'urgence de la situation lorsque cela s'avère nécessaire sans création d'un circuit spécifique en raison du petit nombre de demandes traitées par le pôle. »

MDPH de Dordogne (24)

« Les demandes de renouvellement sont identifiées à l'arrivée afin de permettre leur traitement avant l'échéance du droit ou de la prestation, sous réserve d'avoir été déposées dans un délai raisonnable avant l'échéance. »

MDA de la Drôme (26)

« Des critères d'urgence ont été travaillés, surtout au niveau de la PCH, pour faciliter notamment les retours à domicile. »

MDPH d'Indre-et-Loire (37)

« Par ailleurs, lorsque des situations d'urgence sont repérées ou portées à la connaissance de la MDPH, des circuits de traitement spécifiques sont mis en place pour s'assurer de son analyse dans les délais les plus rapides possible. »

MDPH de Haute-Savoie (74)

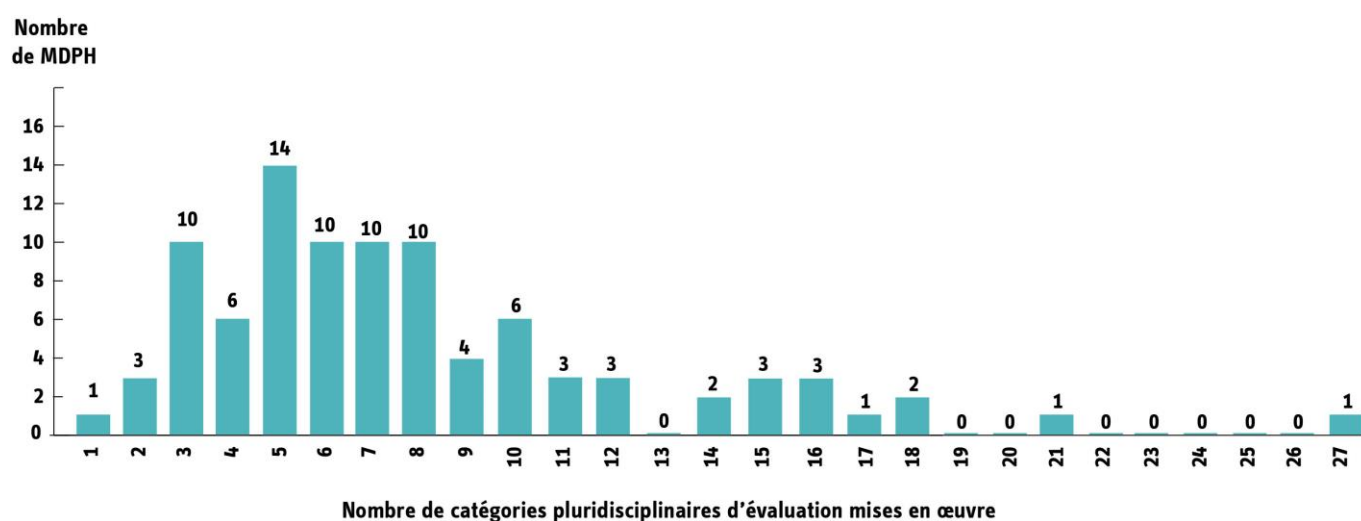
« En début d'année 2018, le nouveau circuit permettant d'évaluer certains dossiers dès leur réception et d'enregistrer en même temps la demande et la proposition de l'évaluation s'est mis en place. Les demandes ciblées sont des demandes de cartes seules et de RQTH seules. Elles sont évaluées par un binôme. Ce nouveau circuit, appelé "circuit court" a permis de faire diminuer les délais de traitement pour environ 30 % des demandes. 93 % de ces dossiers passent en CDAPH directement. »

L'organisation d'équipes d'évaluation spécialisées par public se stabilise

L'analyse des rapports d'activité des MDPH semble confirmer la stabilisation de l'organisation des équipes pluridisciplinaires d'évaluation par public. Ainsi :

- > en 2018, les MDPH déclarent organiser environ 8 catégories d'EPE, comme en 2017 ;
- > 75 % des MDPH déclarent entre 3 et 10 catégories d'EPE ; seules 13 MDPH en ont plus de 12 ;
- > le minimum s'établit à une seule catégorie d'EPE pour la collectivité territoriale de Saint-Martin (978) et le maximum à 27 pour la MDPH de Seine-Maritime.

Nombre de catégories d'équipes pluridisciplinaires d'évaluation mises en œuvre Échantillon : 93 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2018.

En 2018 : 63,8 % des MDPH déclarent avoir mis en place une équipe dédiée aux transitions enfants/adultes (échantillon : 94 MDPH). Ce chiffre était identique en 2017 en dépit de la différence d'échantillon (63,9 % pour un échantillon de 83 MDPH). Ces équipes de transition peuvent être positionnées sur une tranche 16-25 ou 16-21 ou 22 ans.

D'une manière générale, les EPE organisées par les MDPH peuvent être de plusieurs types :

- > de premier, deuxième et troisième niveau en fonction du niveau de complexité de la situation traitée. Il est à noter que ces niveaux n'ont pas été définis nationalement jusqu'à présent ; les définitions demeurent locales. Cela peut aussi se traduire par des formes d'EPE restreintes (pour des situations simples telles que les renouvellements de droits) ou plénières ;
- > enfants ou adultes ou de transition enfants-adultes ;
- > par prestation cible (PCH, ESMS, SAVS...).

▾ Les enjeux d'évolution d'organisation des EPE : quelques exemples

MDPH de l'Aube (10)

« L'organisation interne a été revue fin 2018 autour de trois dominantes : +20, -20 et PCH. La compétence ORP [orientation professionnelle] est pilotée par le CAT+20, ce qui n'exclut pas l'étude des besoins pour les -20. La polyvalence des instances d'évaluation de premier et second niveau a été considérablement renforcée afin de pouvoir procéder à une analyse globale des besoins au sein d'une seule instance en présence de toutes les compétences nécessaires. »

MDPH de Haute-Garonne (31)

« Sur les services "enfance-jeunesse" et "adultes-seniors" de la direction adjointe Évaluation, l'organisation en EP niveau 1, 2 et niveau 3 a été mise en place, conformément au référentiel qualité de la CNSA. Sur les évaluations de niveau 3, la planification des interventions des partenaires favorise les analyses spécialisées autour d'expertises spécifiques : pédopsychiatrie, psychiatrie, autisme, scolarité, formation, emploi, insertion, maladies rares... Quelle que soit l'équipe, c'est bien une évaluation globale de la situation qui est réalisée, afin de permettre un accès à tous les droits relevant de la CDAPH. »

MDPH de Haute-Loire (43)

« Un travail de qualification selon les trois dominantes dans le cadre du SIH [système d'information harmonisé] est en cours afin de simplifier notre organisation. En effet le nombre d'équipes ne favorise pas la globalité de l'étude du projet de vie et oblige à un dédoublement du dossier et donc à une temporalité de réponse différente. »

MDPH de Puy-de-Dôme (63)

« Équipe 16-25 en cours de réactivation après une première expérience mitigée en 2017. Nécessité de redéfinir les objectifs, les caractéristiques des dossiers présentés et les participants notamment externes. »

MDPH de Vaucluse (84)

« Organisation de groupes de travail dans le cadre de la mise en place du SI qui prévoit une clarification des missions et une simplification de l'organisation de l'EP en réduisant le nombre d'instances et en les dimensionnant de manière à ce qu'un dossier ne passe qu'à une seule instance de niveau 2, lorsque le niveau 1 n'a pas suffi. »

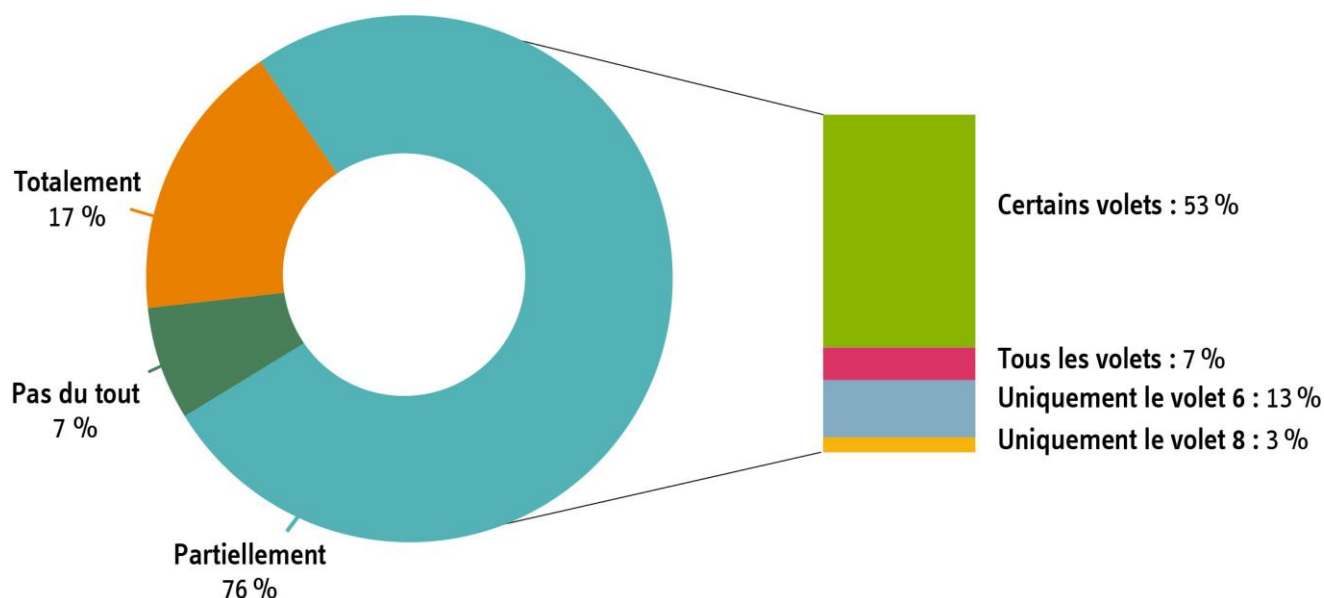
Le recours aux guides et autres outils de référence pour les évaluations semble progresser

Le GEVA, guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée, est un outil de référence réglementaire permettant d'évaluer de façon globale et harmonisée l'ensemble des besoins de compensation de la personne et les éléments sur sa situation, nécessaires pour apprécier son éligibilité aux droits et aux prestations existants. Il comporte dix volets. En 2018, la majorité des MDPH déclarent l'utiliser : 76 % des MDPH l'utilisent partiellement et 17 % totalement.

Lorsqu'elles utilisent le GEVA partiellement, 53 % des MDPH utilisent certains volets du GEVA, 7 % l'utilisent pour tous les volets, 13 % uniquement pour le volet 6 (activités, capacités fonctionnelles) et 3 % pour le volet 8 (synthèse finale).

Utilisation du guide d'évaluation des besoins (GEVA)

Échantillon : 100 MDPH

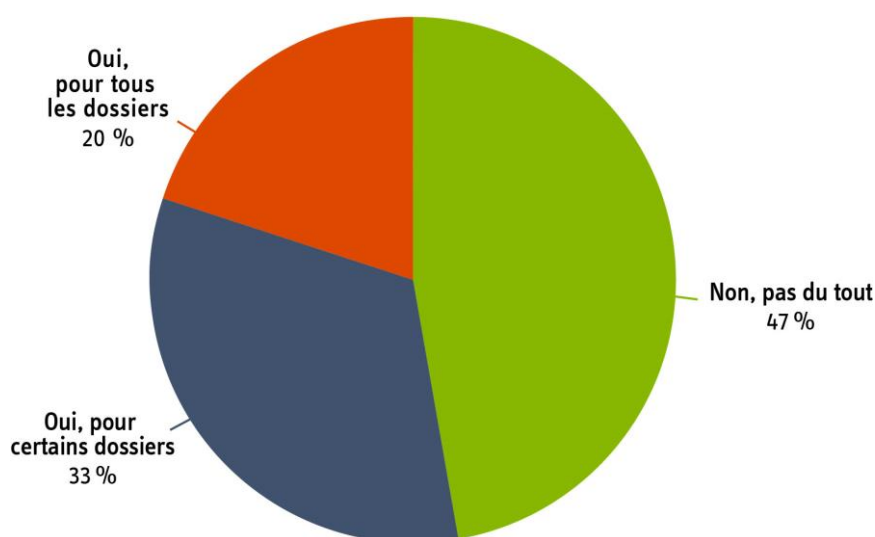


Source : CNSA, échanges annuels 2018.

Concernant le **codage des déficiences**, 20 % des MDPH le pratiquent de façon systématique et 33 % pour certains dossiers seulement. Parmi elles, 74 % codent les déficiences dans leur système d'information, 19 % dans un fichier Excel ou un autre support et 7 % utilisent ces deux méthodes.

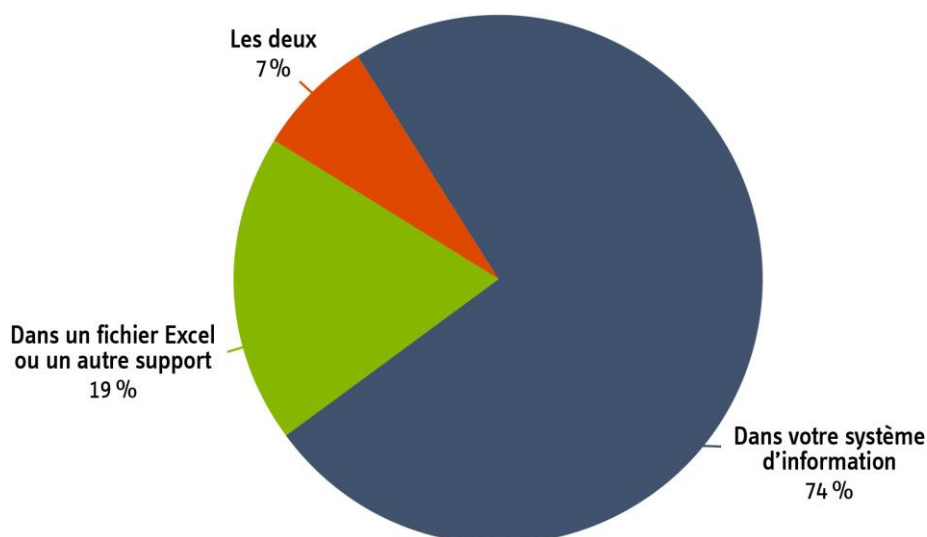
En 2018, pratiquez-vous le codage des déficiences dans le cadre de l'évaluation ?

Échantillon : 99 MDPH



Si vous codez les déficiences (partiellement ou totalement, comment les codez-vous ?

Échantillon : 54 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

En effet, si la plupart des MDPH confirment l'utilisation des guides, certaines déclarent utiliser plutôt des versions de synthèse ou uniquement certains volets compte tenu de la longueur des documents. Lorsque l'utilisation est partielle, le GEVA semble plus utilisé pour la PCH. Certaines MDPH estiment avoir encore à mieux diffuser ces guides au sein des équipes de façon à mieux harmoniser les pratiques. Le manque de formation est ressenti comme un obstacle pour l'utilisation des guides par les partenaires.

▾ Les différentes utilisations des outils réglementaires de soutien à l'évaluation

MDPH de la Creuse (23)

« Des documents GEVA-compatibles d'échange de données ont été validés depuis plusieurs années par de nombreux partenaires et sont généralement bien utilisés. »

MDPH du Lot (46)

« Un document simplifié du GEVA est utilisé pour l'évaluation des demandes de prestation de compensation du handicap. »

MDPH de la Meuse (55)

« Les outils réglementaires sont utilisés par la MDPH au quotidien. Nous avons par ailleurs mis en place des outils GEVA-compatibles, notamment avec les ESAT : outil GEVA-ESAT (utilisé au moment des demandes de renouvellement ou de réorientation) et outil GEVA-MISPE (utilisé comme compte-rendu des mises en situation professionnelle en ESAT). Le développement de ces outils GEVA-compatibles doit se poursuivre, notamment par un outil à développer conjointement avec les établissements et services médico-sociaux (hors ESAT) et à joindre aux demandes de renouvellement d'orientation ou de réorientation des PH [personnes handicapées] accompagnées. »

MDA des Yvelines (78)

« L'outil d'évaluation utilisé est une synthèse du GEVA. Il est encore insuffisamment utilisé pour les dossiers qui ne sont traités qu'en équipe pluridisciplinaire locale. Nous espérons beaucoup de l'outil de soutien à l'évaluation dans une version 2 du système d'information tronc commun, outil permettant de tracer les éléments recueillis et le cheminement de l'équipe pluridisciplinaire menant aux propositions formulées. »

Outre les guides standardisés au niveau national, les MDPH signalent aussi avoir étayé leurs connaissances et leurs pratiques au moyen :

- > des guides pratiques et arbres décisionnels proposés par la CNSA, qui sont très régulièrement cités comme outils d'appui à l'évaluation :
 - guides pour troubles ou maladies spécifiques, tels que l'autisme, les Dys, le handicap psychique, le VIH, l'épilepsie, les déficiences auditives ou encore les anomalies chromosomiques,
 - guides d'éligibilité, guides de tarification, guide-barème, mémento PCH,
 - arbres décisionnels restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE) par exemple ;
- > des recommandations de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de la HAS ou encore les fiches Institut national du cancer (INCA) – CNSA pour les enfants ;
- > d'outils internes (fiches, bilans, référentiels PCH, nomenclatures, questionnaires) ;
- > des expertises apportées par les partenaires ou prestataires, telles que prestation d'orientation professionnelle spécialisée (POPS), demandes d'évaluation de mesure psychométrique, rapports des ESMS ;
- > des échanges au sein des réseaux métiers des MDPH, animés par la CNSA.

➤ Les autres outils d'appui à l'évaluation développés par les MDPH

MDPH d'Ille-et-Vilaine (35)

« Triptyque usagers-famille-social et soignants pour le handicap psychique notamment. Questionnaire relatif à l'autonomie de l'enfant. »

MDPH de Haute-Loire (43)

« Des fiches ont été mises en place selon les demandes : AAH RSDAE/CMI... »

MDPH de Loire-Atlantique (44)

« Outils d'aide à la décision mis en place depuis plusieurs années, remplis par les personnes elles-mêmes, leurs aidants. »

MDPH de Lot-et-Garonne (47)

'En complément, la MDPH s'est dotée d'outils élaborés en interne afin d'apprécier l'autonomie des usagers dans leurs déplacements (périmètre de marche) et dans les actes de la vie quotidienne. Ces questionnaires permettent notamment d'affiner le taux d'incapacité. Un questionnaire a été réalisé avec l'association UNAFAM [Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques], destiné au médecin et à l'entourage familial.

MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)

« Un outil spécifique d'aide à l'élaboration des plans personnalisés de compensation a été développé en interne, sur tableur, en 2016 et s'est généralisé en 2017 pour l'ensemble des PPC, fiabilisant l'ensemble des calculs nécessaires aux plans et générant des gains de temps significatifs. La MDPH s'est par ailleurs investie dans un groupe de travail national sur la construction d'un outil de soutien à l'évaluation, testé, mais non encore utilisé par l'équipe pluridisciplinaire, du fait de l'absence de lien avec les autres éléments du système d'information. »

MDPH de Pyrénées-Atlantiques (64)

« Un additif a été élaboré par le médecin de la MDPH pour les CMI stationnement, reprenant chacun des critères d'attribution de cette carte, ainsi qu'un additif pour les RQTH. »

MDPH de Savoie (73)

'Outil d'aide à l'évaluation pour les personnes en situation de handicap psychique (trois questionnaires – un bénéficiaire ; un proche ; un professionnel social et médical).'

MDPH de Seine-Maritime (76)

« Fiche médicale pour les médecins du travail ; fiches déplacements, évaluations psychotechniques, bilans d'accompagnement des ESMS... »

L'entretien et le développement des compétences des équipes d'évaluation se poursuivent à travers des formations très diverses

Le développement des compétences de l'équipe d'évaluation est un processus continu qui repose à la fois sur la formation, sur des temps d'appropriation pratiques ou encore sur une régulation technique et managériale pour harmoniser les pratiques. De nombreuses MDPH signalent avoir proposé des appuis de cette nature en 2018 : 76,3 % (parmi un panel de 97 répondants) déclarent avoir mis en place des formations spécifiques à destination des membres de l'EP. Elles peuvent porter sur :

- > les enjeux du handicap et sa diversité : l'autisme, la santé, les aidants, l'insertion professionnelle, les troubles Dys... ;
- > les droits et prestations ou les dispositifs comme la PCH, l'AEEH, la démarche « Réponse accompagnée », les évolutions réglementaires, le nouveau formulaire, l'allongement des durées de validité, les dispositifs médico-sociaux, le droit des usagers ;
- > la pratique de l'évaluation, l'utilisation des guides-barème, du GEVA, des arbres de décision, du codage, la rédaction des lettres administratives, le secret professionnel ;
- > l'appropriation du nouveau SI, les nouveaux logiciels comme IODAS Web, ViaTrajectoire.

Le développement continu des compétences des membres des EP peut aussi prendre d'autres formes : visites de service, immersions, rencontres avec d'autres professionnels, participation à des réseaux professionnels ou encore à des journées thématiques, parfois spécifiques à chaque métier.

📌 La formation, levier d'amélioration et d'harmonisation des pratiques

MDPH de l'Eure (27)

'Une réunion mensuelle des membres d'EPE internes du secteur enfant a été mise en place. Ces temps d'échange permettent d'évoquer les évolutions réglementaires, de travailler sur l'harmonisation des pratiques, d'échanger sur des cas particuliers, de préparer les équipes à la prise en compte de l'allongement des décisions ou encore sur le fonctionnement de la procédure du recours administratif préalable obligatoire (RAPO). [...] Dans le champ des adultes, des réunions régulières des membres d'EPE internes permettent également une acculturation des professionnels aux différents dispositifs et prestations. Les jugements du TCI [tribunal du contentieux de l'incapacité] sont systématiquement analysés entre professionnels pour questionner les pratiques.'

MDPH de la Haute-Garonne (31)

« La formation continue, alliée aux interventions des partenaires lors des réunions bimensuelles des évaluateurs, favorise la prise en compte de la différence et des difficultés des personnes dans leur vie quotidienne. »

Les MDPH poursuivent plus généralement l'optimisation de l'organisation et des *process* d'évaluation en lien avec les chantiers nationaux et le RMQS

En 2018, 75 MDPH sur un échantillon de 91 (soit 82,4 %) déclarent avoir conduit des travaux d'amélioration sur la mission Évaluation, une proportion comparable à 2017 (69 sur 83, soit 83,1 %).

Parmi les différents travaux d'amélioration, sont cités :

- > le soutien à l'évaluation globale des situations ;
- > l'optimisation du temps des médecins, ressource rare pour une grande majorité des MDPH ;
- > des travaux d'harmonisation des pratiques à l'appui des guides et formations (voir ci-dessus) ;
- > une formalisation, une optimisation ou une simplification des *process* (circuit de traitement des dossiers, règle de traitement des dossiers) ;
- > la traçabilité de l'évaluation au moyen d'une fiche de synthèse ;
- > l'informatisation des supports d'évaluation, des procédures de contact avec les usagers... souvent en lien avec le système d'information harmonisé et/ou pour améliorer les délais ;
- > la réorganisation des équipes, en lien ou non avec les équipes d'instruction, avec une réflexion sur les périmètres des EPE, les différents niveaux d'évaluation, la configuration des équipes. Environ 25 MDPH signalent avoir conduit une réorganisation de l'évaluation en 2018 ;
- > une mobilisation partenariale accrue vis-à-vis de certains partenaires ou territoires ;
- > le développement de moyens en interne et/ou la sollicitation de prestataires. Plusieurs MDPH signalent ainsi des recrutements d'infirmières ;
- > le renforcement du pilotage de l'activité.

📌 Exemples de travaux d'amélioration du *process* évaluation conduits en 2018

MDA de l'Allier (03)

« Certains dossiers, compte tenu de leur urgence, étaient vu en EPE avant même leur instruction, ce qui engendrait des irrégularités dans le cheminement classique des demandes. Au cours de l'année, le trajet des dossiers a été formalisé par une procédure et chaque dossier commence par être instruit, qu'il soit urgent ou non. »

MDA de Gironde (33)

« À compter de novembre 2018, nous avons mis en place des équipes pluridisciplinaires d'évaluation chargées d'étudier l'éligibilité et d'effectuer une évaluation globale des premières demandes de PCH. »

MDPH de l'Indre (36)

« Révision régulière des procédures et des fiches techniques sur les dispositifs pour sécuriser et actualiser les connaissances. »

MDPH de la Marne (51)

« Étayage de la fiche de synthèse en lien avec la CDA »

MPDH du Haut-Rhin (68)

« Poursuite de l'optimisation du temps médical en transférant les tâches de nature administrative vers des personnels dédiés. Poursuite du déploiement des évaluations en binôme à distance entre les deux sites de la MDPH afin d'optimiser les temps de déplacement des évaluateurs. »

MDPH de Seine-Maritime (76)

« Des groupes de travail sur la notion d'équipe de tri et sur les niveaux de réponse ont été mis en place. Des ateliers d'appropriation de l'harmonisation Tronc commun ont été organisés. »

MDPH des Deux-Sèvres (79)

'Recentrage des compétences rares (médecin) sur les dossiers les plus complexes avec renfort infirmier (recrutement d'un infirmier supplémentaire). Démarche GPEC [gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences] engagée. Mise en place des équipes techniques d'harmonisation animées par la coordinatrice de l'équipe pluridisciplinaire.'

MDPH des Hauts-de-Seine (92)

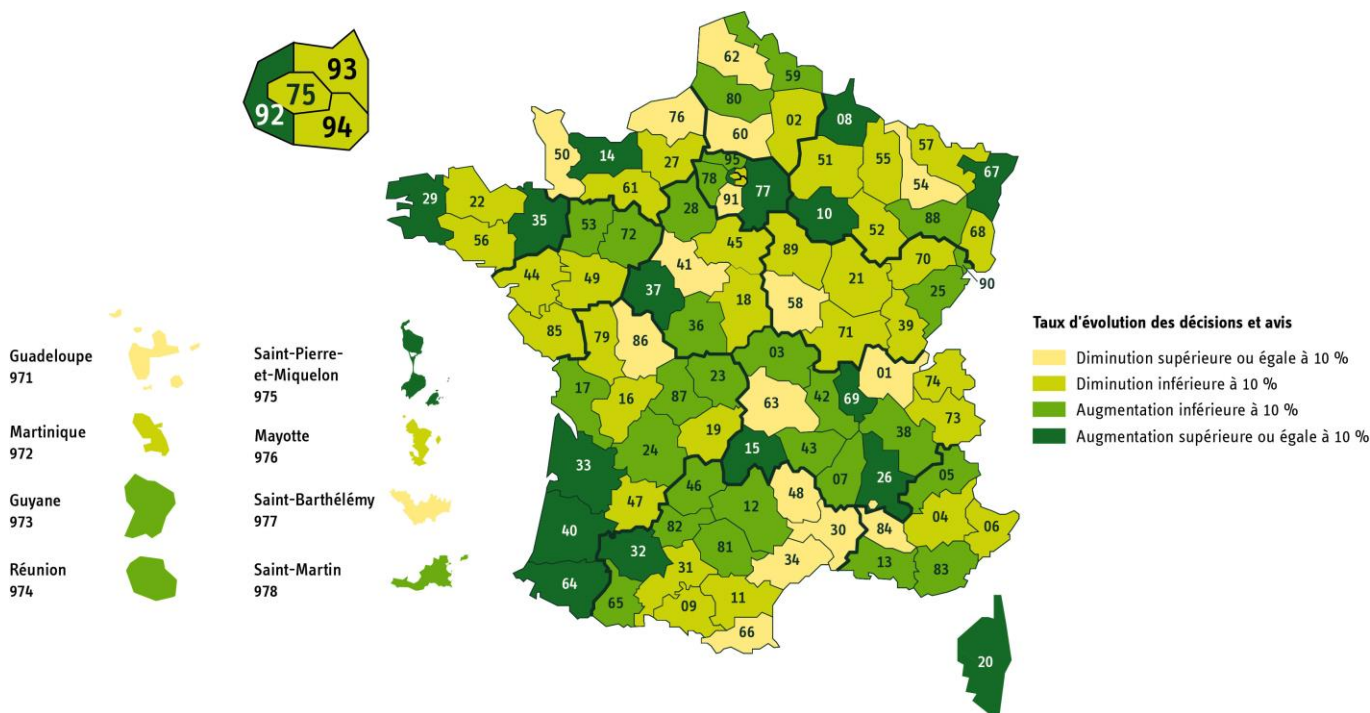
'Les cadres de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation ont mené une réflexion sur la configuration des équipes dans 3 objectifs : 1° être davantage dans l'évaluation globale de la situation de la personne, ce qui suppose de sortir d'une segmentation trop fine en « dominante » ; 2° simplifier le circuit de traitement du dossier, en évitant de le faire ouvrir par des équipes distinctes trop spécialisées ; 3° réduire les délais de traitement en privilégiant un évaluateur seul quand c'est approprié.'

6. La décision

6.1. En 2018, le nombre d'avis et de décisions rendus baisse légèrement

En 2018, 4,642 millions de décisions et d'avis sont rendus par les MDPH, soit une baisse de 0,42 % par rapport à 2017. L'évolution (augmentation, stabilité, baisse) varie selon les territoires.

Évolution du nombre de décisions et d'avis rendus entre 2017 et 2018



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

La plupart des MDPH soulignent que l'évolution du nombre de décisions et d'avis rendus est cohérente avec l'évolution du volume et du type de demandes déposées. Elles observent en particulier une hausse du nombre d'avis pour CMI et de décisions en direction des enfants, ainsi qu'un pic d'activité en milieu d'année, en amont de la préparation de la rentrée scolaire. L'allongement de la durée des droits et des prestations accordés est parfois mis en avant pour expliquer la baisse du nombre de décisions et d'avis.

Le nombre de décisions et d'avis rendus est parfois supérieur au nombre de demandes déposées, du fait d'une évaluation globale de la situation de la personne (cette logique est implémentée dans le système d'information harmonisé pour les quelques MDPH qui l'ont mis en service fin 2018).

Cette approche peut en effet induire une évaluation systématique de certains droits liés et peut amener à une ouverture de droits complémentaires à ceux demandés. Plus ponctuellement, quelques MDPH citent comme facteurs d'augmentation la pratique de la double ou de la triple orientation en ESMS ou encore la hausse du nombre de situations complexes.

D'autres facteurs plus organisationnels peuvent influencer à la hausse ou à la baisse le nombre de décisions et d'avis rendus :

- > la conduite d'opérations de « déstockage » visant à traiter les dossiers en retard. Ce type d'opérations peut induire une hausse ponctuelle suivie d'une diminution du nombre de décisions et d'avis rendus ;
- > l'amélioration des délais de traitement peut induire une augmentation du nombre de décisions rendues. Elle peut résulter de travaux d'optimisation des *process* ou d'une hausse des effectifs (postes vacants finalement pourvus, créations de postes ou renforts) ;
- > la dégradation des délais de traitement peut induire une diminution du nombre de décisions rendues. Elle peut résulter de causes diverses : postes vacants, mobilisation des équipes sur des chantiers de réorganisation, impact des chantiers SI ou dématérialisation en phase de déploiement.

Une partie des MDPH doit cependant faire face à une hausse du nombre de décisions et de demandes d'audiences. Ces MDPH décrivent les réorganisations consécutives à la hausse de l'activité en termes de nombre de demandes ou de demandes d'audiences : création de CDAPH supplémentaires, augmentation de la fréquence des CDAPH, commissions restreintes, commissions d'urgence...

6.2. Les MDPH s'efforcent de respecter un délai de réponse de quatre mois, en particulier pour les situations complexes et les dossiers « enfants »

L'enquête « Ma MDPH, mon avis » de 2018 confirme la forte sensibilité des usagers aux délais de traitement : les délais influencent nettement la satisfaction globale

Il existe une relation linéaire entre la variable de la satisfaction globale et les délais de traitement des demandes « adultes » pour les délais allant de 0 à 8 mois. Au-delà, elle ne s'observe plus, mais cela n'est pas significatif, car les réponses ne concernent que trois territoires. On note toutefois qu'il s'agit presque systématiquement de demandes liées à la RQTH et à la CMI, dans une moindre mesure de demandes de places en ESAT.

- > 42,7 % des usagers relevant des MDPH dont les délais de traitement des demandes « adultes » sont inférieurs à 2 mois en moyenne se déclarent satisfaits de la MDPH, soit 8,1 points de plus que la moyenne des répondants se déclarant satisfaits ;
- > 31,9 % des usagers relevant des MDPH dont les délais de traitement des demandes « adultes » s'établissent en moyenne entre 6 et 8 mois se déclarent insatisfaits, soit 5,2 points de plus que la moyenne des répondants insatisfaits.

On note également une relation linéaire entre la variable de la satisfaction globale et les délais de traitement des demandes « enfants ». Plus le délai de traitement est court, plus les personnes ayant répondu sont satisfaites :

- > ainsi, 55,3 % des répondants relevant des MDPH où le délai de traitement des demandes « enfants » est de moins de deux mois se déclarent satisfaits de la MDPH, soit une part supérieure de 20,7 points à la moyenne ;
- > à l'inverse, 38,9 % des répondants relevant de MDPH où le délai de traitement est de 6 mois et plus se déclarent insatisfaits de la MDPH, soit 12,2 points de plus que la moyenne.

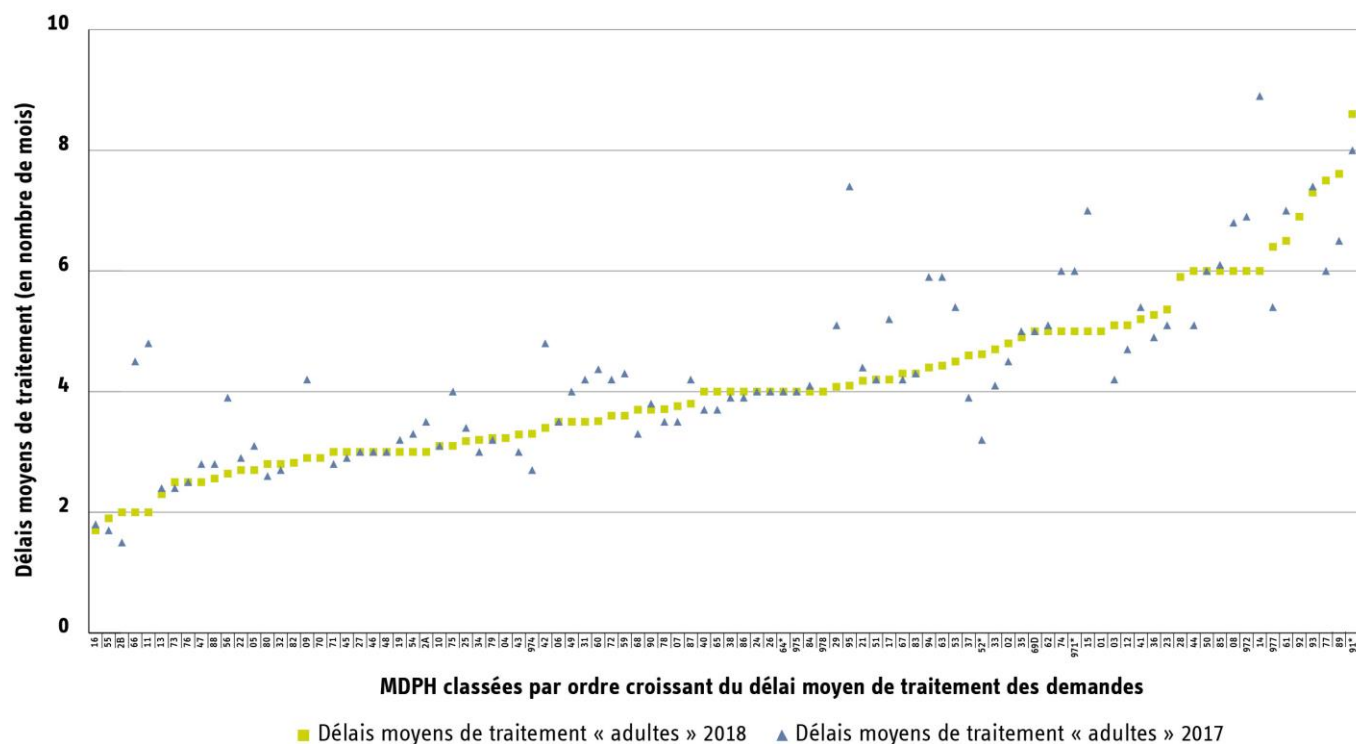
L'analyse de 500 réponses qualitatives à la question « Que faut-il améliorer à la MDPH ? » confirme ces éléments. Le sujet le plus fréquemment évoqué par les répondants est celui des délais de traitement, qui est cité 315 fois : au-delà de la longueur de l'attente, ils soulignent les impacts de celle-ci sur leur vie : difficultés à anticiper et à préparer un accompagnement ou absence d'accompagnement, précarisation financière, réponse tardive devenue inadaptée au regard de l'évolution des besoins, ruptures de versements...

En moyenne, les délais de traitement sont contenus à 4 mois et 3 jours pour les adultes, 3 mois et 21 jours pour les enfants

Les délais moyens de traitement s'établissent pour 2018 à 4 mois et 3 jours **pour les demandes « adultes »**, en baisse de 6 jours par rapport à 2017 sur le même échantillon de 89 MDPH. Les délais moyens « adultes » varient toutefois entre MDPH, de 1,7 mois à 8,6 mois.

Dans 47 % des MDPH, le délai moyen maximum est de quatre mois. La majorité des MDPH voient leur délai moyen diminuer par rapport à 2017 : il diminue pour 48 % d'entre elles (43 MDPH sur 89), alors qu'il augmente pour 36 % (32 MDPH). Pour 16 % des MDPH (14 MDPH), il reste stable.

Le délai moyen de traitement des demandes « adultes » en 2018 Échantillon : 96 MDPH

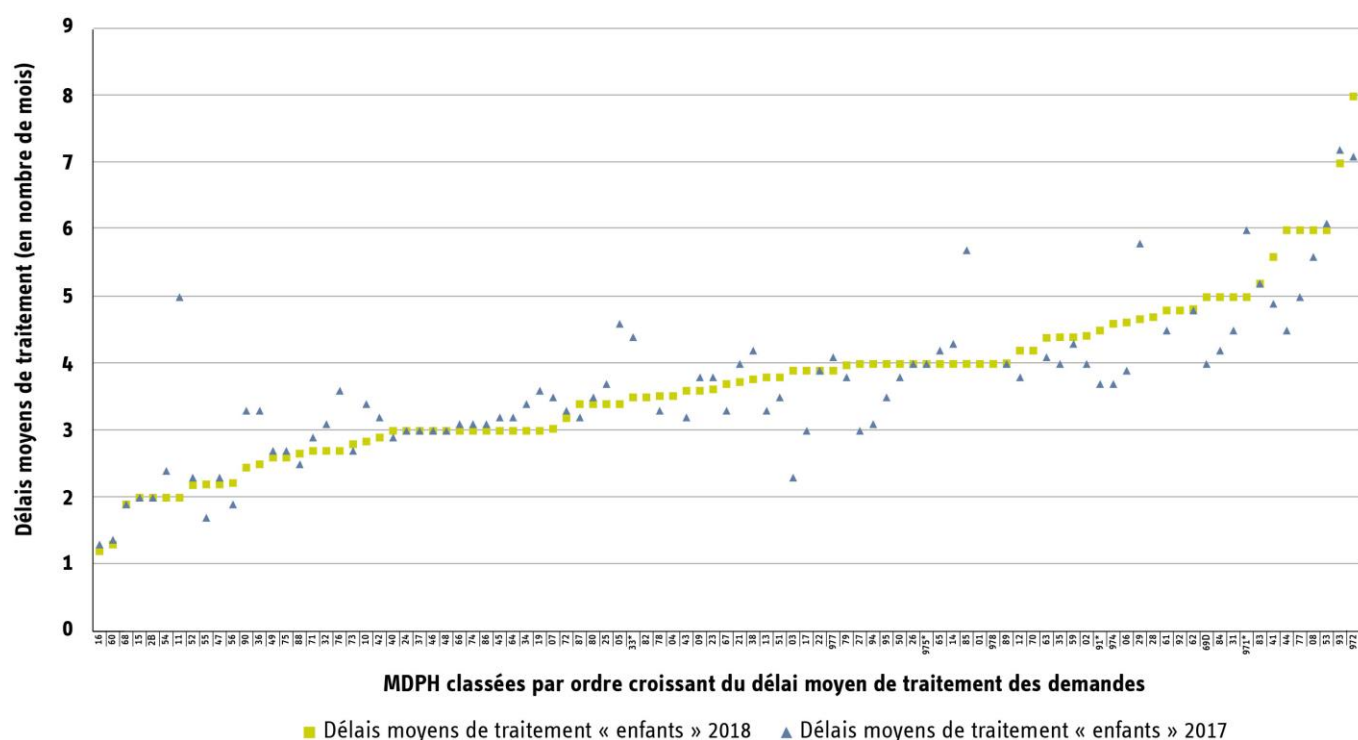


Source : CNSA, échanges annuels 2018.

Les délais moyens de traitement des demandes relevant de prestations, droits, orientations et avis **pour les enfants** équivalent en moyenne à 3 mois et 21 jours. Ils sont stables par rapport à 2017 (sur le même échantillon de 88 MDPH). Les délais moyens « enfants » varient de 1,2 mois à 8 mois selon les MDPH.

Dans 60 % des MDPH, le délai moyen maximum est de quatre mois. Le délai moyen diminue dans 45,5 % des MDPH (40 MDPH sur 88) et augmente dans 42 % d'entre elles (88 MDPH). 12,5 % des MDPH (11) ont un délai moyen stable. La part des MDPH dont le délai « enfants » diminue est plus importante qu'en 2017 : 45,5 % contre 37 % en 2017.

Le délai moyen de traitement des demandes « enfants » en 2018 Échantillon : 95 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

Les délais de traitement restent en 2018 un des principaux motifs d'insatisfaction pour les usagers des MDPH, d'après les résultats de l'enquête « Ma MDPH, mon avis »

Très majoritairement, les usagers qui ont répondu à l'enquête estiment que le temps de réponse de la MDPH est insatisfaisant. 25,4 % l'ont estimé satisfaisant, 68,7 % ne l'ont pas estimé satisfaisant (et 5,9 % ne se sont pas prononcés). Cette donnée est toutefois à nuancer, car la question posée ne permet pas de répondre « moyennement ».

Cependant, toutes les MDPH n'observent pas ces niveaux. Ainsi, 14 MDPH ont obtenu une majorité de réponses positives. Cependant, le maximum se situe à 54,4 % de réponses positives. La moitié des MDPH ont un niveau de réponses négatives supérieur à 67,7 %. 18 MDPH ont une proportion de réponses négatives supérieure à 80 %.

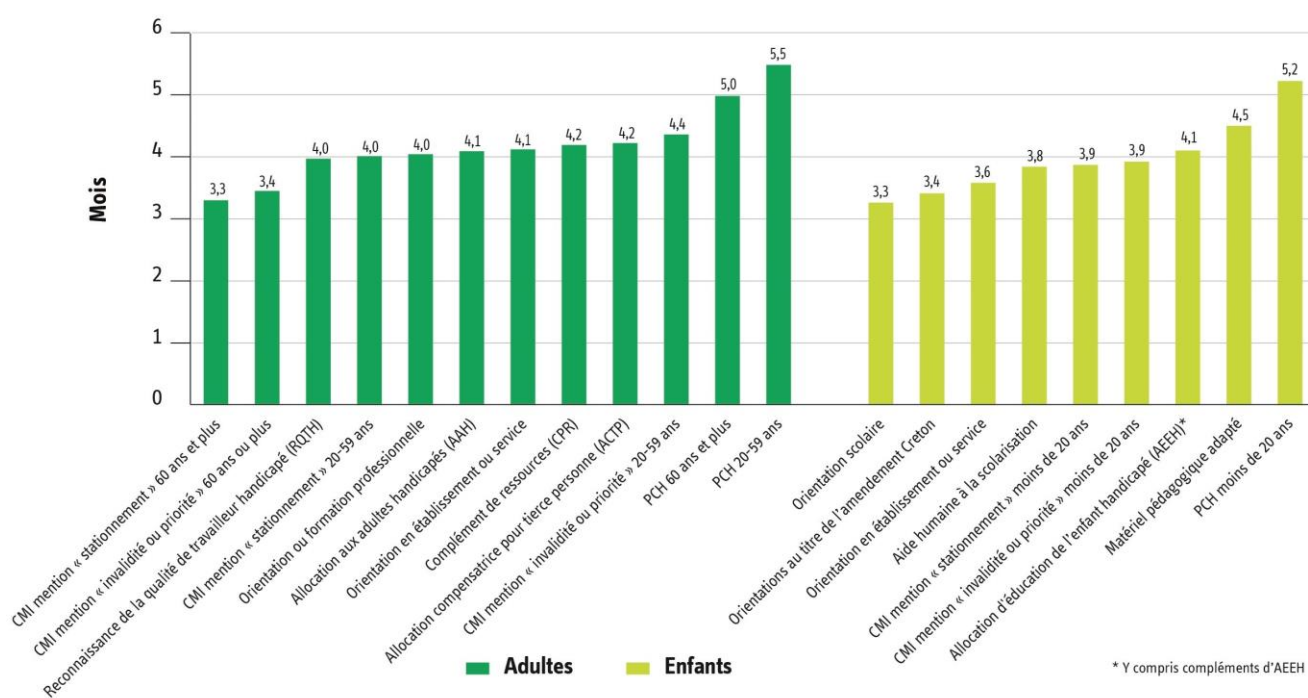
Les usagers les plus insatisfaits sont ceux ayant fait des demandes relatives à un appui aux parcours scolaire ou étudiant (82,6 % de personnes insatisfaites), à une place en établissement, à une aide financière, à une aide à domicile ou encore aux transports (entre 74 et 77 % de personnes insatisfaites).

Les données statistiques sur les délais moyens viennent confirmer l'existence de différences importantes de délais entre territoires et entre prestations.

D'importantes disparités de délais demeurent selon les prestations et les orientations

Si l'on regarde les délais moyens par prestation et par orientation, ils varient de 3,3 mois pour la CMI Stationnement des 60 ans et plus à 5,5 mois pour la PCH des 20-29 ans. Pour les prestations « enfants », ils varient de 3,3 mois pour les orientations scolaires à 5,2 mois pour la PCH. Les disparités entre départements sont importantes avec un rapport de 5 entre les délais « adultes » minimum et maximum observés (allant de 1,7 à 8,6 mois toutes prestations confondues) et un rapport de 6,7 entre les délais « enfants » minimum et maximum observés (allant de 1,2 à 8 en moyenne).

Délais moyens de traitement par prestation/orientation en 2018 (en mois) Échantillon : entre 59 et 87 MDPH



* Y compris compléments d'AEEH

Source : CNSA, échanges annuels 2018.

Concernant les délais « adultes » : 47 % des MDPH ont un délai moyen maximum de 4 mois. Le délai moyen de 32 MDPH sur 89 a augmenté entre 2017 et 2018 (36 %) ; le délai moyen de 43 MDPH a diminué (48 %), et 14 MDPH ont un délai moyen stable (16 %).

Concernant les délais « enfants » : 60 % des MDPH ont un délai moyen maximum de 4 mois. Le délai moyen de 37 MDPH sur 88 a augmenté entre 2017 et 2018 (42 %) ; le délai moyen de 40 MDPH a diminué (45,5 %), et 11 MDPH ont un délai moyen stable (12,5 %).

Divers facteurs peuvent influencer les délais de traitement

Les MDPH identifient plusieurs facteurs permettant de réduire leurs délais moyens de traitement, notamment un travail d'optimisation des circuits de traitement des demandes (fonctionnement optimal des EPE, logiciels de traitement des courriers, MDA...), le renforcement des équipes et l'allongement des durées d'attribution des droits.

Plusieurs MDPH indiquent toutefois que les évolutions organisationnelles consécutives aux chantiers nationaux (nouvelles procédures, adaptation des outils, numérisation en cours) ou des projets locaux ont un effet direct à la hausse sur les délais de traitement.

Le suivi individualisé (PPS, situations complexes) nécessite plus de temps, ce qui les allonge : étude approfondie du formulaire, visites médicales plus fréquentes, attente de pièces complémentaires...

Enfin, les MDPH soulignent que les délais de traitement sont également la conséquence d'une augmentation des demandes, qui n'a pas toujours été compensée dans une même proportion par des moyens supplémentaires ou, plus ponctuellement, par des vacances de poste (absentéisme ou *turn-over* au sein des équipes, difficultés de recrutement des médecins...). Le manque de postes d'enseignants mis à disposition par l'Éducation nationale est souvent signalé.

Lorsque les moyens sont en tension, les MDPH indiquent souvent dans leur rapport prioriser les cas sensibles et urgents, notamment chez les enfants, pour permettre des délais de traitement plus rapides pour une partie des usagers.

6.3. Les taux d'accord demeurent très hétérogènes entre territoires

En 2018, les taux d'accord (rapport entre le nombre d'accords et le nombre de décisions prises sur l'année) sont variables d'une prestation à l'autre et d'un département à l'autre. Leurs évolutions sont multifactorielles : les nouvelles réglementations, leur appropriation ou encore le niveau d'information des usagers sur les prestations existantes.

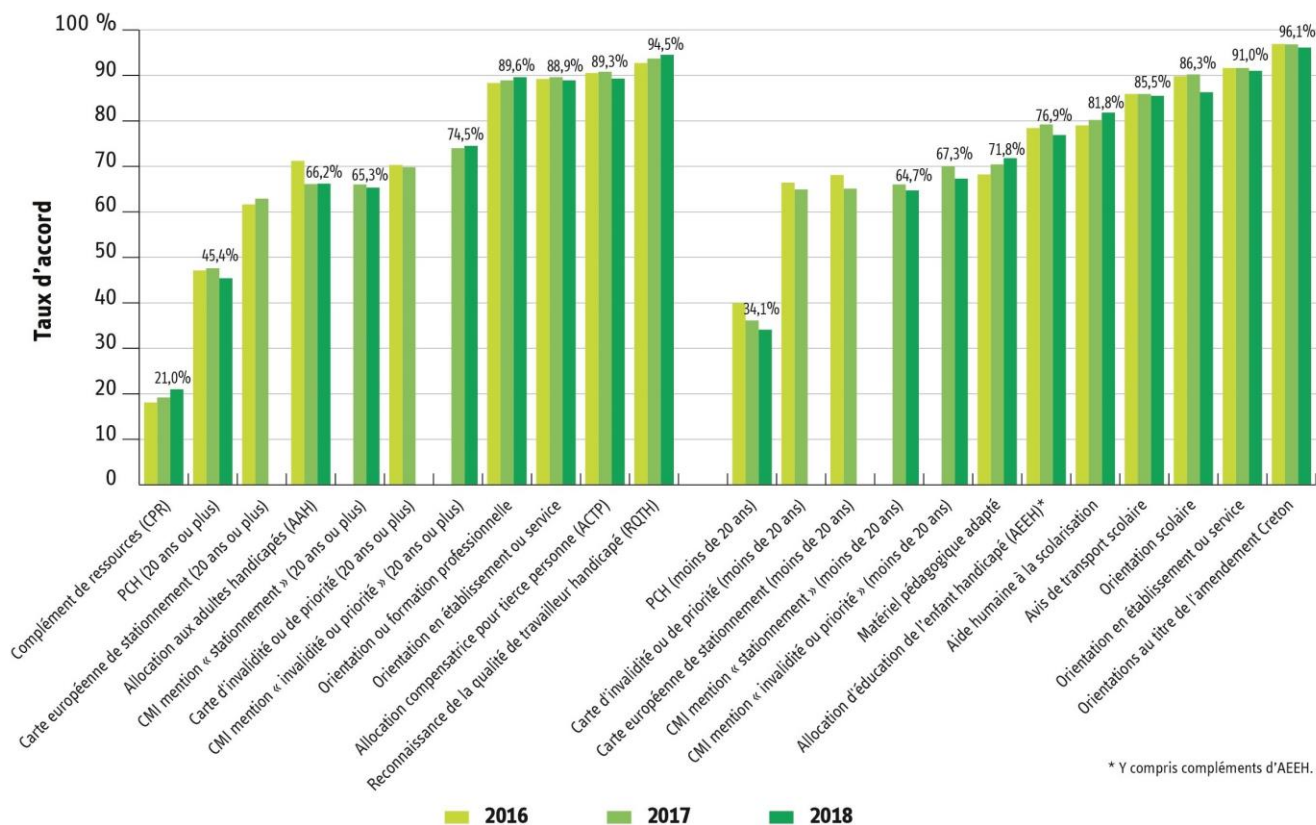
On observe une hausse des taux d'accord pour les prestations ou les orientations suivantes :

- > le complément de ressources – CPR (de 19,2 % en 2017 à 21 % en 2018) ;
- > l'aide humaine à la scolarisation (de 80,2 % en 2017 à 81,8 % en 2018) ;
- > le matériel pédagogique adapté (de 70,4 % en 2017 à 71,8 % en 2018).

On observe principalement une baisse :

- > du taux d'accord de la PCH « adultes » (qui passe de 47,6 % en 2017 à 45,4 % en 2018 pour le public « adultes » et de 36,1 % en 2017 à 34,1 % en 2018 pour le public des moins de 20 ans) et de l'AAEH (de 79,2 % en 2017 à 76,9 % en 2018) ;
- > du taux d'accord d'orientations scolaires (de 90,2 % en 2017 à 86,3 % en 2018) ;
- > du taux d'accord de CMI mention « invalidité » ou « priorité » pour le public des moins de 20 ans (de 70 % à 67,3 % pour la CMI mention « invalidité » ou « priorité »).

Taux d'accord 2016, 2017, 2018 par prestation/orientation « adultes » et « enfants »



*Les pourcentages indiqués sur le graphique correspondent aux données de 2018.

Source : CNSA, échanges annuels 2018.

Les MDPH identifient les **facteurs** suivants comme pouvant avoir un impact sur les taux d'accord :

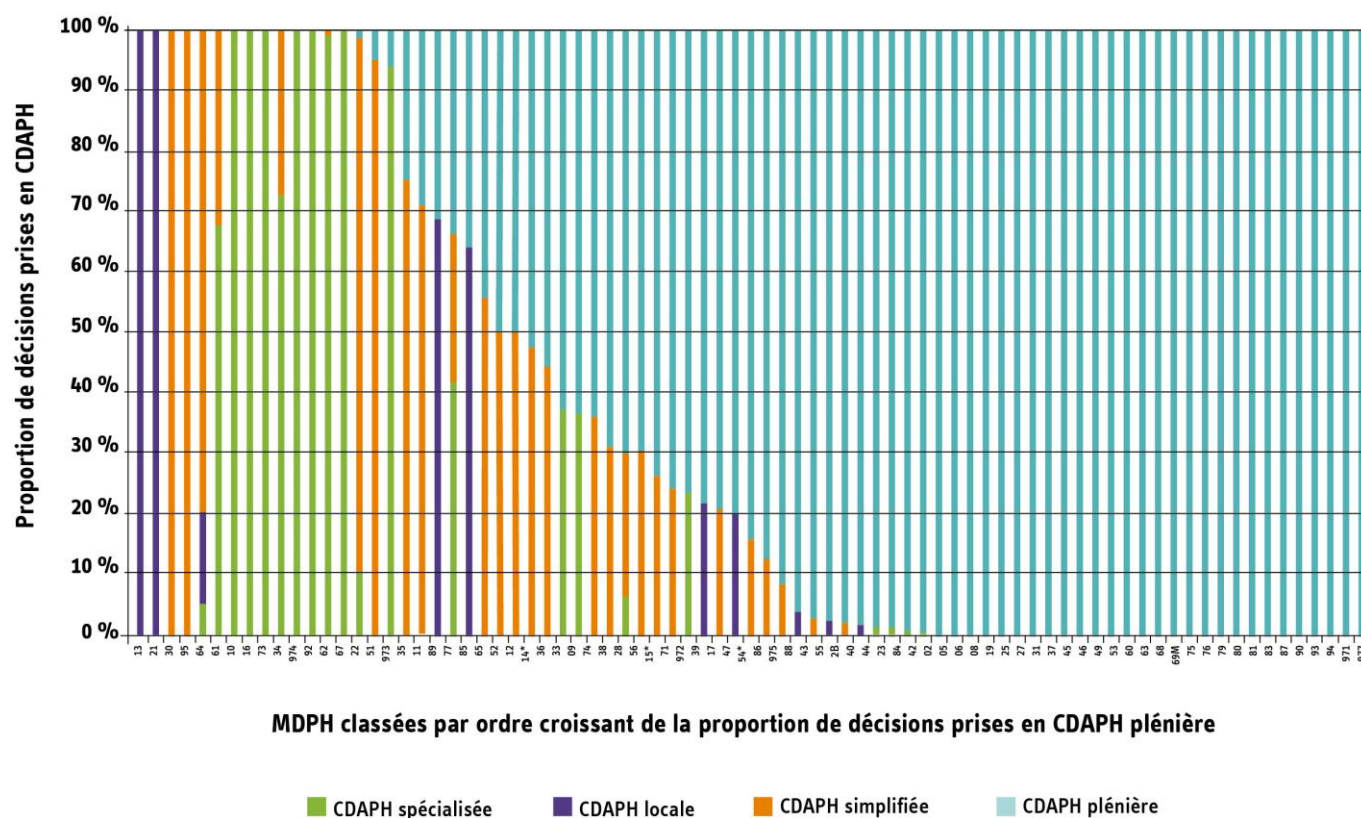
- > le travail partenarial et l'accompagnement des usagers dans leur dépôt de demande peuvent générer des demandes mieux ciblées et mieux motivées et donc tirer à la hausse les taux d'accord ;
- > l'augmentation du nombre de demandes de réexamens qui peuvent tirer à la hausse les taux d'accord ;
- > l'harmonisation des pratiques et la formation des professionnels (utilisation des guides, des arborescences) qui peuvent contribuer à la stabilisation des taux d'accord et à un rapprochement avec les moyennes nationales pour les MDPH qui en étaient éloignées. À l'inverse, une méconnaissance de certains dispositifs ou des critères d'attribution restreints pourraient expliquer de faibles taux d'accord, par exemple pour la PCH « enfants » ou le complément ;
- > une plus grande précarité socio-économique qui amènerait davantage de demandes d'AAH. Cet élément a été mis en avant par quelques MDPH.

6.4. Les MDPH poursuivent leurs efforts pour assurer des décisions de qualité dans les meilleurs délais possibles compte tenu du contexte

Sur 98 MDPH, **48 %** disent disposer de **CDAPH spécialisées par thématique** en 2018, contre 49 % d'un échantillon un peu plus restreint en 2017 (88 MDPH).

Sur 97 MDPH, **13,4 %** disent disposer de **CDAPH territorialisées** en 2018, contre 10,1 % en 2017 sur 89 MDPH.

Part des décisions prises selon la nature de la CDAPH en 2018
Échantillon : 80 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

L'analyse des rapports d'activité 2018 montre que **les CDAPH spécialisées sont, comme en 2017, principalement organisées autour de trois thématiques** : adultes, enfants et PCH. Quelques MDPH signalent également des CDAPH ciblées sur les transitions 16-26, l'AAH, les orientations en ESMS, les orientations professionnelles, le monde du travail/l'insertion professionnelle, les orientations scolaires, la vie scolaire et étudiante, le handicap psychique, les contestations, les situations exceptionnelles.

De même, comme en 2017, **l'articulation entre CDAPH plénière et CDAPH spécialisées ou territorialisées reste variable.**

Si dans certaines MDPH les CDAPH territoriales ou restreintes émettent un premier avis confirmé en plénière, dans d'autres, elles sont au contraire pleinement décisionnelles. Dans ce cas de figure, la plénière est plus centrée sur la jurisprudence locale ou sur les dossiers de fond, les sujets à approfondir, la formation des membres.

Lorsqu'il existe des CDAPH spécialisées, les dossiers semblent répartis entre CDAPH plénière et spécialisée en fonction de leur nature, par exemple la complexité ou l'urgence. Cette répartition peut toutefois varier d'une MDPH à une autre.

L'accueil des usagers se fait plutôt en CDAPH spécialisée ou restreinte qu'en CDAPH plénière. Les CDAPH plénières étudient plutôt les situations sur dossier.

📌 Les choix d'organisation des CDAPH : quelques variantes

MDA de l'Allier (03)

« Existence de commissions locales en territoires qui émettent un premier avis sur les demandes avant que la CDAPH plénière ne confirme. »

MDPH du Gard (30)

« Les sections locales sont en pleine responsabilité ; les CDAPH plénières traitent des dossiers de fond ou susceptibles de jurisprudence. »

MDPH de Loire-Atlantique (44)

« CDAPH spécialisées à Saint-Nazaire et à Orvault, avec audition des personnes (623 personnes reçues en 2018) ou présentation sur table des dossiers de personnes qui sont en désaccord avec leur PPC. »

MDA du Morbihan (56)

« Les sections ne sont pas décisionnaires. En 2018, la CDA enfance et la CDA adulte préparent les dossiers pour la CDA plénière. »

MDA du Nord (59)

« Les CDAPH plénières ont été territorialisées sur deux territoires regroupant les cinq pôles territoriaux de la MDPH du Nord (Valenciennes, Villeneuve-d'Ascq), elles n'ont pas de compétences spécifiques. »

MDPH des Pyrénées-Orientales (66)

« Existence de CDAPH spécialisées qui ont pour vocation de recevoir les usagers. »

MDPH de Guyane (973)

« Une seule CDAPH plénière a eu lieu en 2018. Les décisions sont prises en majorité durant les CDAPH spécialisées enfants et adultes. »

6.5. Les bonnes pratiques en matière de processus de décision se développent

Comme en 2017, une majorité des MDPH déclarent avoir engagé des travaux pour optimiser l'organisation des CDAPH en 2018, soit 56,3 % des MDPH (sur 96 ayant répondu). En lien avec le RMQS, ces travaux ont pour objectifs d'entretenir et d'améliorer la qualité de la décision (pertinence, équité, délai, explications...). En 2018, ces travaux portent essentiellement sur :

- > l'information et la formation des membres des CDAPH ;
- > l'évolution de l'organisation et du fonctionnement des CDAPH (voir ci-dessus) ;
- > la progression de la dématérialisation des décisions et l'équipement des CDAPH ;
- > l'amélioration de l'accueil des usagers au sein de commissions dédiées.

Les autres bonnes pratiques recommandées par le RMQS, telles que rédaction en facile à lire et à comprendre (FALC), les explications personnalisées, les contrôles de cohérence, ne sont pas spontanément citées dans les rapports d'activité, peut-être parce que la question n'est pas posée explicitement. Certaines MDPH signalent également avoir mis en place des systèmes permettant les notifications en masse, pour accélérer le processus.

L'information et la formation des membres : un gage de qualité et d'équité des décisions

En 2018 comme les années précédentes, de nombreuses MDPH disent assurer des sessions d'information et de formation régulières aux représentants de CDAPH. Ces séances d'information/formation portent en général sur le fonctionnement de la CDAPH (règles, procédures, rôle, règlement intérieur...), les droits et les prestations ou encore l'offre existante sur le territoire. Un des enjeux de ces formations est d'assurer une homogénéité et donc une équité des prises de décision à partir d'une « doctrine » partagée.

Des formats très variables ont été mobilisés pour cela par les MDPH, comme :

- > des temps d'information réguliers en plénière (actualité, évolutions réglementaires) ;
- > des temps de formation dédiés mobilisant parfois des experts et des intervenants extérieurs, notamment de la CNSA ;
- > des ateliers d'échanges de pratiques ou de mise en situation, tels que les « CDAPH blanches » (dans la MDPH de la Gironde – 33) ;
- > des guides ou des mémentos spécifiques pour les membres de la CDAPH ;
- > des visites d'établissements, des rencontres avec les partenaires ou les associations d'usagers ;
- > des portails ou des espaces collaboratifs dédiés, où il est possible de retrouver l'ensemble des documents.

Si la plupart des MDPH assurent ces sessions de façon régulière tout au long de l'année, elles signalent également un effort particulier pour accueillir les nouveaux représentants de CDAPH, notamment à l'occasion du renouvellement des commissions.

L'optimisation du fonctionnement des CDAPH pour une présentation optimisée des dossiers, des débats plus ciblés, une confidentialité et une traçabilité garanties

Les rapports des MDPH font état de travaux convergents au sein de nombreuses MDPH pour :

- > améliorer la pertinence des présentations faites en CDAPH (supports, critères, participants) ;
- > optimiser les délais de traitement des décisions à prendre, en jouant sur l'organisation de différents niveaux de commissions (plénières, spécialisées...);
- > homogénéiser les procédures et les pratiques (révision du règlement intérieur, des procédures, constitution de jurisprudences locales...);
- > remobiliser les partenaires pour assurer le *quorum* (sensibilisation, rappels à la règle, adaptation du fonctionnement et du calendrier pour faciliter la présence) ;
- > dématérialiser le *process* ;
- > assurer la traçabilité et la confidentialité des échanges pour garantir l'équité de traitement des personnes (anonymisation, procès-verbaux...).

Focus : quelques exemples d'évolution du fonctionnement et de l'organisation des CDAPH en 2018

L'amélioration de la présentation des dossiers (critères, modalités...)

MDA de l'Allier (03) : « La présentation systématique en CDAPH des premières demandes ; un effort pour étoffer les commissions et présenter un nombre plus conséquent de dossiers, avec un exposé synthétique pour permettre davantage d'échange entre les membres. »

MDPH des Côtes-d'Armor (22) : « Identification des dossiers porteurs de sens et de ceux nécessitant un arbitrage soumis à la CDA plénière : favoriser la réflexion autour de situations plutôt que le volume sans maîtrise du sens à donner en termes de jurisprudence. »

MDPH de la Dordogne (24) : « Dans le cadre des travaux sur la réorganisation, mise en place de groupe de travail avec les membres de la CDAPH autour de la nature des dossiers à présenter en CDA et des informations utiles à leur communiquer pour qu'ils puissent prendre les décisions en toute connaissance. »

MDA de la Mayenne (53) : « Les travaux engagés/réalisés en 2018 ont été : la modification des critères de présentation des situations de vive voix jusqu'alors basés sur le statut et les droits de la demande, ce qui permet de concentrer les présentations sur les situations complexes et/ou sur celles qui n'ont pas fait l'objet d'un consensus en EPE et de permettre à la CDAPH de disposer de temps pour les échanges. »

MDPH de la Meuse (55) : « Officialisation de pratiques déjà en place quant à la présentation des dossiers en séance, avec notamment mise à jour des types de décisions pouvant être prises sur liste. »

MDA des Hautes-Pyrénées (65) : « L'année 2018 a vu une évolution de la présentation des dossiers en CDA. Ce sont les équipes pluridisciplinaires qui présentent les dossiers pour une meilleure interaction avec les membres de la CDA. Seules les situations complexes ainsi que celles où nous avons reçu des observations suite au PPC sont présentées. »

MDPH de Guyane (973) : « L'examen des dossiers durant les commissions a été réorganisé. Trois listes sont désormais élaborées, et seule la liste 1 composée des situations complexes, PAG, PCH est présentée aux membres de la CDAPH. Les autres dossiers sont validés sur liste. »

La capitalisation des décisions et la constitution de jurisprudences

MDPH de Loire-Atlantique (44) : « La CDAPH s'est progressivement dotée d'un cadre de travail formalisé et construit, avec un règlement intérieur, un cahier des procédures (pour définir les conditions d'étude d'un dossier en CDAPH), un cahier de référence (pour acter de principes en matière d'évaluation des droits). »

MDPH de Vaucluse (84) : « Capitalisation des décisions prises afin de constituer une "jurisprudence" ».

Confidentialité et traçabilité

MDPH de la Meuse (55) : « Introduction des dispositions relatives au secret partagé et à la confidentialité des informations portées à connaissance en séance. »

MDPH de Vendée (85) : « Mis en place : [...] anonymisation, prise de notes et rédaction du PV par la coordinatrice de la CDA [...] »

MDPH de Tarn-et-Garonne (82) : « Lors de l'installation de la nouvelle CDAPH en juin 2018, il a été décidé d'organiser un groupe de travail visant à actualiser le règlement intérieur de cette instance et à apporter des évolutions sur son organisation notamment en proposant la mise en place du registre des pratiques pour permettre le traçage des décisions prises en séance sur des situations complexes. »

Dématérialisation

MDPH de l'Aisne (02) : « Mise en place de tablettes à disposition des membres de la CDAPH pour visualiser les listes de dossiers démarrage des premières CDAPH dématérialisées. »

MDA de la Mayenne (53) : « Les travaux engagés/réalisés en 2018 ont été : la mise en place d'une plateforme collaborative sur laquelle sont déposés les ordres du jour consultables par les membres de la CDAPH quelques jours avant la séance. Y sont également déposés le calendrier des séances et les informations sur les droits, sur les projets présentés en CDAPH. Les membres peuvent, *via* la plateforme, adresser des questions et demander une présentation en vive voix de certains dossiers. »

Mobilisation des partenaires et adaptations pour garantir le *quorum*

MDPH de l'Aveyron (12) : « En 2018, le *quorum* a été atteint pour chaque réunion. Nous avons sensibilisé les membres de la CDAPH en 2017 sur ces questions. Les CDAPH plénières étant organisées par section (adulte ou enfant) sur deux demi-journées et le calendrier étant fixé en début d'année, cela facilite, pour les membres de la CDAPH l'organisation de leur participation. »

MDPH de la Haute-Marne (52) : « Depuis les débuts de la MDPH, les membres de la CDA sont sensibilisés à leur implication dans nos CDA. Régulièrement le pôle accueil rappelle l'obligation d'un titulaire absent à prévoir la présence de son suppléant. Nous n'avons pas de problème de *quorum*. »

MDA du Bas-Rhin (67) : « L'installation de sections spécialisées par CDAPH, dans lesquelles siègent des suppléants assurent une participation des représentants des associations représentatives des personnes en situation de handicap et de leur famille. Pour les suppléances, l'objectif a été d'en maximiser le nombre en atteignant le plus souvent trois suppléants pour un titulaire. »

MDPH de la Haute-Saône (70) : « Une amélioration du *quorum* suite à une incitation forte du Président de la COMEX et des messages en CDAPH. Plus de pédagogie dans la présentation des situations – moins technique et plus "vulgarisée" et accessible. »

L'amélioration des conditions d'accueil des usagers au sein de CDAPH dédiées

De nombreuses MDPH font état dans les bilans 2018 du développement du nombre de demandes d'audience de la part des usagers et des solutions recherchées pour les accueillir dans les meilleures conditions et sans allonger les délais de traitement des demandes. Outre le développement du nombre de séances ou de leurs horaires, la plupart des MDPH font le choix d'un accueil en commission restreinte ou spécialisée. Quelques difficultés sont pointées.

▣ Les bonnes pratiques d'accueil des usagers en commission

MDPH de l'Ardèche (07)

« Les CDAPH sont presque exclusivement organisées autour des audiences des usagers. Nous envoyons systématiquement une proposition de plan d'aide à tous les usagers. Les auditions concernent essentiellement des personnes qui se voient opposer des refus. Ces situations ne manquent pas d'impacter les membres de la CDAPH, et les EP. Il paraît nécessaire de mettre en place un travail de fond sur ces auditions. »

MDPH de la Nièvre (58)

« Une réflexion a été engagée [...] sur une amélioration des conditions d'accueil des usagers en comités plus restreints de façon à minorer l'impact "jury" de l'entretien et ainsi minimiser leur stress, réflexion qui a ensuite été partagée avec les membres de la CDAPH. »

MDPH de Savoie (73)

« Le nombre croissant de demandes de familles souhaitant être reçues par la CDA mensuelle enfants avait soulevé des questions quant à l'organisation des CDA. De ce fait, après expérimentation, le COMEX a validé notamment une CDA mensuelle avec l'accueil des parents au cours de la CDA mensuelle et une CDA simplifiée. Pour autant, le fonctionnement actuel pose question tant pour l'accueil des familles en CDA plénière qui, du fait du grand groupe et de la configuration de la salle, n'est pas satisfaisant que du maintien en l'état des CDA simplifiés qui s'apparentent parfois à des chambres d'enregistrement. Le fonctionnement des CDA sera de nouveau abordé après désignation des nouveaux membres des CDA à l'été 2019. »

MDPH du Tarn (81)

Maintien de la commission d'audition qui a lieu deux jours avant la CDAPH. Les usagers ne sont plus reçus en séance plénière, mais dans cette commission créée spécifiquement à cet effet dans un but d'amélioration de l'accueil et d'informations mieux expliquées. »

MDPH de Vendée (85)

« Procédures d'accueil des familles reçues en CDA, préparé en amont par la psychologue. »

MDPH du Val-d'Oise (95)

« La réception des usagers organisée pendant les CDA "classiques" a été confirmée comme une bonne pratique. Le fait de recevoir les usagers au fil de l'eau permet de ne pas avoir de délai d'attente et de pouvoir être réactif en cas d'urgence. »

7. Le traitement des litiges

7.1. Les taux de recours restent globalement bas, les usagers privilégient le recours gracieux aux autres recours possibles

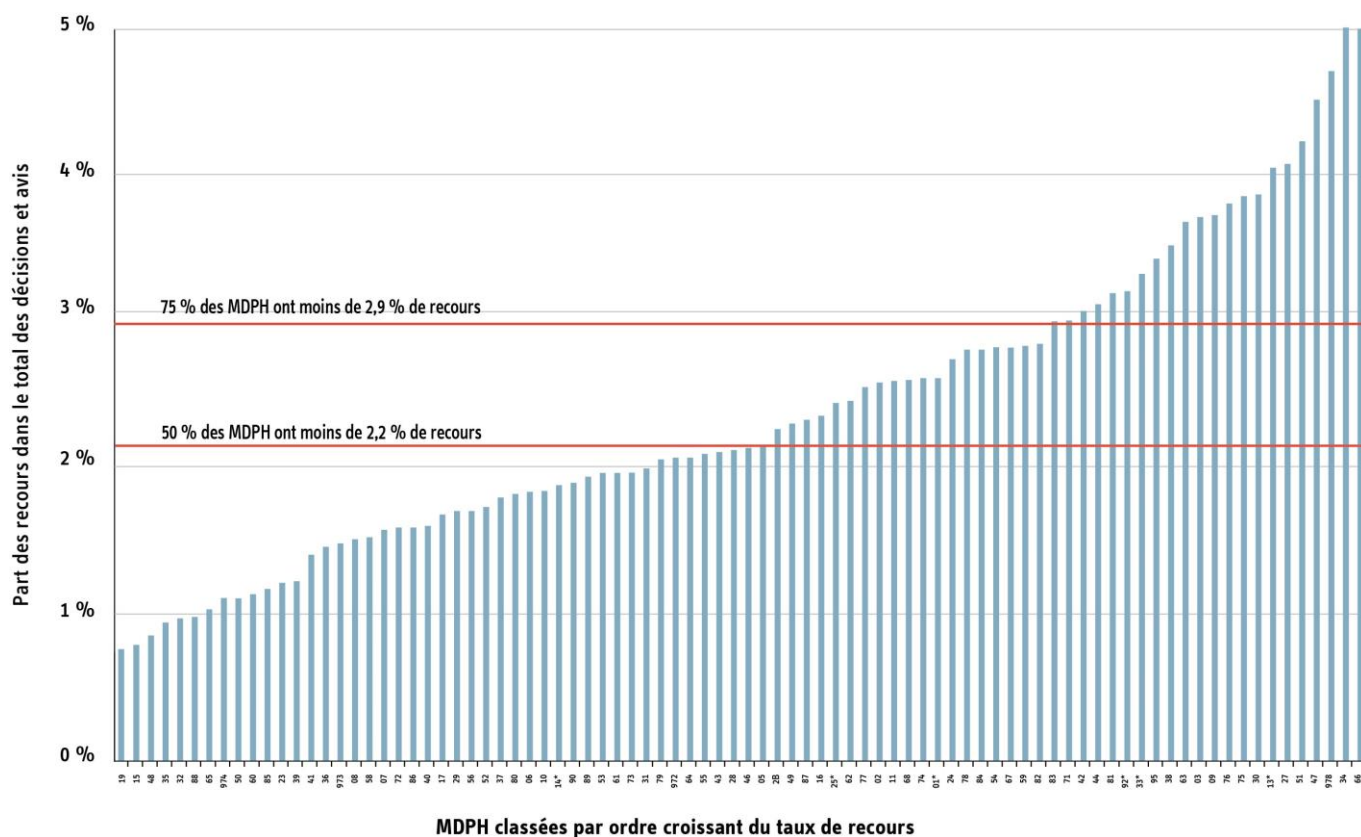
Les taux de recours restent globalement bas et stables en 2018

Les recours gracieux, après réexamen de la situation de la personne, donnent lieu le cas échéant à une modification de la décision initiale rendue par la CDAPH. En 2018, 102 800 recours gracieux sont déposés auprès des MDPH, et 99 500 décisions sont prises à la suite d'un recours gracieux.

En 2018, 19 180 recours contentieux sont adressés aux MDPH, et 18 000 décisions contentieuses sont prises. Durant la période 2014 à 2018, le nombre de recours gracieux déposés augmente. Cependant, cette augmentation est de moins en moins forte (0,3 % entre 2017 et 2018). Quant aux recours contentieux déposés, leur nombre diminue depuis 2016 avec une baisse de 10,3 % entre 2017 et 2018.

On constate également une réduction du nombre de décisions ou d'avis rendus à la suite d'un recours entre 2017 et 2018 : de 3,4 % pour les recours gracieux et de 8,7 % pour les recours contentieux.

Part des recours gracieux et contentieux dans le total des décisions et des avis pris en 2018 Échantillon : 86 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

En moyenne, en 2018, les recours gracieux et contentieux représentent 2,7 % du total des décisions et des avis pris.

Le taux de recours est inférieur à 2,9 % dans les trois quarts des MDPH de l'échantillon.

Plusieurs facteurs sont avancés par les MDPH pour expliquer le faible taux de recours gracieux. Le principal facteur identifié est l'investissement des équipes sur l'accompagnement de la décision.

📌 L'analyse des MDPH concernant la faiblesse et l'évolution du taux de recours gracieux

MDPH des Hautes-Alpes (05)

« Le taux de recours gracieux est peu significatif, [ce] qui peut s'expliquer par un accompagnement de qualité réalisé par les deux assistantes sociales dont dispose la MDPH. L'information des décisions auprès des bénéficiaires (ou demandeurs) explique le faible taux de recours gracieux. »

MDPH des Bouches-du-Rhône (13)

« L'envoi du projet de PPS aux familles avant passage en CDA permet de traiter en amont les attendus des familles, avant passage du dossier en CDA, et de réduire de fait le nombre de recours. »

MDPH du Jura (39)

« La part des recours gracieux et contentieux reste très faible pour la MDPH du Jura qui fait partie des 50 % de MDPH ayant moins de 2,1 % de recours (chiffres nationaux CNSA 2016). Cela s'explique par une grande disponibilité des agents, tant pour l'accueil téléphonique que pour l'accueil physique (30 h d'accueil pour tous agents par semaine). De plus, chaque notification fait état des coordonnées du référent du dossier. Enfin, pour la prestation de compensation du handicap, les évaluations sont faites dans la plupart des cas à domicile, ce qui permet de bien connaître les situations et de dialoguer avec les personnes afin de leur expliquer le cheminement de leur dossier et les réponses qui pourront leur être apportées. »

MDPH de Tarn-et-Garonne (82)

« Globalement, l'augmentation constatée sur les recours gracieux est liée au secteur enfants (+47,25 % entre 2017/2018) du fait de l'application plus stricte des textes par les équipes pluridisciplinaires sur le calcul des compléments d'AEEH. »

MDPH de l'Yonne (89)

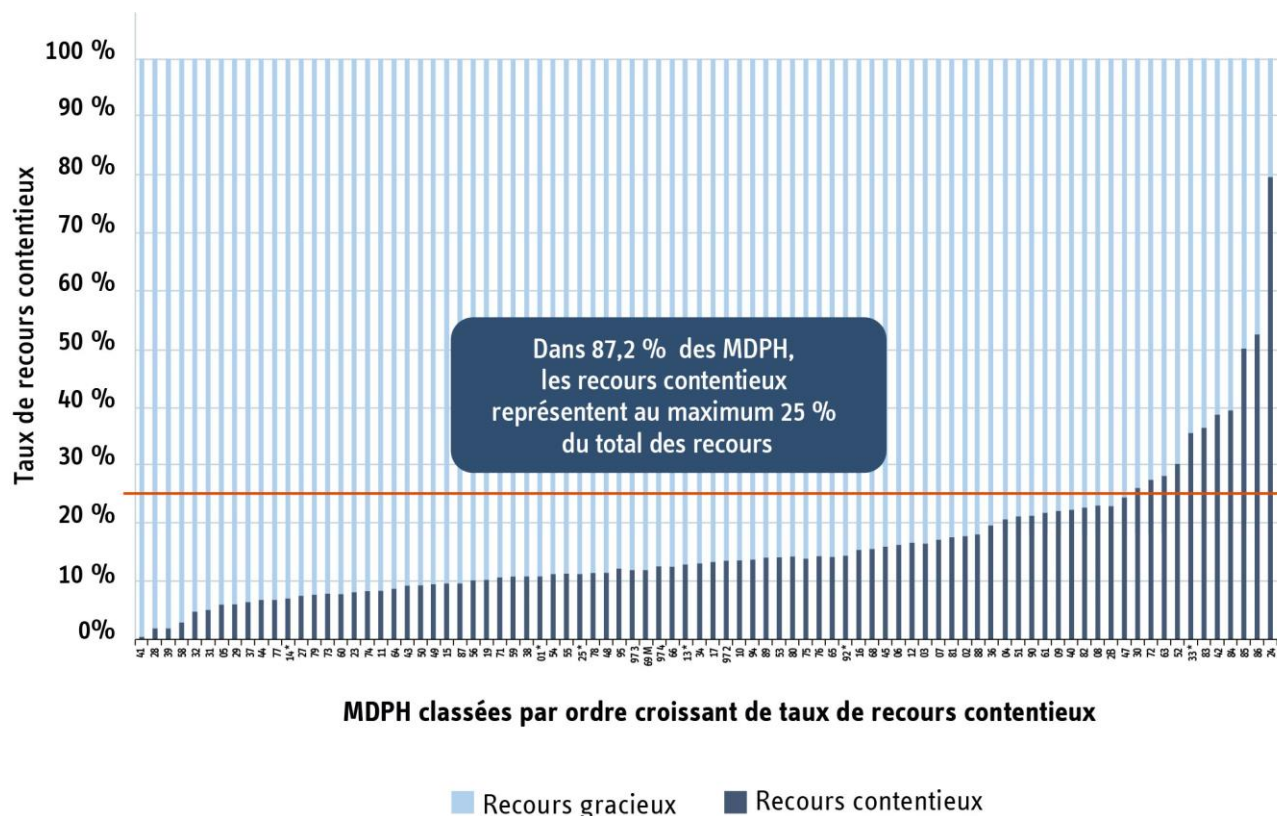
« Au total, la part des décisions de la CDAPH contestées augmente de 0,46 % en 2018. Cette augmentation est due à une meilleure information des personnes autour de leurs droits sur le support des notifications, qui est renforcée en 2019 avec la mise en place des recours administratifs préalables obligatoires (RAPO) institués par la dernière loi de modernisation de la justice. »

Les usagers continuent de privilégier le recours gracieux aux recours contentieux

Les recours contentieux représentent en moyenne 15,3 % du total des recours déposés. Les recours gracieux représentent un peu plus de quatre recours sur cinq. Les proportions moyennes sont stables par rapport aux années précédentes.

Dans 50 % des MDPH, la part des recours contentieux est inférieure à 12,7 %. 87,2 % des MDPH en comptent au maximum 25 %.

Part des recours contentieux dans le total des recours déposés en 2018 Échantillon : 86 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

Les explications avancées par les MDPH concernant ce taux sont très variables. Il est sans doute délicat d'interpréter un taux faible et qui porte sur un nombre restreint de situations.

📌 L'analyse des MDPH concernant la faiblesse et l'évolution des recours contentieux

MDPH de l'Ariège (09)

« La part des recours contentieux est assez faible. En effet, les délais d'instruction dissuadent les usagers d'engager des procédures contentieuses. »

MDPH des Bouches-du-Rhône (13)

« Le nombre de recours déposé contre les décisions de CMI-I et CMI-S est connu partiellement de la MDPH, puisqu'il s'agit aujourd'hui d'une compétence relevant du conseil départemental. Ce qui explique la baisse du nombre de décisions et avis de recours contentieux. »

MDPH du Haut-Rhin (68)

« La baisse des recours contentieux peut s'expliquer par la baisse globale du taux de refus en 2018. »

MDA des Yvelines (78)

« Le développement, en 2018, des conciliations et des médiations, temps d'échange avec les usagers afin d'expliquer les décisions prises par la CDAPH, a permis une baisse significative des recours contentieux. »

MDPH de l'Yonne (89)

« La légère baisse comptabilisée du nombre de recours contentieux en 2018 peut s'expliquer par la loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice actant le transfert des recours sur les décisions des CDAPH des tribunaux de l'incapacité (TCI) aux tribunaux de grande instance (TGI). Ce transfert a, en effet, eu pour conséquence de décaler dans le temps les accusés réception des recours. »

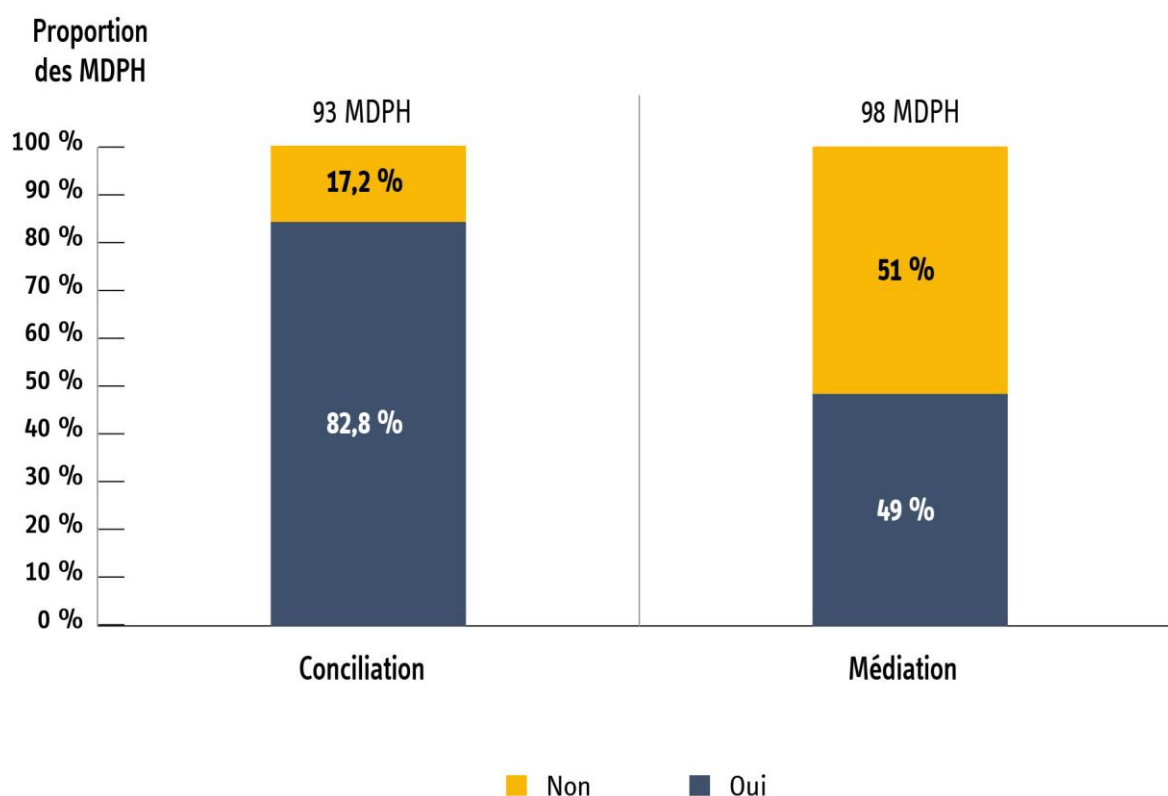
MDA du Territoire de Belfort (90)

« Le niveau des recours contentieux reste très bas. Même s'il augmente : les personnes étant de plus en plus dans une posture de revendication. »

La médiation et la conciliation, dispositifs moins connus, restent peu utilisés

49 % des MDPH identifient une personne chargée de la médiation. 83 % des MDPH désignent une ou plusieurs personnes qualifiées chargées de mettre en œuvre une conciliation, alternative à un dépôt de recours ou, dans certains cas, qui se cumule au dépôt d'un recours. Parmi ces MDPH, 86 % réalisent effectivement au moins une conciliation : en moyenne, elles en réalisent 58 (61 MDPH). La part des recours dans le total des avis et décisions n'est pas significativement moins élevée pour les MDPH dans lesquelles la conciliation est mise en œuvre.

Modalités de règlement amiable des litiges pour les usagers des MDPH en 2018 : la médiation et la conciliation



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

De fortes variations sur la conciliation d'une MDPH à l'autre

MDPH de Charente-Maritime (17)

« Aucune demande de conciliation n'a été enregistrée à la MDPH. Les deux conciliateurs n'ont donc pas été mobilisés en 2018. »

MDPH du Var (83)

« Les voies de recours mentionnées dans les notifications ont été modifiées et il est constaté, depuis le début de l'année, une augmentation du nombre de demandes de conciliation (+ 47 % par rapport à l'année 2018). »

MDPH de Vendée (85)

« La conciliation, en très forte baisse, est assurée par quatre conciliateurs qui interviennent sur l'ensemble du département. Cela représente moins de vingt conciliations par an. »

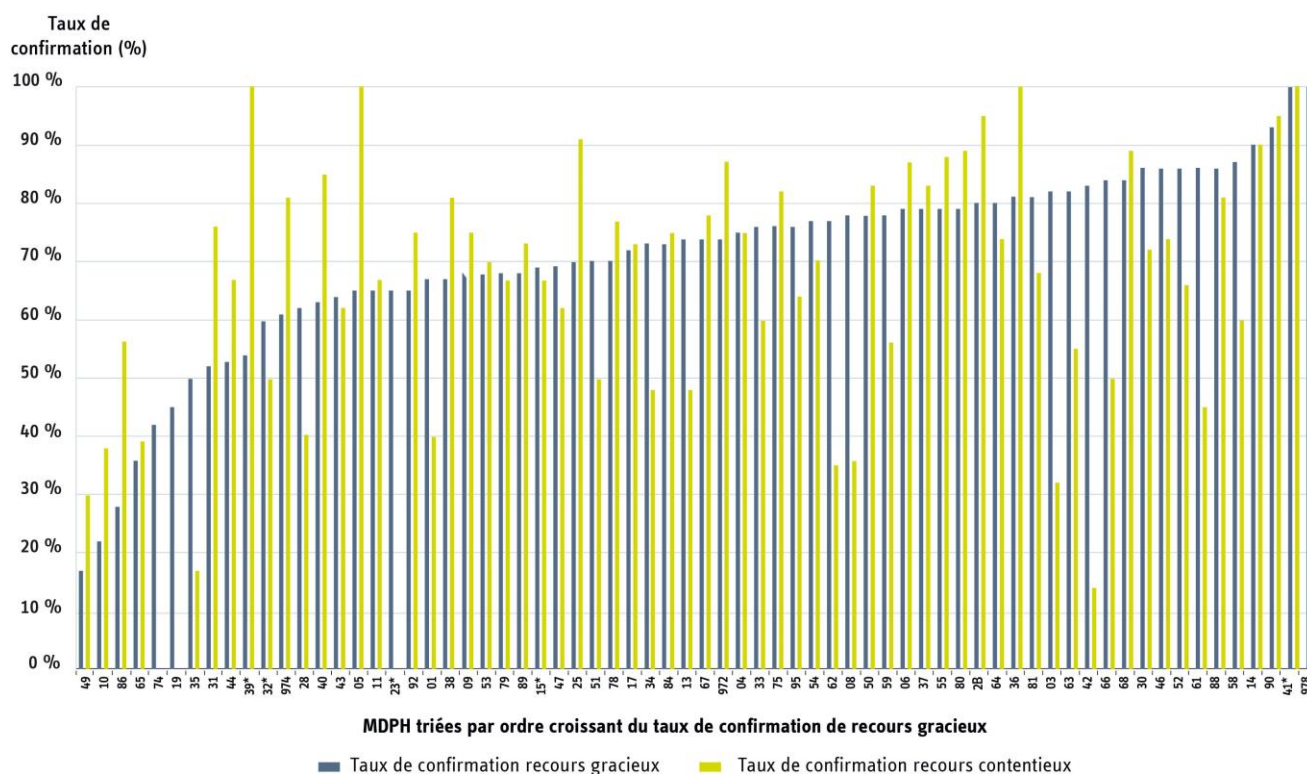
Les recours donnent parfois lieu à une évolution des décisions, mais le plus souvent, ils permettent de mieux expliquer et faire comprendre la décision prise

Dans 77 % des MDPH, le taux de confirmation des recours gracieux est supérieur à 50 %, et il est supérieur à 80 % dans 15 % des MDPH. Dans 79 % des MDPH, le taux de confirmation des recours contentieux est supérieur à 50 %, et il est supérieur à 80 % dans 21 % des MDPH.

Les taux de confirmation doivent être analysés au regard du nombre de décisions associées ; il arrive qu'il y ait peu de recours et des taux de confirmation très faibles ou au contraire très élevés, ce qui peut limiter la comparaison entre les prestations et les orientations.

Néanmoins, l'AAH étant l'allocation qui fait le plus fréquemment l'objet d'un recours, un focus tenant compte des disparités départementales est présenté. Les taux de confirmation sont très disparates d'une MDPH à l'autre. Ainsi, les taux de confirmation de recours gracieux d'AAH varient de 17 % à 100 %, ceux de recours contentieux varient de 30 % à 100 %.

Taux de confirmation d'AAH à la suite du dépôt d'un recours gracieux ou contentieux Échantillon : 68 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

La conciliation : un dispositif permettant une meilleure explication des décisions prises

MDA des Yvelines (78)

« Certaines personnes demandent une conciliation parce qu'elles ne comprennent pas leur notification de décision. Les conciliateurs, en partenariat avec la mission juridique de la MDA, rencontrent ces personnes et/ou familles afin de leur expliquer la décision qui a été prise. Dans la majorité des cas, un recours contentieux est désamorcé grâce à ce temps d'échange. »

7.2. Pour assurer la médiation et la conciliation, les MDPH mobilisent des moyens divers, réorganisés à la suite de la réforme des recours

Les moyens dédiés à la gestion des recours restent marginaux au sein des effectifs des MDPH. Si quelques MDPH signalent avoir développé leurs moyens ou mis en place une équipe dédiée, d'autres font état de difficultés à trouver des personnes-ressources, notamment pour assurer la conciliation.

En termes d'évolution des pratiques, en 2018, 52 MDPH sur 94 déclarent avoir réalisé des travaux d'amélioration de la gestion des recours/médiation/conciliation, soit 55,3 %, un chiffre stable comparé aux données 2017.

La principale évolution ayant un impact sur les MDPH, principalement sur la fin de l'année 2018, est l'application de la réforme du contentieux des MDPH : mise en place du recours administratif préalable obligatoire (RAPO) de l'incapacité et transfert du contentieux de l'incapacité aux tribunaux judiciaires. Quelques MDPH indiquent également avoir retravaillé leur procédure de conciliation.

À noter : relativement peu évoquées par les rapports des MDPH, les médiations restent un dispositif peu mis en œuvre dans les MDPH.

Les dispositions réglementaires concernant cette fonction sont peu précises, et les MDPH se les approprient de manière diverse. Il peut notamment y avoir des confusions assez fréquentes entre conciliation et médiation.

L'organisation du traitement des recours

Les rapports d'activité des MDPH font état de modes d'organisation divers pour le traitement des recours et leur instruction. Cette mission peut mobiliser des assistantes de direction, des instructeurs, les encadrants, des médecins, un service juridique... Certaines MDPH ont mis en place une équipe pluridisciplinaire dédiée aux recours pour réévaluer la situation des personnes dans le cadre du traitement des RAPO.

De nombreuses MDPH ont retravaillé leur procédure pour **prendre en compte les nouvelles dispositions légales** (loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle) : RAPO et transfert de compétence du tribunal du contentieux de l'incapacité vers le tribunal de grande instance ou le tribunal judiciaire (TJ) depuis le 1^{er} décembre 2020. Pour cela, plusieurs actions ont été engagées :

- > adaptation du SI, mise à jour des bases de données ;
- > adaptation des parties informatives sur les voies et les délais de recours dans les courriers de notification de décision aux usagers ;
- > mise en place de nouveaux outils : rapport du conciliateur, accusé de réception du RAPO ;
- > mise en place ou actualisation des fiches de procédures ;
- > sensibilisation et formation des agents et des conciliateurs aux nouvelles démarches ;
- > information des usagers sur les nouvelles procédures (notes d'information, internet...) ;
- > réunions de travail avec le TGI pour anticiper la réforme « Justice du XXI^e siècle », formations des professionnels des tribunaux nouvellement compétents... ;
- > réorganisation des services, voire recrutement de personnel sur cette mission ;
- > mise en place d'équipes pluridisciplinaires dédiées, simplification des procédures ou refonte des circuits afin d'assurer la tenue des délais légaux.

Un certain nombre de MDPH expriment des appréhensions concernant les impacts de la réforme : délais de traitement plus importants, augmentation des recours...

Mis à part ces travaux en lien avec les évolutions réglementaires, certaines MDPH signalent aussi avoir revu leur *process* de manière à diminuer et mieux gérer les recours.

📌 Les leviers déployés pour diminuer et mieux gérer les recours : exemples

MDPH de Charente-Maritime (17)

« Depuis 2017, les procédures de gestion des recours contentieux et gracieux sont intégrées dans le système d'information métier IODAS, ce qui facilite la pertinence de l'analyse par une vision globale du dossier et de l'avancée de la procédure, tout en améliorant le suivi statistique de cette activité. L'informatisation avait nécessité la description de procédures normées qui vont faciliter la mise en œuvre du futur recours administratif préalable obligatoire (RAPO).

Le traitement rapide des recours gracieux (deux mois maximum et réponse à tous les courriers) et la désignation d'un référent administratif nominatif dès l'accusé de réception semblent satisfaire les usagers. »

MDA de l'Hérault (34)

« Lancement du recrutement d'un cadre B pour structurer une mission de suivi des recours (administratifs et contentieux) et notamment l'analyse des motifs de contestation. »

MDPH d'Indre-et-Loire (37)

« Mise en place d'un nouveau système de traitement (télérecours) par le tribunal administratif concernant les contentieux RQTH/ORIENTATION PRO et CMI stationnement. Il s'agit d'une application informatique qui permet de gérer la communication dématérialisée des requêtes, des mémoires et des actes de procédure [...]. Elle offre aux parties comme aux juridictions une accessibilité immédiate au contenu de l'ensemble des dossiers. »

MDA de la Loire (42)

« Poursuite du travail d'amélioration de la rédaction des fiches d'équipe et de la motivation des décisions. Création d'une cellule dédiée aux recours gracieux et contentieux. »

MDPH du Haut-Rhin (68)

« La mission de suivi des litiges est une fonction qui a été très tôt investie avec un taux de recours qui reste peu important et un taux d'infirmation minime par les tribunaux. Les différentes étapes ont été depuis quelques années de :

- faire systématiquement un mémoire en cas de recours au tribunal [les requérants ayant davantage recours à un avocat, ce qui nécessite de développer l'argumentaire] ;
- avoir systématiquement un représentant de la MDPH au TCI. Cette pratique commence à s'étendre quand possible au TA depuis 2018 ;
- faire le lien quand une personne est à la fois en recours gracieux et contentieux pour éviter la dispersion d'énergie et de procédures ;
- faire un travail d'explication des décisions envers les usagers ;
- la mise en place d'une **précommission** de recours gracieux associant des représentants de parents et familles de personnes en situation de handicap ;
- mise en place du principe d'expert évaluateur différent de l'évaluateur lors de l'instruction pour le passage en recours gracieux. En 2018, mise en place de circuits spécifiques pour les recours gracieux de l'enfance répondant aux mêmes critères que ceux détaillés ci-avant et présence du référent recours au TA également. »

L'organisation de la conciliation : un dispositif en repositionnement

L'organisation de la conciliation peut prendre des formes variées selon les structures : mutualisation avec le département, recours à des bénévoles, appui sur des pairs par exemple. Quelques MDPH signalent une difficulté à trouver des conciliateurs, ce qui peut parfois aboutir à une suspension du dispositif. Plusieurs évoquent les efforts faits pour assurer la formation et l'information des conciliateurs et partager un bilan *via* des échanges au moins annuels. Quelques MDPH anticipent fin 2018 une hausse des conciliations compte tenu des évolutions réglementaires et se préparent à un développement du dispositif.

▾ Les évolutions apportées au dispositif de conciliation : exemples

MDPH de l'Aube (10)

« La réduction de l'effectif des personnes qualifiées a amené la MDPH à reconsidérer la méthodologie de recours à une procédure de conciliation.

Préalablement très largement ouverte, la procédure de conciliation est désormais recentrée sur les situations nécessitant soit un arbitrage, soit une explication dans un cadre neutre. Le nombre de conciliations réalisées a significativement diminué, mais la qualité et la pertinence de la démarche s'en est trouvée renforcée. »

MDPH de Lot-et-Garonne (47)

« Dans le cadre de la mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous et plus particulièrement au titre du déploiement de l'axe 3 relatif à la création d'accompagnement et de soutien par les pairs, la MDPH s'est rapprochée du collectif interassociatif toutes déficiences 47. Ce rapprochement a pour finalité d'initier une réflexion sur la mise en place d'une conciliation par des pairs en complémentarité avec les autres dispositifs existants. L'objectif étant de mobiliser des représentants d'usagers aidants familiaux afin qu'ils viennent renforcer la mission de conciliation exercée par des bénévoles peu nombreux. Une mission qui mériterait d'être développée afin d'explicitier auprès des usagers les arguments justifiant la décision prise à leur égard. »

MDPH de l'Oise (60)

« La médiatrice a pris ses fonctions fin avril 2018. Un travail a été conduit autour de la forme et du contenu des mémoires afin de les développer davantage en renforçant l'argumentaire. Puis, la médiatrice a remis en place l'appel systématique des personnes qui adressent une demande de médiation, conciliation ou recours. Ce temps d'échange avec les personnes permet souvent de lever des incompréhensions. La COMEX du 14 décembre 2018 a validé la nomination de trois conciliateurs bénévoles. Et, la fonction de "conciliateur" au sein de la MDPH a été renommée "médiateur" afin d'être parfaitement en cohérence avec ces deux missions. »

MDPH de Rhône métropole (69M)

« Refonte de la conciliation qui devient un temps d'échange et de conseils et non plus une forme de recours. »

8. L'accompagnement à la mise en œuvre des décisions et le suivi des orientations

8.1. La mobilisation des MDPH sur le suivi des décisions est priorisée sur les situations sensibles

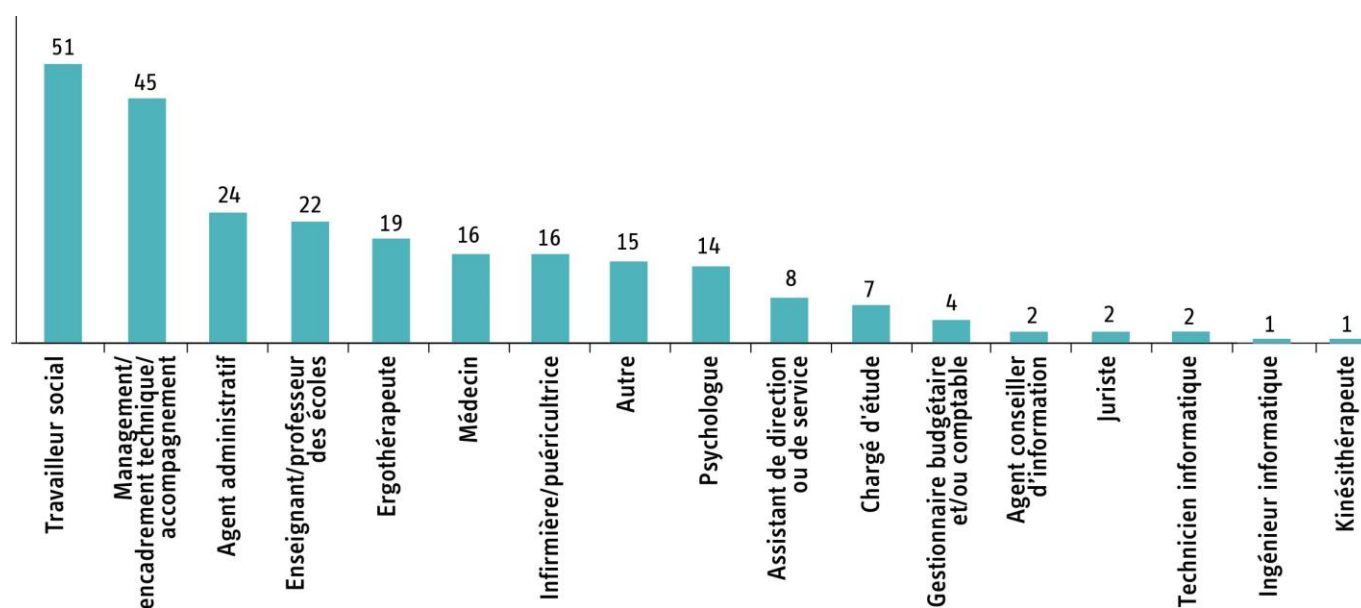
Les moyens humains mobilisés pour le suivi des décisions demeurent limités

En 2018, les MDPH consacrent en moyenne 3,4 % des ETP travaillés à cette mission, contre 3,3 % en 2017 et 3,2 % des ETP en 2016, ce qui témoigne d'une grande stabilité des moyens accordés malgré quelques différences d'échantillons d'une année sur l'autre.

Les MDPH mobilisent plusieurs types de métiers différents pour l'accompagnement des décisions. 51 MDPH déclarent mobiliser des travailleurs sociaux, 45 des cadres. 24 MDPH déclarent mobiliser des agents administratifs, 22 des enseignants, 19 des ergothérapeutes, 16 des médecins, 16 des infirmiers ou des puéricultrices et 14 des psychologues. Les autres professions mobilisées comme assistant de direction ou de service, chargé d'étude, gestionnaire, juriste, agent conseiller d'information, technicien ou ingénieur informatique, kinésithérapeute sont citées chacune par moins de 10 MDPH.

Typologie des professionnels qui réalisent l'accompagnement et le suivi des décisions (en nombre de MDPH déclarant les mobiliser)

Échantillon : 86 MDPH



Source : CNSA, rapport d'activité des MDPH 2018.

Compte tenu de ces moyens limités, la plupart des MDPH concentrent leur action sur le suivi des orientations en ESMS ou sur quelques publics cibles prioritaires

L'analyse des rapports d'activité des MDPH confirme que la plupart des MDPH concentrent en 2018 comme les années précédentes le suivi des décisions sur les orientations en ESMS en s'appuyant notamment sur l'outil de partage d'informations ViaTrajectoire. Le suivi peut aussi porter sur des publics jugés prioritaires, assez variables selon les MDPH. Le manque de moyens humains pour la saisie des données et le suivi des situations est régulièrement avancé par les MDPH comme motif de non-suivi des décisions. Ainsi, plusieurs MDPH signalent en 2018 n'avoir pu faire de suivi sur aucun champ.

📌 Le suivi des décisions dans les MDPH : un exercice ciblé sur les publics prioritaires

MDA de Corrèze (19)

« UN coordonnateur de parcours accompagne les bénéficiaires à trouver les prestations adaptées à leurs besoins. »

MPDH de la Creuse (23)

« Pas pour l'ensemble des décisions. La MDPH a axé ce suivi sur les décisions de PCH aide humaine et de PCH aménagement de véhicule : les usagers ont été contactés par téléphone ou courrier en cas de non-réponse. Depuis septembre 2018, les travailleurs sociaux handicap ont désormais la mission de suivi des décisions de PCH ajoutée à leur fiche de poste. »

MDPH d'Ille-et-Vilaine (35)

« La CDAPH peut décider d'un accompagnement de la décision. Celui-ci est inscrit sur le PV de la CDAPH. La référente technique du service gestion des droits en prend connaissance et transmet l'information à la cheffe de service évaluation. Celle-ci désignera le professionnel de l'EP qui recontactera la personne. Cette décision de la CDAPH est suivie d'effet dans les quinze jours. »

MDPH de l'Orne (61)

« Les décisions d'orientation scolaire et d'ORP sont accompagnées par les partenaires : enseignants référents pour les orientations scolaires et SPE [service public pour l'emploi] pour les ORP. Le partenariat avec les missions locales permet d'être plus pertinent dans l'accompagnement des jeunes adultes vers l'insertion professionnelle. »

MDPH de Haute-Savoie (74)

« Des courriers sont envoyés chaque mois aux usagers dont les droits PCH arrivent à échéance six mois plus tard. Ces courriers permettent d'éviter des ruptures de droits. De même, des liens sont établis avec la CAF pour permettre à la MDPH d'étudier en urgence des dossiers d'usagers dont les droits arrivent à échéance. »

MDPH de la Vienne (86)

« Dispositif de suivi des décisions pour les orientations scolaires et médico-sociales des enfants et jeunes, suivi des orientations pour les jeunes 16-25 ans : organisation d'EP de suivi avec les partenaires (missions locales, ESMS...), organisation d'EP de suivi personnes en situation de handicap psychique avec partenaires (centre hospitalier spécialisé, SAVS, SAMSAH...). »

8.2. L'organisation du suivi des décisions s'appuie essentiellement sur le déploiement d'outils informatiques et sur des échanges partenariaux

Lorsqu'elles sont en capacité d'assurer un suivi des décisions, les MDPH mobilisent essentiellement en 2018 les dispositifs suivants :

- > des outils de suivi des décisions prises par les partenaires, soit un outil de suivi des orientations (ViaTrajectoire), soit d'autres outils informatiques comme Excel (ex. : pour mesurer les entrées/sorties en ESMS) ;
- > des espaces d'échanges partenariaux avec certains établissements ou services (ex. : commissions situations critiques, point sur les listes d'attentes et admissions...) ;
- > un suivi ponctuel de certaines situations individuelles par les spécialistes en interne (ex. : suivi des situations complexes par le médecin psychiatre) ;
- > quelques MDPH utilisent des questionnaires auprès des bénéficiaires pour un suivi exhaustif annuel ;
- > quelques MDPH parviennent à assurer un suivi régulier de chaque bénéficiaire par leurs référents ou par du personnel dédié (travailleurs sociaux notamment).

▮ Différentes modalités de réalisation du suivi des décisions : quelques exemples

MDPH du Calvados (14)

« Au carrefour des problématiques de prévention des ruptures de parcours et d'observation des besoins, la MDPH du Calvados attache une attention particulière au suivi des décisions de la CDAPH. Aussi, elle a continué à participer au suivi du dispositif ITEP ; a animé et coordonné la commission d'examen des situations individuelles critiques ; s'est préparée au passage à la gestion des flux de données vers ViaTrajectoire PH (mise à jour des listes et des codes FINESS des établissements et services en lien avec le conseil départemental et l'ARS, formation au nouvel outil...). La MDPH, depuis de nombreuses années, assure le suivi des décisions d'orientation en établissements et services médico-sociaux à partir de fiches "entrée" et "sortie" des ESMS. »

MDPH de l'Indre (36)

« Indispensable pour gérer les priorités des "entrées" en établissement.

Un questionnaire annuel aux bénéficiaires "adultes" sur leur volonté ou non d'intégrer un établissement. Des échanges systématisés avec l'ensemble des établissements et services.

Des réunions annuelles sur la priorisation des entrées et sorties tant sur le volet "adultes" que sur le volet "enfants". »

MDPH de Haute-Loire (43)

« Nous gérons les listes d'attentes avec les directeurs d'ESAT depuis plus de 10 ans. Depuis quatre années, nous faisons la même chose avec les foyers de vie. Et depuis deux ans les SAMSAH. Sur le secteur enfant, ce mode d'échange et de gestion est mis en place pour les ITEP et les IME. Avec l'arrivée de ViaTrajectoire, nous avons souhaité maintenir ces temps d'échanges afin de pouvoir accompagner nos partenaires dans la gestion des situations complexes ou qui pourraient être appelées à le devenir. Nous souhaitons dans cette même logique, intéresser les ESMS aux équipes pluridisciplinaires. »

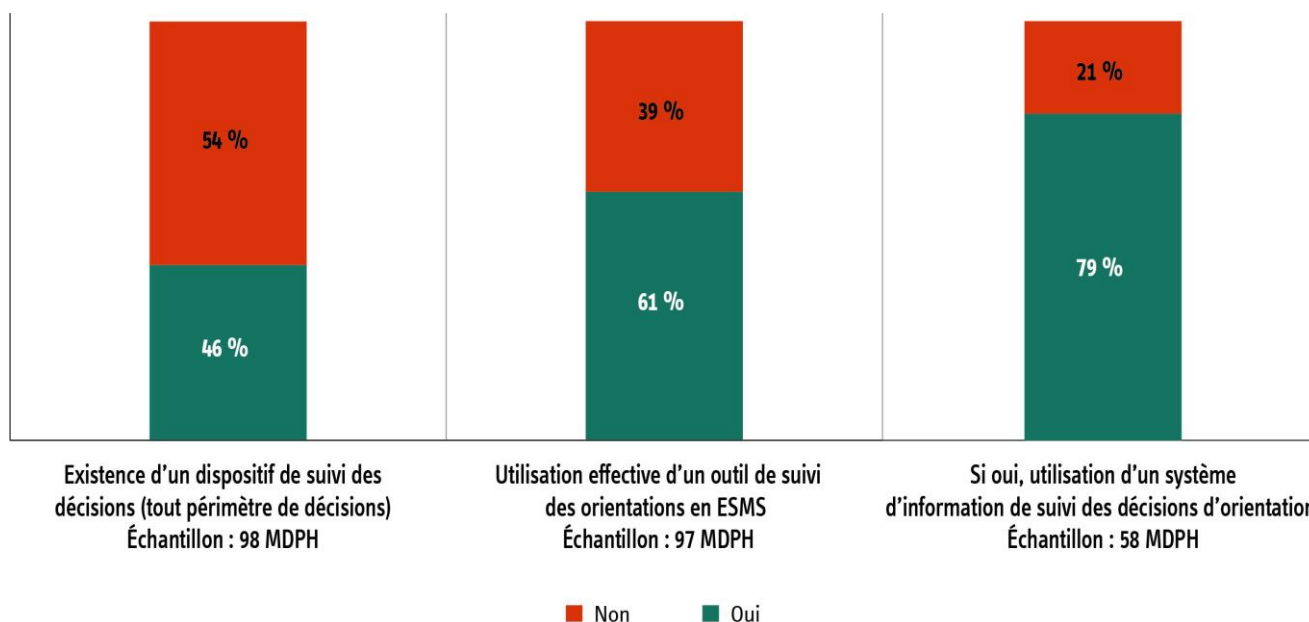
La mobilisation d'outils de suivi progresse et facilite en particulier le suivi des orientations en ESMS

Tous périmètres confondus, le déploiement de dispositifs de suivi des décisions a nettement progressé entre 2017 et 2018. Si seulement 35 % des MDPH signalaient avoir un dispositif de suivi des décisions en 2017 (30/85 MDPH), cette proportion monte à 46 % en 2018 (45/98 MDPH).

Cette progression est également sensible concernant l'utilisation effective d'un outil de suivi des orientations en ESMS : environ 52 % des MDPH déclaraient en disposer en 2017 (45/86 MDPH), contre environ 61 % des MDPH en 2018 (59/97 MDPH), soit une hausse notable malgré l'écart d'échantillon.

Parmi les MDPH qui utilisaient effectivement un outil de suivi des orientations en ESMS, 2018 est marquée par le passage d'outils locaux à l'outil ViaTrajectoire. Ainsi, fin 2018, 79 % des MDPH concernées utilisent cet outil SI (46/58 MDPH).

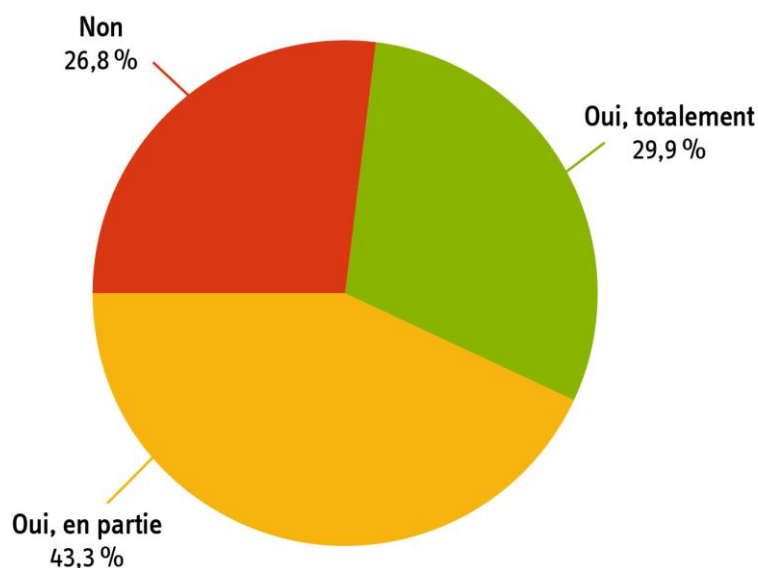
Utilisation d'outils de suivi des décisions et des orientations



Source : CNSA, rapport d'activité des MDPH 2018.

La proportion de MDPH qui déclare suivre ces listes reste relativement stable. Ainsi, en 2018, 29 MDPH déclarent suivre totalement ces listes et 42 en partie, sur un échantillon de 97 MDPH. En 2017, sur un échantillon moindre (88 MDPH), les données étaient sensiblement similaires : 25 déclaraient un suivi total, 40 un suivi partiel.

Suivi des données de liste d'attente des ESMS du territoire Échantillon : 97 MDPH



Source : CNSA, rapport d'activité des MDPH 2018.

Focus sur le déploiement de systèmes d'information pour le suivi des décisions d'orientation

Un déploiement finalisé dans la moitié des MDPH

En 2018, 46 MDPH ont finalisé le déploiement d'un SI SDO. Plusieurs autres disent avoir engagé le projet.

Les MDPH qui n'ont pas encore déployé un logiciel métier de suivi des orientations s'appuient provisoirement sur d'autres solutions dès lors que celles-ci intègrent les exigences des référentiels nationaux. D'autres réalisent un suivi sur Excel. Quelques-unes font un suivi manuel sur fiche. Les limites de ces outils sont souvent pointées : manque de régularité des données saisies, absence de visibilité en temps réel des admissions, hétérogénéité quant à la façon de calculer la donnée collectée, fiabilité contestable...

Les avantages du SI SDO

De nombreuses MDPH attestent de la réelle plus-value de l'outil de suivi des orientations une fois déployé. Certaines soulignent ainsi l'adhésion très forte et rapide des ESMS à ce logiciel, « un outil de pilotage aussi utile aux ESMS qu'à la MDPH », qui permet notamment de :

- > suivre en temps réel les entrées sorties, les listes d'attente de façon quantitative (les masses) et qualitative (les situations individuelles, les personnes inscrites), ce qui en fait un outil indispensable et préalable pour la démarche « Réponse accompagnée » ;
- > mettre en évidence l'écart entre notifications MDPH et l'absence de démarche engagée en ESMS, ce qui permet d'objectiver le non-recours ;
- > recueillir des éléments pour faire évoluer l'offre ;
- > identifier les situations complexes, à risque de rupture (par exemple : personnes refusées dans tous les ESMS) et les réexaminer ;
- > extraire des tableaux de bord au fil de l'eau afin d'objectiver une activité (connaissances des publics et des parcours) et faciliter le pilotage en lien avec les fonctionnalités d'observatoire du système d'information de suivi des décisions d'orientation ;

Certaines soulignent que cet outil garantit des échanges structurés avec les ESMS.

Les conditions de réussite du déploiement

Plusieurs MDPH soulignent l'importance d'accompagner le déploiement du logiciel afin de pallier les limites parfois constatées, notamment le renseignement partiel ou irrégulier des données par les ESMS et une sous-utilisation côté MDPH faute de moyens dédiés. La mise en œuvre du système d'information de suivi des orientations doit nécessairement s'accompagner d'une saisie des données régulière par les MDPH et les ESMS pour garantir leur exhaustivité et leur pertinence.

Pour pallier ces difficultés, de nombreuses MDPH ont activé les leviers suivants :

- > l'implication des utilisateurs, y compris des partenaires, lors du déploiement ;
- > une bonne communication pour faire partager l'intérêt de l'outil et assurer l'adhésion ;
- > la formation des usagers internes (agents de la MDPH) et des agents des ESMS ;
- > un accompagnement et des échanges réguliers dans la durée avec les ESMS pour assurer une bonne alimentation de l'outil (saisie exhaustive et fiable par les ESMS, mises à jour régulières) ;
- > la mobilisation de moyens dédiés par les MDPH pour assurer la mise à jour régulière de l'outil, son suivi technique, l'exploitation des données, l'appui aux partenaires...

Ces conditions réunies, l'outil est jugé positivement, mais des améliorations sont attendues

- > la prise en compte des accueils séquentiels, des accueils temporaires, des dispositifs nouveaux de type PCPE, la correspondance des catégories juridiques des ESMS avec celles des publics autorisés, la possibilité d'inscrire des prises en charge partagées ;
- > l'interfaçage avec les autres outils métier pour éviter la ressaisie des informations ;
- > la production de statistiques pour faciliter la lecture de données de suivi des décisions et réduire le temps de retraitement, par exemple pour produire une liste d'attente consolidée.

8.3. Les travaux d'amélioration ciblent principalement le suivi des orientations en ESMS

En dépit des moyens limités pour cette mission, la plupart des MDPH (69 sur 97 MDPH, soit 71 %) déclarent avoir travaillé à l'amélioration du suivi des décisions en 2018. Outre le déploiement des outils de suivi, les MDPH ont travaillé sur les axes suivants :

- > une implication accrue sur la politique d'admission des établissements, *via* l'analyse du non-recours, l'élaboration de chartes de bonnes pratiques, la (re) définition de critères de priorité communs, la mise en place d'instances de priorisation ;
- > l'identification de moyens humains dédiés au suivi et positionnés dans l'organisation, en lien avec la réponse accompagnée ou le déploiement du SI suivi des décisions d'orientation ;
- > une meilleure analyse de l'offre et une contribution aux politiques de l'ARS et du conseil départemental.

📌 Exemples de travaux engagés par les MDPH pour améliorer le suivi des décisions³

MDPH de l'Ariège (09)

« Pérennisation du dispositif "Réponse accompagnée pour tous", qui a permis de dégager un mi-temps dédié au suivi des situations dites "complexes".

Deux gestionnaires de cas MAIA accompagnent des personnes éligibles à ce dispositif. »

MDPH de l'Aube (10)

« Les travaux engagés avec les partenaires (ARS et conseil départemental) sur l'axe 2 de la démarche réponse accompagnée ont permis de diagnostiquer les problématiques actuelles limitant les possibilités de mise en œuvre des décisions d'orientation. Un travail particulier a été mené par la MDPH pour construire un outil de qualification du niveau d'urgence. Un dossier unique de pré admission a également été conçu de manière partenariale. »

MDPH de l'Aveyron (12)

« Harmonisation des pratiques en ce qui concerne les décisions d'orientation médico-sociale : transmission des décisions d'orientation aux établissements concernés : cette transmission n'était pas effective pour les établissements adultes, elle n'était réalisée que pour les établissements enfants ; fiches de suivi des décisions généralisées : ces fiches que nous avons mises en place pour les enfants depuis plusieurs années ont été étendues aux adultes. Désignation d'un référent par établissement. Il est chargé du suivi des listes d'attente et il participe aux commissions d'admission. »

MDPH de Charente (16)

« La démarche réponse accompagnée nous engage pour les situations complexes à mobiliser le chargé de mission pour le suivi des décisions d'orientation et au-delà des membres de l'équipe pluridisciplinaire. »

MDA de l'Isère (38)

« Déploiement d'un outil de télégestion avec les services à domicile, pour optimiser le suivi [de] l'effectivité des plans d'aides. »

³ Un focus sur les efforts faits par les MDPH pour améliorer l'effectivité des décisions d'orientation en établissement est développé dans la partie 4 : Cette mobilisation permet l'accès aux droits et aux prestations pour les usagers.

MDPH de Haute-Marne (52)

« Un comité territorial réponse accompagnée est en place depuis 2018, avec la participation du conseil départemental, de l'ARS, des ESMS pour optimiser la gestion des décisions d'orientation. Ce comité territorial travaille sur l'harmonisation d'un dossier unique d'admission à destination de nos usagers pour le Grand Est. Ainsi que sur l'harmonisation des prises de contact par les ESMS vers les usagers et la facturation. »

9. Les missions transverses : l'accompagnement à la scolarité et à l'insertion professionnelle

9.1. L'accompagnement à la scolarité

Les moyens mobilisés par les MDPH pour accompagner les parcours de scolarité restent stables et centrés autour du partenariat avec l'Éducation nationale

Préoccupation importante et croissante des familles, l'accompagnement à la scolarisation fait l'objet de missions transversales dédiées au sein des MDPH.

En moyenne, les MDPH consacrent environ 1,1 ETP pour la fonction de correspondant scolarisation en 2018. Cela représente 2,1 % des ETP travaillés en 2018, contre 2 % en 2017, une proportion stable. La médiane des ETP mobilisés se situe à 1 ETP. Seules 4 MDPH ne disposent d'aucun correspondant en 2018.

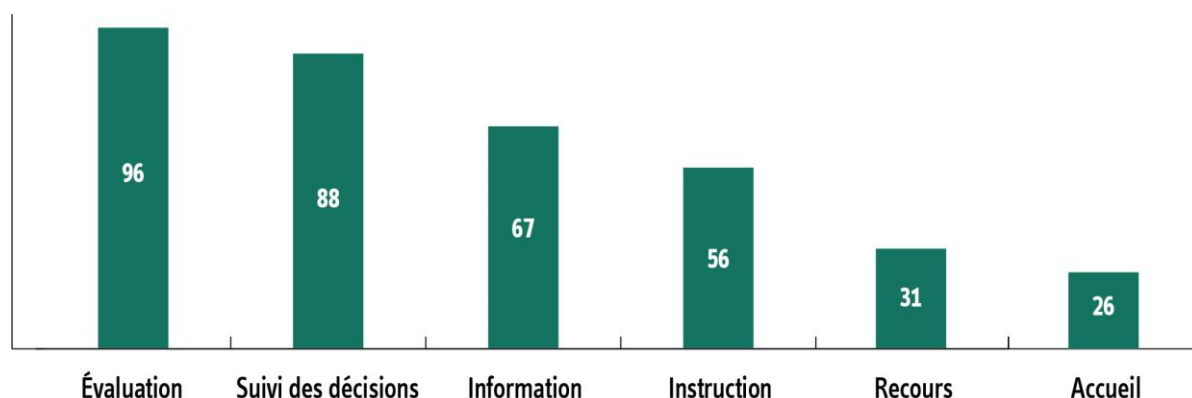
L'Éducation nationale reste le principal partenaire des MDPH : 98,8 % des MDPH (sur 81 ayant répondu) déclarent travailler « souvent » avec l'Éducation nationale. Cette proportion était probablement similaire en 2017, bien que la moindre représentativité de l'échantillon ne permette pas de s'en assurer (en 2017, 100 % des 52 MDPH ayant répondu indiquaient travailler souvent avec l'Éducation nationale). Les MDPH soulignent par ailleurs l'importance, l'ancienneté et la qualité du partenariat avec l'Éducation nationale.

L'Éducation nationale est en effet un partenaire clé pour l'évaluation des besoins des enfants en termes de scolarisation. Elle est également très présente pour le suivi des décisions et l'information des usagers. Elle mobilise pour cela des professionnels à deux niveaux :

- > pour participer aux équipes pluridisciplinaires : enseignants référents, psychologue scolaire, directeur ou directrice d'établissement le cas échéant ;
- > pour assurer une coordination générale : correspondants scolarisation, personnel des MDPH mis à disposition par l'Éducation nationale.

Missions sur lesquelles intervient l'Éducation nationale (en nombre de MDPH déclarant les mobiliser sur chaque mission)

Échantillon : 96 MDPH



Source : CNSA, rapport d'activité des MDPH 2018.

De ce fait, le partenariat avec l'Éducation nationale fait le plus souvent l'objet d'une gouvernance formalisée. En 2018, 63,8 % des MDPH déclarent l'avoir mis en œuvre, 11,7 % sont en cours (sur un échantillon de 94 ayant répondu). Cette proportion semble relativement stable au regard des statistiques 2017 (sur un échantillon de 85 MDPH, 62,35 % déclaraient avoir déjà mis en œuvre une gouvernance formalisée, et 8,24 % déclaraient l'exercice en cours).

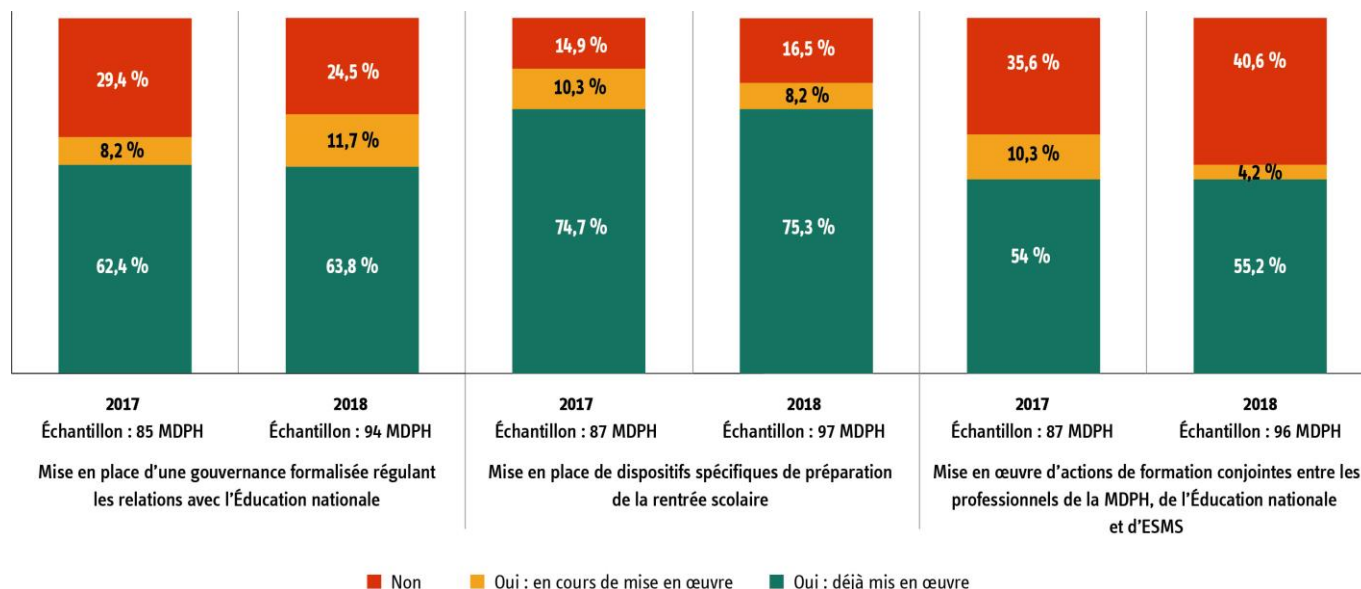
Les trois quarts des MDPH ont mis en place des procédures spécifiques de préparation de la rentrée scolaire, la moitié des actions de formation

L'investissement des MDPH autour de la scolarisation reste relativement stable en 2018. 75,3 % des MDPH, soit plus des trois quarts d'entre elles, déclarent avoir mis en place des **dispositifs spécifiques de préparation de la rentrée scolaire** en 2018, soit 73 MDPH sur un échantillon de 97. 8,2 % des MDPH signalent que c'est en cours. Une proportion là encore probablement stable au regard des statistiques 2017 (65 en 2017, soit 74,71 % de l'échantillon, déclaraient l'avoir mis en œuvre, et 10,34 %, que c'était en cours). La préparation de la rentrée scolaire se traduit le plus souvent par des réunions de travail conjointes avec l'Éducation nationale, parfois formalisées sous forme de comité de pilotage, pour la préparation des procédures, la définition du calendrier, les enjeux de carte scolaire, la répartition dans les établissements, l'organisation d'EPE en amont de la rentrée...

55 % des MDPH, soit plus de la moitié d'entre elles, déclarent également avoir mis en œuvre des **actions de formation conjointes de professionnels** avec l'Éducation nationale et les ESMS, et 4,2 % signalent que c'est en cours. Là encore, la proportion semble relativement stable par rapport à 2017 bien que l'écart d'échantillon ne permette pas de tirer de conclusions nettes (en 2017, 54,02 % déclaraient l'avoir mis en œuvre, 10,34 %, que c'était en cours et 35,63 % ne l'avaient ; pas mis en œuvre).

Ces formations s'adressent à différents publics : directeurs d'école, enseignants référents, accompagnants (enseignants ASH⁴ et AVS), correspondants de scolarisation et autres membres de l'équipe d'évaluation « Enfants ». Elles portent sur des thématiques comme l'éducation inclusive, des formations métier, des dispositifs, les guides-barèmes ou encore sur les publics SEGPA (section d'enseignement général et professionnel adapté) et ULIS (unité localisée pour l'inclusion scolaire) ou sur les mécanismes et les difficultés d'apprentissage.

Relations avec l'Éducation nationale et dispositifs spécifiques à la scolarité



Source : CNSA, rapport d'activité des MDPH 2017 et 2018.

Les MDPH assurent également des fonctions de coordination plus globale des acteurs de la scolarisation des enfants en situation de handicap

Les correspondants assurent en partenariat avec l'Éducation nationale et les différents métiers mobilisés :

- > l'animation des équipes d'évaluation « Enfants » (partage de pratiques, harmonisation, actualisation de la procédure, des calendriers, actualité réglementaire, suivi des PPS...);
- > la mise en place d'un suivi de la scolarisation et des aides afférentes, assuré conjointement avec l'Éducation nationale (identification des situations critiques, point sur les orientations en ULIS, organisation des transports scolaires, risques de rupture de parcours, transitions, accessibilité des locaux...);
- > un suivi, voire un pilotage, des orientations en ESMS à travers des points avec les ESMS pour évoquer les situations de réorientation et de renouvellement, les possibilités d'entrée, des visites d'établissements...;

⁴ Adaptation, et scolarisation des handicapés.

- > l'organisation de rencontres ou de campagnes d'information à destination des différents métiers mobilisés dans toute leur diversité : directeurs d'école, médecins, conseillers pédagogiques, enseignants référents, AVS, pour un partage de problématiques, de pratiques, une information sur les textes en vigueur ;
- > un travail partenarial avec l'Éducation nationale et parfois l'ARS sur l'offre, les problématiques du territoire, les pistes d'action pour une école plus inclusive, qui prend parfois la forme de schémas ou de plans. Quelques MDPH signalent à ce titre s'être impliquées dans des projets de développement de l'offre de classes d'autorégulation ou d'unités spécifiques.

Quelques MDPH font état de difficultés à assurer ce chantier « scolarisation » du fait de :

- > la stabilité ou la réduction des moyens humains, notamment des mises à disposition de l'Éducation nationale, au regard de l'augmentation du nombre de demandes ;
- > des problématiques informatiques (difficultés de transfert de données par exemple) ;
- > des procédures non respectées (délais) ou trop changeantes.

En 2018, les principaux travaux d'amélioration assurés par les MDPH portent sur l'amélioration des dispositifs (transports scolaires, préparation de la rentrée), l'optimisation des procédures conjointes avec les partenaires (mise en place de procédures d'urgence ou, pour les cas critiques, modes de transmission des données...) et, plus particulièrement, le développement d'outils de suivi (tableaux, fiches, logiciels dédiés). À ce sujet, un équivalent « scolarité » de l'outil de suivi des orientations ESMS est parfois souhaité.

📌 Focus sur l'expérimentation de la coopération avec la direction des services départementaux de l'Éducation nationale (DSDEN) pour l'expérimentation de la mise en place des pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL) – MDPH de l'Ardèche (07)

« Les PIAL ont été expérimentés par la direction des services départementaux de l'Éducation nationale (DSDEN) notamment sur l'Ardèche, et la MDPH du département a été associée à son bon fonctionnement après un constat partagé avec l'Éducation nationale. En effet, la CDAPH attribue des décisions sur la scolarité tout au long de l'année (campagne enfant de janvier à juillet) ; 200 élèves sur 1 100 étaient non accompagnés en 2017 ; 70 % des décisions prises par la CDAPH concernaient l'AVS individuelle.

Un travail a été mené avec les équipes d'évaluation de la MDPH, et les enseignants référents sur ces questions, par le biais [d'] informations, de réunions de cadres, de questionnement auprès des équipes sur nos pratiques d'évaluation. La mise en place des pôles inclusifs d'accompagnement localisés devrait permettre de déterminer un modèle suffisamment souple permettant d'anticiper les décisions de la CDAPH ; passer d'une logique de réponse individuelle à une répartition plus globale des moyens sur l'ensemble du territoire ; assurer une aide à tous les élèves.

Ce type d'organisation, qui a pour vocation d'être généralisé sur l'ensemble du territoire national, a effectivement permis d'accompagner tous les enfants avec un accord d'AESH mutualisé en 2018 sur le département de l'Ardèche. Il reste à bien définir le rôle de chacun, et notamment dans le cadre de l'évaluation et de l'entrée dans le champ du handicap. Les liens entre Éducation nationale et MDPH doivent perdurer, notamment dans l'implication et leur participation aux équipes d'évaluation (médecins scolaires et psychologues). »

9.2. L'accompagnement à l'insertion professionnelle est mis en œuvre dans le cadre de la montée en charge du déploiement des dispositifs MISPE et emploi accompagné

L'accompagnement à l'insertion professionnelle fait également l'objet de missions transversales dédiées dans les MDPH.

En 2018, elles consacrent environ 1,6 % de leurs ETP travaillés aux fonctions de référent insertion professionnelle. Seules 5 MDPH n'ont aucun moyen affecté à cette fonction.

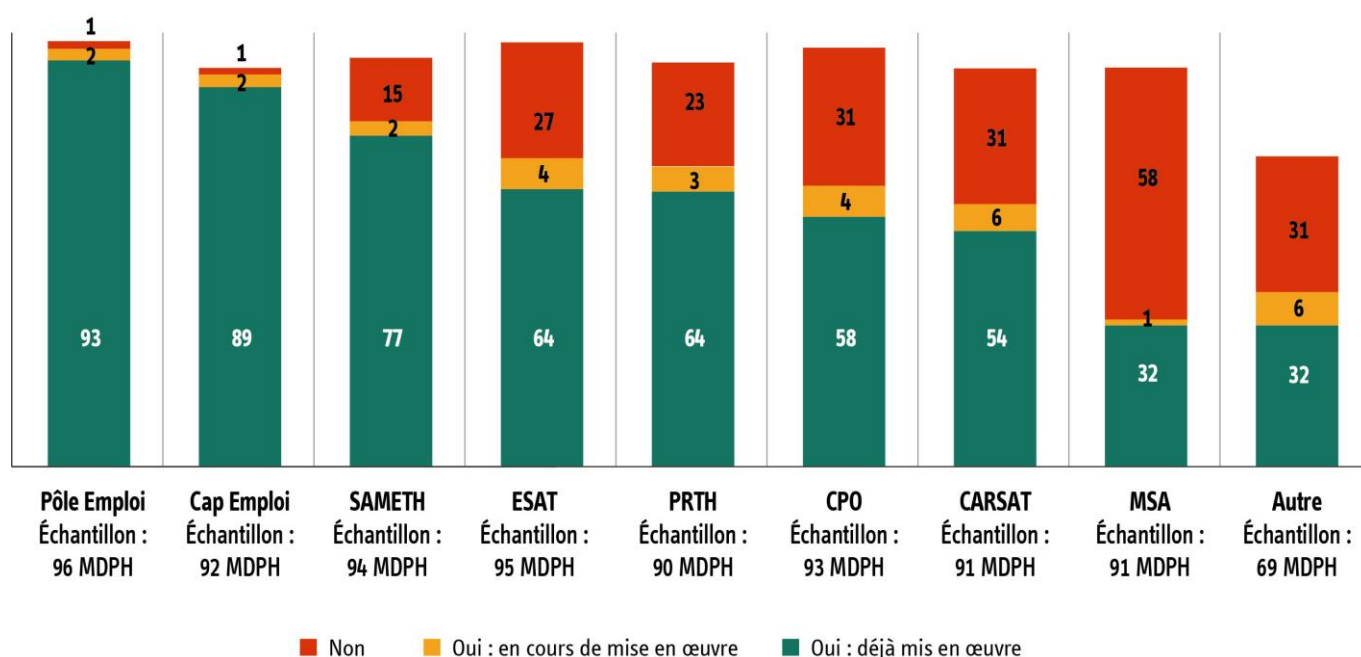
La moyenne des ETP travaillés dédiés est de 0,83 ETP, et la médiane égale 0,80 ETP travaillés.

La mobilisation des partenaires reste stable avec plus de 90 % des MDPH déclarant avoir mis en place un conventionnement avec le service public de l'emploi (93,5 % de 93 MDPH ayant répondu en 2018, 97,8 % de 89 MDPH en 2017). Nombre de MDPH signalent dans leur bilan la régularité et la qualité des partenariats dans le domaine de l'emploi avec une bonne implication des partenaires.

Ainsi, la quasi-totalité des MDPH ont déclaré un partenariat avec Pôle Emploi (93 MDPH sur 96 ayant répondu) et les différents acteurs spécialisés de l'orientation et de l'emploi des personnes en situation de handicap : 89 MDPH signalent un partenariat avec Cap Emploi, 77 avec les SAMETH, 64 avec les ESAT et les plans régionaux pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH), 58 avec les centres de pré orientation (CPO). Les organismes de Sécurité sociale sont également bien représentés avec 54 MDPH en partenariat avec la CARSAT et 32 avec la MSA. Au-delà de ces partenaires principaux, 32 MDPH ont mentionné travailler avec d'autres partenaires, notamment les CCAS, les missions locales – un partenaire souvent particulièrement apprécié – les organismes de formation, des foyers d'insertion, des associations spécialisées et de nombreux acteurs du handicap tels que le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).

Outre la participation aux EPE, les partenaires emploi sont principalement mobilisés pour la mise en œuvre des MISPE et le déploiement de l'emploi accompagné.

Nombre de MDPH déclarant avoir un partenariat avec les acteurs de l'emploi
(formalisé ou non par une convention)



Source : CNSA, rapport d'activité des MDPH 2018.

Ces différents partenariats, pour lesquels le rôle de référent est déterminant, permettent aux MDPH en 2018 de :

- > suivre les orientations en formation notamment ;
- > participer aux travaux des partenaires ;
- > assurer la formation et l'information des professionnels partenaires de la MDPH.

Les MDPH sont nombreuses en 2018 à saluer l'intérêt et la qualité des partenariats avec les acteurs de l'emploi, le rôle déterminant du référent et l'implication de tous. Parmi les difficultés identifiées pour assurer un meilleur suivi, le manque de moyens, la difficulté à partager les données, le besoin d'une implication régulière pour maintenir la dynamique compte tenu des évolutions des dispositifs et des changements de personnes sont signalés.

La mise en œuvre des MISPE et des accompagnements par un dispositif d'emploi accompagné progresse nettement en 2018

Engagé en 2017, le **déploiement des MISPE** entre en 2018 dans sa deuxième année. Fin 2018, son déploiement semble presque achevé avec une mise en œuvre confirmée pour 89,6 % des MDPH et 6,3 % en cours de déploiement. Seulement 4,2 % des MDPH n'ont pas engagé le déploiement du dispositif à cette date (sur un échantillon de 96 MDPH). En 2017, cette proportion était de 72,1 % pour la mise en œuvre, de 19,8 % en cours de mise en œuvre et de 8,1 % de non mise en œuvre (sur un échantillon de 86 MDPH).

Focus : la mise en œuvre du dispositif MISPE, bilan fin 2018

Un dispositif pertinent pour les usagers et apprécié pour sa simplicité

Les bilans 2018 des MDPH confirment l'intérêt du dispositif pour tous :

- > pour les usagers, le dispositif permet de découvrir des secteurs d'activité, en particulier les environnements de travail proposés en ESAT. Cela les rassure et leur permet de se mobiliser, de créer une dynamique et possiblement d'intégrer un ESAT ;
- > pour les MDPH, outre la simplicité de la procédure parfois soulignée, un réel intérêt est perçu en termes d'évaluation. La MISPE permet d'affiner les évaluations et facilite le travail d'orientation des EPE. Elle enrichit la palette d'évaluation et génère un gain de temps par l'étude préalable de l'employabilité de la personne. Elle permet aussi parfois de réactiver des orientations en ESAT ;
- > pour les établissements, elle peut être rassurante également. Elle permet notamment de cadrer les stages en ESAT.

Un dispositif chronophage, quelques freins à lever pour en faciliter l'application

Des délais longs pour les usagers, de plusieurs mois, sont parfois constatés, faute de place. Pour les MDPH, le caractère chronophage, la lourdeur du dispositif sont pointés, en particulier pour la prescription, le suivi et le contrôle des conventions, l'examen des bilans, le renseignement du dossier unique du demandeur d'emploi (DUDE). Le manque de moyens humains au regard de la charge peut ainsi générer une difficulté à traiter le volume de demandes.

Le coût pour les établissements (absence de prise en charge des cotisations patronales AT/MP pendant les stages MISPE) et la charge de l'accueil peuvent être un frein, ce qui peut limiter le nombre d'accueils assurés.

Certaines MDPH soulignent la difficulté de disposer d'informations de la part des établissements concernant les mises en situation professionnelle. Enfin, l'accès au dispositif apparaît difficile dans certaines situations liées aux personnes : absence de mobilité, nécessité d'un accueil spécifique, d'une adaptation à la personne que les établissements ne sont pas toujours en mesure d'assurer.

Un point de débat : l'intérêt et les limites de la délégation des prescriptions

Parmi les leviers identifiés pour une meilleure mise en œuvre du dispositif, les MDPH notent la nécessité de mettre en place des moyens dédiés, des outils de liaison et des réunions avec les partenaires concernés. Des accords avec des départements voisins peuvent être passés pour dépasser la difficulté des délais d'attente.

Le levier de la délégation des prescriptions semblait faire débat. Pour certaines MDPH, la délégation facilite et sécurise le travail d'accompagnement des parcours des personnes. Autre avantage : déléguer une tâche chronophage. Pour d'autres, la gestion directe par la MDPH avec les ESAT (et parfois les missions locales) permet de la réactivité et une adaptation aux besoins des personnes.

L'accompagnement par un dispositif d'emploi accompagné progresse également nettement en 2018

De même, **la mise en œuvre d'accompagnements par un dispositif d'emploi accompagné**, généralisé fin 2016, semble nettement progresser en 2018 bien qu'elle soit moins avancée que la MISPE, avec :

- > 56 % de MDPH déclarant avoir notifié des accompagnements par un dispositif d'emploi accompagné en 2018 et 15 % en cours de déploiement contre 12 % ayant notifié et 35 % se déclarant en déploiement en 2017 ;
- > 29 % de MDPH indiquant ne pas avoir notifié d'accompagnement par un dispositif d'emploi accompagné en 2018, contre 53 % en 2017.

Ce déploiement plus lent s'explique par les difficultés signalées par les MDPH dans leurs bilans, à savoir l'acculturation à une nouvelle procédure d'évaluation jugée complexe, mais surtout par l'offre limitée d'accompagnements par un dispositif d'emploi accompagné. Cela peut conduire les MDPH à limiter les propositions. La méconnaissance du dispositif par les partenaires et les usagers, l'absence de mise en œuvre dans les départements voisins peuvent également être des freins. De ce fait, un risque de sollicitations important peut être craint du fait de la possibilité de demander ce dispositif dans le nouveau formulaire. Certaines MDPH signalent déjà des listes d'attente au bout de quelques mois de déploiement des dispositifs.

Cependant, certaines MDPH pointent les aspects positifs du dispositif une fois déployé, notamment de par sa souplesse et les synergies et les partenariats qu'il permet de développer. Parmi les leviers évoqués pour une meilleure mise en œuvre : l'information des partenaires, l'harmonisation des pratiques, l'ajustement des processus au fur et à mesure, la mise en place d'outils de suivi.

Enfin, 46,6 % des MDPH déclarent avoir déjà mis en œuvre des actions pour le suivi des orientations professionnelles proposées, et 20,5 % signalent que c'est en cours de déploiement fin 2018, ce qui représente au total environ deux tiers des MDPH sur un échantillon de 88.

Ce suivi, qui mobilise les référents pour l'insertion professionnelle et divers outils (tableaux, logiciels, temps d'échanges avec les partenaires), peut porter sur :

- > les MISPE ou les situations individuelles à travers les groupes opérationnels de synthèse (GOS) ou dans le cadre des EPE ;
- > les orientations en établissements spécialisés ; il parfois assorti d'un protocole de priorisation des attributions et de gestion des urgences ;
- > un accompagnement spécifique pour certains bénéficiaires.

Une difficulté à mobiliser des moyens sur cette mission a parfois été signalée.

4 Cette mobilisation permet l'accès aux droits et aux prestations pour les usagers

1. Les premiers résultats de l'enquête « Ma MDPH, mon avis » permettent d'analyser la satisfaction relative aux aides

1.1. Satisfaction quant à l'existence des aides et leur correspondance aux besoins, mais insatisfaction partielle sur le niveau des aides apportées

L'analyse de 500 réponses qualitatives à la question « Qu'est-ce qui vous paraît le plus satisfaisant à la MDPH ? » apporte un éclairage complémentaire sur les éléments de satisfaction des usagers. L'existence même de la MDPH et du droit à la compensation est citée comme un point fort (47 occurrences).

À la question « est-ce que les aides que vous avez reçues répondent à vos besoins ? », une majorité de personnes répondent oui ou moyennement (70,2 %). Inversement, plus d'un répondant sur quatre (26,2 %) déclare que les aides dont il dispose sont insuffisantes. L'analyse de 500 réponses qualitatives à la question « Est-ce que les aides que vous avez reçues répondent à vos besoins ? » apporte un éclairage complémentaire aux éléments d'insatisfaction. L'insuffisance des aides accordées est le point qui revient le plus souvent : parce que les aides demandées ont été refusées (motif évoqué 121 fois) ; parce que les réponses apportées sont jugées insuffisantes par rapport aux besoins, notamment pour les aidants (cité à 96 reprises) ; parce que l'aide financière accordée est jugée insuffisante et ne permet pas d'éviter des situations de précarité (82 occurrences) ; ou enfin parce que les aides humaines (AVS/AESH, aide-ménagère...) ne sont pas suffisantes pour bien accompagner la personne ou soulager ses aidants (19 occurrences).

1.2. Le niveau de satisfaction varie en fonction des motifs de demandes

Les usagers disant solliciter la MDPH pour des demandes professionnelles (appui dans leur parcours professionnel, RQTH, place en ESAT) sont ceux qui se déclarent le plus satisfaits des aides obtenues : 51,4 % des répondants ayant fait des demandes de places en ESAT et 41,6 % de ceux qui ont fait une demande de RQTH estiment que les aides dont ils bénéficient répondent à leurs besoins, contre 34,3 % en moyenne. Les usagers ayant fait des demandes de CMI se déclarent satisfaits à 37,4 %. À l'inverse, les usagers les plus insatisfaits sont ceux ayant fait des demandes d'appui au parcours scolaire ou étudiant : sur la quasi-totalité des items précités, les usagers ayant indiqué solliciter auprès de la MDPH une aide pour le parcours scolaire ou étudiant sont ceux qui évaluent le moins bien ces items.

2. Facilitation des déplacements : la carte mobilité inclusion

Les demandes de cartes constituent, en 2018 comme les années précédentes, la majorité des demandes des usagers des MDPH avec 37 % des demandes adultes et 31,7 % des demandes tous publics confondus, réparties comme suit :

- > 17,9 % des demandes portent sur la CMI mention « invalidité » ou mention « priorité » ;
- > 13,8 % des demandes portent sur la CMI mention « stationnement ».

Les plus de 60 ans représentent 39 % des demandeurs de cartes, 43 % des demandeurs de cartes de CMI mention « stationnement » et 36 % des demandeurs de CMI mention « invalidité » ou mention « priorité ».

Chez les adultes comme chez les enfants, les effets de la mise en place de la CMI continuent de s'observer sur les taux de première demande :

- > chez les adultes : le taux de première demande de carte est passé de 64 % à 69 % pour les CMI mention « stationnement » et de 69 % à 74 % pour les CMI mention « invalidité » ou mention « priorité » ;
- > chez les enfants : on constate une hausse importante des taux de première demande de CMI mention « invalidité » ou mention « priorité », qui passent de 58 % de premières demandes en 2017 à 63 % en 2018, ainsi que des CMI mention « stationnement » qui passent de 59 % de premières demandes à 64 % en 2018.

Le délai de traitement pour les demandes de carte est relativement plus court que pour les autres prestations, avec :

- > un délai moyen de 3,3 mois pour la CMI « stationnement » des 60 ans et plus ;
- > un délai moyen de 3,4 mois pour la CMI « invalidité » ou « priorité » des 60 ans et plus ;
- > un délai moyen de 4 mois pour la CMI « stationnement » des 20-59 ans ;
- > un délai moyen de 4,4 mois pour la CMI « invalidité » ou « priorité » des 20-59 ans ;
- > un délai moyen de 3,9 mois pour la CMI « stationnement » des moins de 20 ans ;
- > un délai moyen de 3,9 mois pour la CMI « invalidité » ou « priorité » des moins de 20 ans.

Les taux d'accord des cartes sont globalement stables, entre 65 et 75 %. On observe néanmoins un taux d'accord en baisse des CMI mention « invalidité » ou « priorité » pour le public des moins de 20 ans, qui passe de 70 % en 2017 à 67,3 % en 2018.

Focus sur la nouvelle carte mobilité inclusion : 2018, année de consolidation

Fin 2018, le dispositif était désormais bien intégré dans les pratiques

Une majorité des MDPH attestent que la nouvelle carte mobilité inclusion et sa production par l'Imprimerie nationale sont effectifs fin 2018. Ce dispositif intégré en routine semble avoir atteint son « rythme de croisière » avec une bonne appropriation par les équipes.

Quelques ajustements à la marge restent à assurer sur la communication aux usagers ou sur le processus de gestion des demandes, de façon à absorber les augmentations et les évolutions réglementaires.

Des bénéfices observés sur la sécurisation et le suivi de la procédure

Pour certaines MDPH, la CMI a permis de sécuriser les cartes : en cas de rejet, la carte est désactivée. Le suivi du *process* a parfois fait évoluer les pratiques, notamment de l'équipe instruisant les demandes.

De réelles difficultés d'une partie du public, qui peuvent générer des crispations

Les MDPH observent, pour le public âgé et/ou fragilisé, une réelle difficulté avec le numérique (absence de *mail*, d'accès internet, difficulté à réaliser la procédure dématérialisée...). Le portail de téléversement de la photo ou la commande de duplicata en particulier semblent générer des difficultés d'utilisation importantes. Certains publics adressent par erreur les photos à la MDPH. Enfin, un nombre important de courriers ne sont pas distribués. Toutes ces difficultés peuvent générer des crispations et des incompréhensions importantes de la part des usagers.

Une surcharge de l'activité ou des surcoûts pour les MDPH

Plusieurs facteurs contribuent à générer une surcharge d'activité ou de coûts pour les MDPH, liée à la nouvelle CMI. L'accompagnement nécessaire des usagers en difficulté qui s'adressent à la MDPH, premier interlocuteur de proximité, a pu générer des hausses d'activité ayant un impact sur l'accueil. La nécessité de devoir instruire les duplicatas comme les premières demandes peut également générer une surcharge. Une gestion des commandes réalisée par du personnel plus qualifié que celui antérieurement affecté à la fabrication des cartes et le coût de fabrication des cartes facturé par l'Imprimerie nationale peuvent générer une hausse du coût global.

Face à ces difficultés pour les usagers et pour les MDPH, des travaux sont engagés avec l'Imprimerie nationale en 2019.

3. L'accès à la formation, à l'emploi adapté et l'accompagnement du travail en milieu ordinaire

3.1. Les demandes liées à l'emploi représentent une part importante des demandes « adultes »

Les demandes liées à l'emploi (RQTH, orientation ou formation professionnelle – ORP) représentent une part importante de l'ensemble des demandes. Les RQTH et les ORP constituent en 2018 28,2 % des demandes pour les publics adultes, avec :

- > 17,1 % des demandes « adultes » portant sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- > 11,1 % des demandes « adultes » portant sur l'orientation et la formation professionnelle.

Leur part dans les premières demandes semble plutôt stable, avec un taux qui passe de 52 % à 50 % entre 2017 et 2018 pour les RQTH et qui reste stable à 56 % pour les orientations et les formations.

Les délais moyens de traitement de ces demandes sont relativement contenus en 2018, avec un délai moyen de quatre mois pour les RQTH et les demandes d'orientation ou de formation professionnelle.

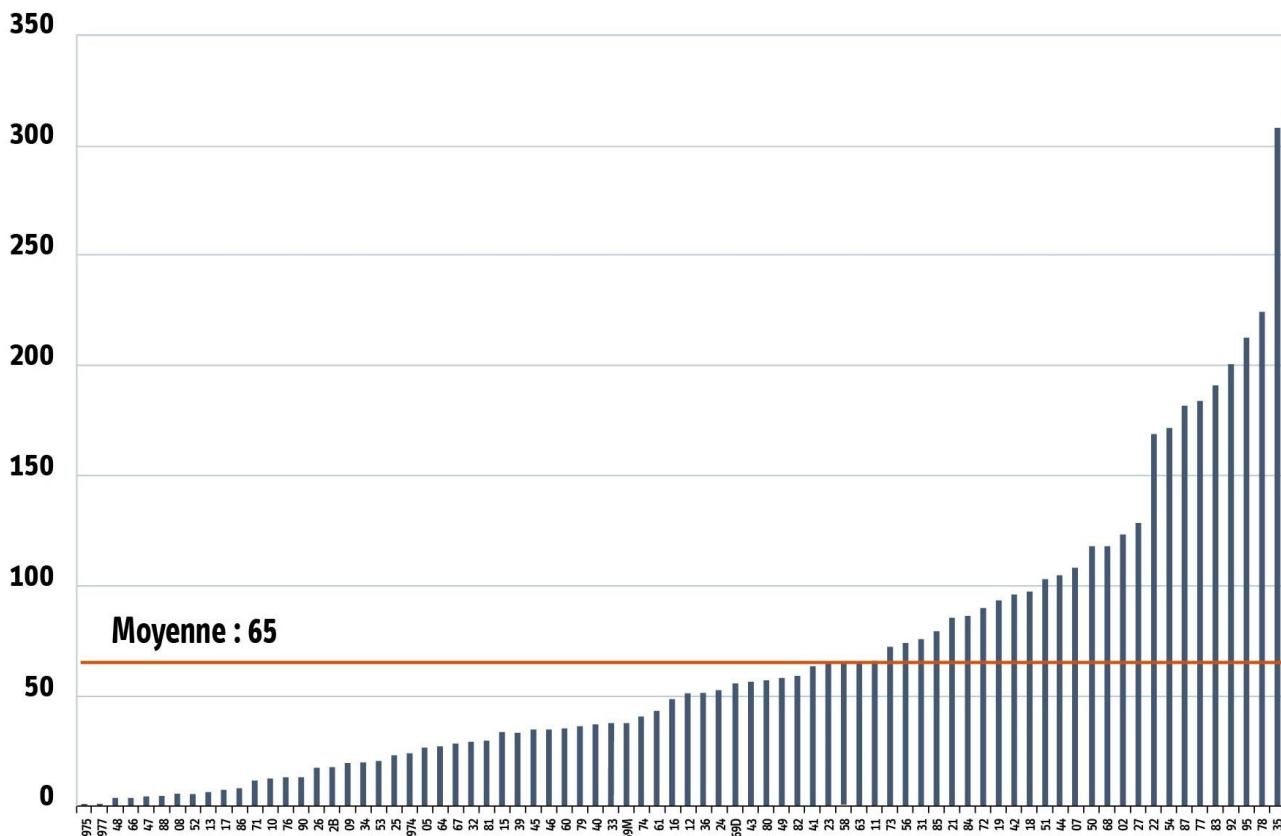
Les taux d'accord sont aussi globalement stables, voire en hausse, et élevés, avoisinant en 2018 les 90 % pour les demandes d'orientation ou de formation professionnelle et les 95 % pour les demandes de RQTH.

Plusieurs MDPH signalent cependant en 2018 des taux d'accord plus faibles concernant les demandes de formation, en raison d'un nombre important de demandes adressées aux MDPH et ne relevant pas des compétences de la CDAPH.

3.2. Le nombre de MISPE prescrite s'élève en moyenne à 65 par MDPH

Ainsi, en 2018, les équipes pluridisciplinaires des MDPH ont prescrit en moyenne 65 mises en situation professionnelles. Ce nombre varie de 1 à 308 suivant les MDPH, sur un échantillon de 75 MDPH.

Nombre de MISPE prescrites par les équipes pluridisciplinaires
Échantillon : 77 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

4. L'accès à un complément de revenu

4.1. L'attribution de compléments de revenus représente une part significative des demandes : elle fait l'objet de taux d'accord en baisse, sauf pour le complément de ressources

Au 31 décembre 2018, on compte 296 000 bénéficiaires de l'AEEH et 1 159 000 bénéficiaires de l'AAH (source CNAF).

L'attribution de compléments de revenus représente une part importante des demandes des usagers des MDPH, soit 22,3 % du total des demandes, répartis ainsi :

- > 12,2 % des demandes portant sur AAH ;
- > 6,1 % des demandes portant sur l'AEEH, y compris les compléments ;
- > 4 % des demandes portant sur le complément de ressources.

On observe une baisse tendancielle du taux d'accord de l'AAH « adultes » sur trois ans et une baisse ponctuelle du taux d'accord de l'AEEH entre 2017 et 2018, qui passe de 79,2 % en 2017 à 76,9 % en 2018. Le taux d'accord pour l'AAH est de 67 % en 2018 et de 68 % en 2017. Le taux d'accord pour le CPR est en revanche en hausse, mais à un niveau assez bas ; il passe de 19,2 % en 2017 à 21 % en 2018.

Les délais de traitement sont relativement élevés pour ce type de demandes, probablement du fait de l'instruction et des pièces nécessaires pour évaluer les besoins :

- > 4,1 mois de délais pour l'AAH ;
- > 4,2 mois pour le CPR ;
- > 4,1 mois pour l'AEEH.

4.2. Focus sur l'AAH : un nombre de décisions rendues globalement en baisse, des disparités de taux d'accord importantes

En 2018, près de 535 000 demandes d'AAH ont été déposées dans une MDPH, et près de 550 000 décisions d'AAH ont été rendues.

La baisse du nombre de décisions rendues d'AAH par les CDAPH se poursuit en 2018 : on observe ainsi une diminution de 6 % sur un échantillon comparable de 98 MDPH (549 557 en 2018 contre 582 737 en 2017).

Les bénéficiaires de l'AAH au titre de l'article L. 821.2 du Code de la sécurité sociale (CSS) sont majoritaires ; ils représentent 53 % des accords d'AAH en 2018.

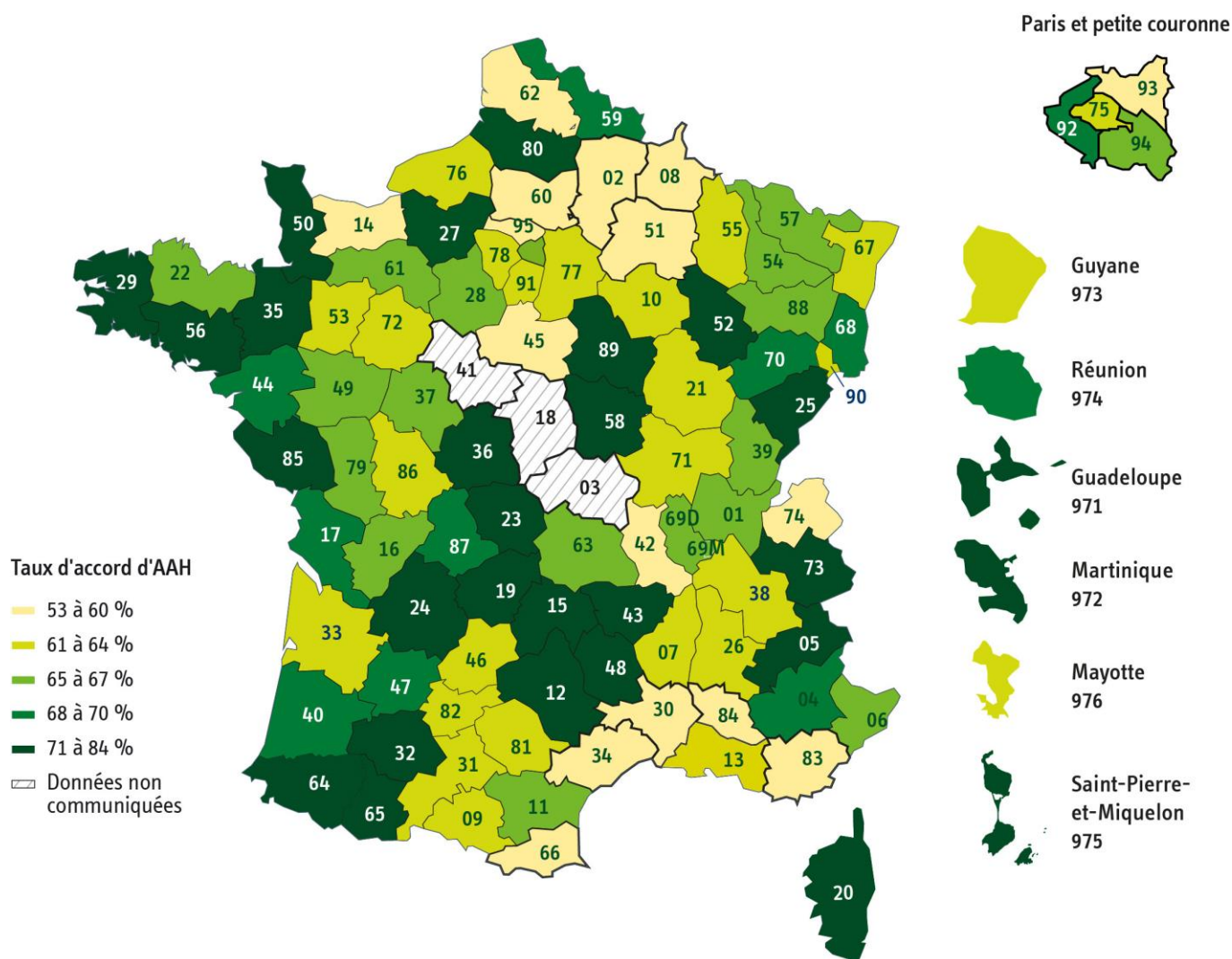
Le taux d'accord est également en léger recul par rapport à 2017, passant de 68 % à 67 %.

Les disparités entre départements demeurent importantes, le taux d'accord variant ainsi de 53 % à 85 %.

Comme pour les années précédentes, les taux d'accord sont plus élevés pour les situations de réexamens que de premières demandes d'AAH. En 2018, parmi les décisions concernant les personnes ne bénéficiant pas déjà de l'AAH, 46 % conduisent à un accord (contre 45 % en 2017 et 44 % en 2016).

Parmi les décisions prises pour des renouvellements ou des révisions, 90 % se traduisent par un accord (90 % en 2017 et 92 % en 2016) ; et dans près d'un cas sur deux (49 %), il s'agit d'un accord d'AAH au titre de l'article L. 821.1 du Code de la sécurité sociale.

Taux d'accord de l'AAH Échantillon : 97 MDPH



Source : Enquête AAH 2018, CNSA.

Les motifs de refus se répartissent de la manière suivante (données disponibles dans 94 MDPH contre 95 en 2017) : 64 % pour un taux d'incapacité inférieur à 50 % (contre 63 % en 2017) ; 29 % pour un taux d'incapacité compris entre 50 % et moins de 80 % sans restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (contre 30 % en 2017) et 7 % pour d'autres motifs (contre 7 % en 2017).

Il existe de grandes disparités : la part des refus pour un taux d'incapacité inférieur à 50 % varie de 10 % à 100 %, celle des refus pour un taux d'incapacité compris entre 50 % et moins de 80 % de 0 % à 90 % et celle des refus pour d'autres motifs de 0 % à 27 %.

Les accords de réexamen représentent 66 % des accords décidés (réexamens et premières demandes) par les MDPH (90 MDPH) contre 69 % en 2017 (88 MDPH).

La part des réexamens dans le volume des accords poursuit sa diminution : elle diminue dans 60 départements sur 85, ce qui peut être lié aux dispositions du décret du 3 avril 2015, qui prévoient la possibilité d'étendre la durée d'attribution de l'AAH au titre de l'article L. 821.2 du CSS pour une durée supérieure à deux ans et pouvant aller jusqu'à cinq ans.

5. La scolarité

5.1. Les demandes d'aide à la scolarisation constituent une part importante des demandes « enfants »

La scolarisation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires a connu une forte augmentation depuis 2006, passant de 100 000 élèves accueillis à plus de 320 000 en 2017 (source ministère de l'Éducation nationale – Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance – DEPP).

Dans un contexte de développement des dispositifs d'inclusion scolaire, les demandes d'aide à la scolarisation représentent en 2018 une part importante des demandes « enfants », avec :

- > 17,4 % de demandes « enfants » portant sur l'aide humaine à la scolarisation ;
- > 4,9 % des demandes « enfants » portant sur l'avis de transport scolaire ;
- > 8,6 % des demandes « enfants » portant sur d'autres dispositifs, notamment le matériel pédagogique, les conditions d'examen ou l'aménagement de la scolarité ;

À cela s'ajoute une partie des demandes d'orientations en ESMS, y compris les orientations scolaires (24,2 % des demandes enfants).

Les taux de première demande semblent s'être stabilisés ou avoir baissé entre 2017 et 2018, avec :

- > des premières demandes d'aide humaine à la scolarisation qui passent de 45 % à 46 % en 2018 ;
- > des premières demandes d'avis de transports scolaires qui passent de 54 % à 53 % en 2018 ;
- > des premières demandes d'orientation scolaire qui passent de 61 % à 56 % en 2018 ;
- > des premières demandes de matériel pédagogique adapté qui passent de 67 % à 66 %.

Une partie des MDPH perçoit néanmoins une hausse des premières demandes, qui peut générer des tensions sur les dispositifs et les délais de traitement.

5.2. Ces demandes font l'objet d'un délai globalement plus contenu que les autres prestations, avec des taux d'accord élevés

Ce type de demandes, en partie lié au calendrier scolaire, génère des délais moyens de traitement relativement contenus au regard des autres prestations :

- > 3,3 mois pour les orientations scolaires ;
- > 3,8 mois pour les aides humaines à la scolarisation ;
- > 4,5 mois pour le matériel pédagogique adapté.

Les taux d'accord restent relativement élevés et connaissent une augmentation en 2018 par rapport à 2017 :

- > des taux d'accord en hausse, dépassant les 70 % pour le matériel pédagogique adapté ;
- > des taux d'accord en hausse, dépassant les 80 % pour l'aide humaine à la scolarisation ;
- > des taux d'accord stables pour les avis de transports scolaires, à environ 85 % ;
- > des taux d'accord en baisse pour l'orientation scolaire, passant de 90 % à 86 %.

6. La prise en charge des dépenses liées au handicap avec la prestation de compensation du handicap

6.1. La PCH fait l'objet d'un nombre de décisions en hausse et d'un taux d'accord en baisse, avec un délai de traitement de plus de 5 mois en moyenne

Au 31 décembre 2018, 318 000 personnes bénéficient de la PCH et 57 899 personnes de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) – source Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). L'ACTP, remplacée progressivement par la PCH, voit le nombre de ses bénéficiaires diminuer avec le temps. On en décomptait près de 300 000 en 2017.

En 2018, 316 000 demandes de PCH ont été examinées par les CDAPH, soit une augmentation de 3 % par rapport à 2017. Les demandes de PCH constituent 7,1 % des demandes en 2018.

Le délai moyen de traitement des demandes de PCH est le plus long de toutes les prestations. Il s'élève à :

- > 5 mois pour la PCH « adultes » de 60 ans et plus ;
- > 5,5 jours pour la PCH « adultes » de 20-59 ans ;
- > 5,2 jours pour la PCH « enfants » de moins de 20 ans.

On observe une baisse du taux d'accord de la PCH :

- > de 47,6 % en 2017 à 45,4 % en 2018 pour le public adulte ;
- > de 36,1 % 2017 à 34,1 % en 2018 pour le public des moins de 20 ans.

6.2. Le type d'aides accordées reste stable, les aides humaines sont prépondérantes

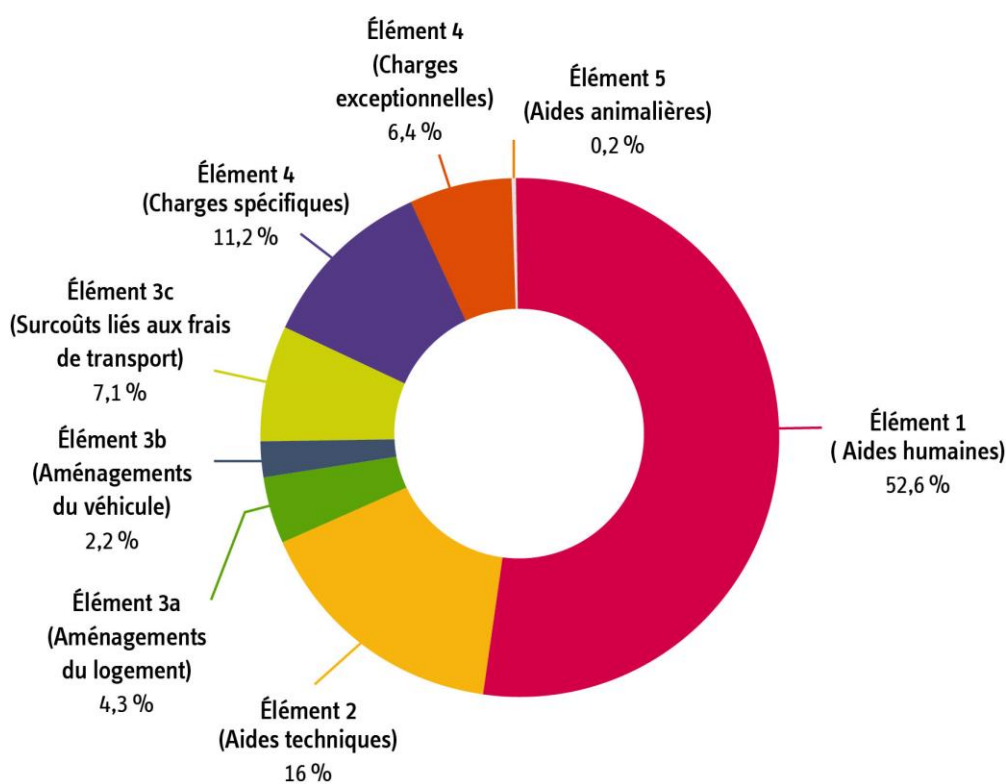
La répartition des éléments accordés reste stable. L'élément 1 (aide humaine) reste très majoritaire et représente 52,6 % des éléments accordés, suivi des aides techniques qui représentent 16 % des éléments accordés.

En 2018, les aides accordées au titre de l'élément 1 sont dans 51 % des cas accordées pour être prodiguées au moins par un ou plusieurs aidants familiaux (avec un cumul possible d'autres formes de recours à l'aide : prestataire, mandataire, emploi direct).

Répartition des éléments de la PCH accordés en volume en 2018

(adultes et enfants confondus)

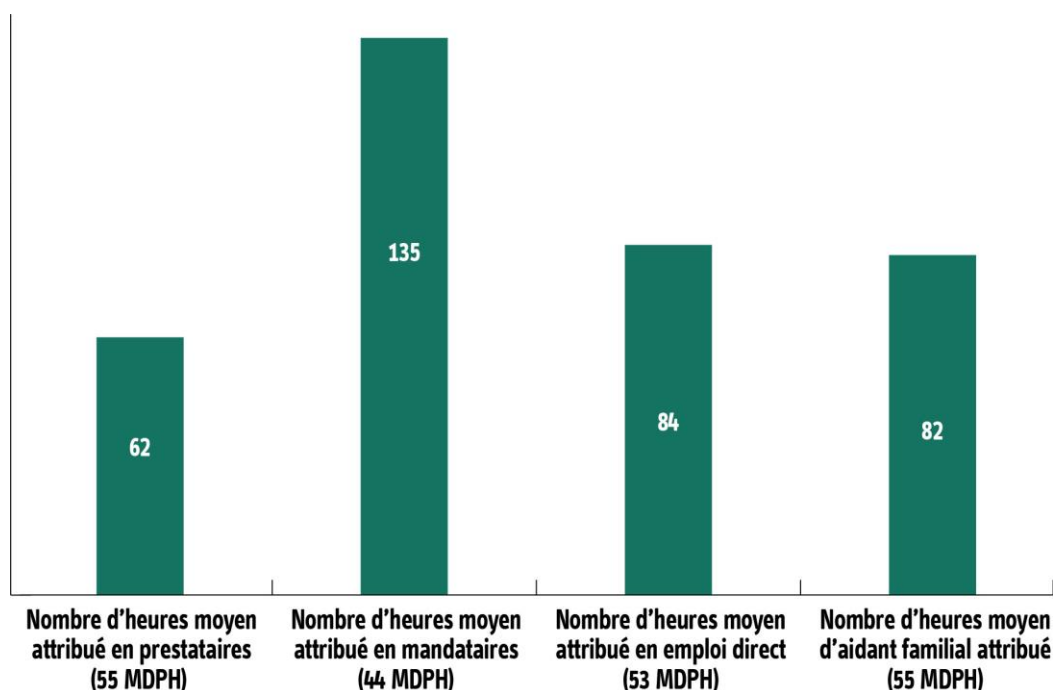
Échantillon : 62 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

Le nombre d'heures moyen accordé par la CDAPH varie selon la modalité de mise en œuvre du service d'aide : il oscille entre 135 heures d'aide à domicile en mode mandataire et 62 heures d'aide à domicile en mode prestataire.

Nombre d'heures moyen d'aide humaine à domicile par intervenant en 2018 (adultes et enfants confondus)



Source : CNSA, échanges annuels 2018.

7. L'orientation médico-sociale

7.1. L'orientation en ESMS, qui concerne une part réduite des demandes « adultes », mais près d'un quart des demandes « enfants », fait l'objet de taux d'accord élevés

Les demandes d'orientations en établissements représentent une part relativement marginale des demandes adressées aux MDPH, en 2018 comme les années précédentes :

- > 5,4 % des demandes tous publics confondus portent sur des orientations ESMS « enfants » ; ces demandes représentent cependant 24,2 % des demandes « enfants » ;
- > 3,5 % des demandes tous publics confondus portent sur des orientations ESMS « adultes » ; ces demandes représentent 4,4 % des demandes « adultes » déposées en 2018.

Les délais moyens de traitement sont relativement contenus pour ce type de demandes, avec :

- > un délai moyen de 4,1 mois pour les orientations en établissement ou service « adultes » ;
- > un délai moyen de 3,6 mois pour les orientations en établissement ou service « enfant ».

Les taux d'accord restent stables et élevés en 2018, avec :

- > un taux d'accord pour orientation en établissement ou service « adultes » proche de 90 % ;
- > un taux d'accord pour orientation en établissement ou service « enfants » dépassant les 90 %.

7.2. La perception de tensions sur l'offre reste néanmoins sensible, avec une problématique de non-recours et un besoin d'équité et de priorisation important

Comme les années précédentes, les MDPH sont nombreuses en 2018 à faire état dans leurs rapports d'activité des difficultés à orienter les usagers en raison de l'inadaptation de l'offre aux besoins. Deux types de difficultés sont principalement identifiés :

- > **le manque d'offre** en soin et en psychiatrie, la saturation des dispositifs existants et la carence de places, notamment en IME, SESSAD et ITEP, pour les enfants ou les adolescents en particulier ;
- > **la difficulté à prendre en charge les personnes aux situations spécifiques** que les établissements ne savent pas accueillir et à qui l'on trouve des solutions transitoires, mais qui ne permettent de proposer qu'un accompagnement dégradé.

Dans ce contexte, les MDPH continuent à pratiquer la double orientation, mais l'existence de situations critiques sans solution réellement adaptée persiste en 2018. La mise en place de la démarche « Réponse accompagnée pour tous » a permis pour une partie des cas de trouver des solutions, mais elle demeure limitée compte tenu de ce contexte (voir la partie 2, sous-partie 3. : La poursuite des grands chantiers nationaux est porteuse de progrès, grâce à un investissement important). Le principal levier identifié par les MDPH demeure ainsi l'investissement pour objectiver les besoins et faire évoluer l'offre en conséquence.

L'intérêt de l'observation territoriale pour objectiver le manque d'offre et le faire évoluer : le témoignage de la MDPH des Landes (40)

« La MDPH des Landes, reconnue dans son rôle d'observatoire par les partenaires, a identifié les besoins d'offre et a contribué au nouveau schéma départemental des personnes vulnérables, sur les places nécessaires dans le territoire landais. »

Elle a ainsi pu identifier de façon fine, les besoins couverts et les manques dans les structures dédiées aux enfants, aux adultes ; les problématiques spécifiques qui rendent difficile la réalisation des orientations ; les difficultés liées au manque de places en structures médicales et les manques identifiés en service psychiatrique (détail disponible dans son rapport d'activité 2018).

Les leviers activés par la MDPH pour agir sur l'écart entre l'offre et les besoins

« Face à certaines difficultés et aux besoins d'accompagnement qui ont été signalés dans les rapports précédents, des évolutions très positives peuvent être notées. En effet, désormais, le département des Landes dispose d'une couverture suffisante en matière d'hospitalisation à domicile. Par ailleurs, la MDPH avait fait état d'un besoin véritablement prégnant relatif à l'obtention d'un diagnostic pour les Dys. Les enfants landais ne disposaient que du centre de référence des troubles des apprentissages de Tarbes, qui présentait une longue liste d'attente. La MDPH a donc été naturellement associée dans le groupe de travail qui a travaillé sur la création d'un centre des troubles des apprentissages des Landes. Ce dernier, qui a ouvert en avril 2015. Enfin, différentes réunions ont également permis d'amorcer une réflexion sur l'évolution des modalités de prise en charge et des agréments des établissements, plus particulièrement des foyers de vie, foyers d'hébergement et SAVS afin de répondre aux évolutions des projets de vie et aux demandes nouvelles des personnes handicapées. »

7.3. Face à cette situation, en 2018, les MDPH renforcent leur implication pour agir sur le non-recours et améliorer l'équité des orientations en ESMS

Les MDPH qui ont pu développer des indicateurs de suivi des orientations observent parfois des taux de non-recours très élevés, pouvant atteindre 50 % des demandes (voir la partie 3, sous-partie 8. :

L'accompagnement à la mise en œuvre des décisions et le suivi des orientations). Plusieurs facteurs explicatifs sont apportés par les MDPH. Les rapports 2018 évoquent notamment et en particulier pour les publics vulnérables la complexité des démarches à réaliser ; l'incompréhension sur le fait que ce sont aux usagers de faire des démarches après décision ; l'inadaptation de la décision aux besoins de la personne ; la crainte d'une entrée en ESMS.

Face à cela, les MDPH sont nombreuses à travailler avec leurs partenaires, l'ARS, le conseil départemental et les ESMS, à améliorer l'accompagnement des familles et à simplifier les démarches.

Certaines MDPH constatent également un écart entre les situations prioritaires identifiées à leur niveau et la réalité des placements en ESMS. Cette situation a donné lieu à des travaux portant sur les critères d'admission pour une meilleure priorisation des entrées.

📌 L'identification du problème du non-recours et les leviers qu'il est possible d'activer

MDPH de Haute-Garonne (31)

« L'outil ViaTrajectoire garantit des échanges structurés avec les établissements et services médico-sociaux. La gestion des listes d'attente met en perspective le nombre particulièrement important des familles qui déposent une demande d'orientation à la MDPH, mais qui n'engagent pas, par la suite, les démarches requises vers les ESMS. Sur les prochaines années, il sera nécessaire de formaliser un accompagnement des usagers sur les procédures d'admission, tant par la MDPH que par les ESMS. La construction d'un dossier de candidature unique devrait également simplifier ces démarches, particulièrement lourdes à ce jour. »

MDPH de la Marne (51)

« Un important travail de suivi a été initié fin 2018 et début 2019 concernant les orientations non mises en œuvre. L'idée a été de transmettre un questionnaire à tous les bénéficiaires afin de dégager les principales causes de non-sollicitation des ESMS concernés. Cette étude qui a concerné quelques 900 personnes a mis en évidence que globalement la moitié des personnes n'avait pas pris en compte qu'ils leur revenaient d'initier les démarches vers les ESMS voire ne comprenaient pas la décision d'orientation. L'autre moitié ne souhaite quant à elle manifestement pas être contactée ou effectuer les démarches vers les ESMS. Ces éléments pourront être affinés courant 2019 notamment par le biais d'une collaboration du CREAL [centre régional d'études d'actions et d'informations, en faveur des personnes en situation de vulnérabilité] qui va mener sur un échantillon d'une cinquantaine de situations une étude sociologique sur le non-recours aux droits. Dans l'immédiat, l'exploitation du questionnaire va permettre de mettre à jour de manière quasi exhaustive les données de ViaTrajectoire et ainsi de disposer d'éléments les plus fiables possibles dans le cadre de l'adaptation de l'offre. »

MDA des Hautes-Pyrénées (65)

« Importance du non-recours à analyser (travail commencé en 2018) : méconnaissance des démarches nécessaires à l'activation des droits ; inadaptation de l'orientation au projet de l'usage. »

MDPH de Vendée (85)

« On note une grande confusion dans la réalité de ces listes d'attente. Les chiffres du logiciel métier, de ViaTrajectoire et des ESMS ne correspondent pas, et les personnes les plus vulnérables, celles qui n'ont fait aucune démarche en direction des ESMS par méconnaissance des dispositifs ou crainte d'une entrée en ESMS, restent trop souvent ignorées de tous. »

📌 L'implication des MDPH sur la priorisation et les critères d'admission en ESMS

MDPH de Dordogne (24)

« Travail engagé en 2018 dans le cadre de la démarche réponse accompagnée avec l'ARS, le conseil départemental et les ESSMS sur un dossier unique d'admission en établissement et service et sur l'harmonisation des critères de priorisation des demandes. Élaboration d'une grille de critères justifiant les admissions. »

MDPH de Haute-Savoie (74)

« Les réunions techniques de priorisation permettent à partir de critères départementaux, définis et validés en COMEX, de réaliser des priorisations d'admission en ESMS en vue de la prochaine rentrée scolaire. Ces temps se déroulent en présence d'ESMS, de l'ARS, de l'Éducation nationale et d'un représentant d'association de personnes handicapées membre de la CDAPH. Un tableau Excel permet de suivre l'effectivité des orientations pour les moins de 20 ans. »

MDA des Yvelines (78)

« Malgré l'absence chronique de places affichées, de nombreuses personnes que la MDPH n'aurait pas forcément priorisées sont admises tous les ans. [...] Depuis novembre 2017, la CDAPH désigne nominativement des établissements adultes (comme pour les enfants) afin que les personnes sur liste d'attente des établissements ne soient pas uniquement celles ayant réussi à joindre l'établissement (après des démarches souvent compliquées). Les rares places vacantes sont repérées pour en faire bénéficier les personnes sans solution. »

MDPH de la Somme (80)

« Jusqu'à fin 2018, la MDPH, le département et l'ARS avaient installé avec l'appui de la MDPH un outil de suivi de décisions des orientations "SARAH". Celui-ci a permis en partie de mesurer objectivement le taux de pression qu'il pouvait exister dans certains ESMS adultes ou enfants. Mais en 2018, aucune priorisation des personnes en liste d'attente n'a été effectuée en lien avec les ESMS. Fin 2018, une charte des bonnes pratiques a été élaborée dans le cadre des travaux de mise en œuvre de la démarche réponse accompagnée. Il est prévu dans cette charte une priorisation des personnes en liste d'attente en lien avec un nouvel outil de suivi des décisions "ViaTrajectoire" qui est installé depuis avril 2019. La charte des bonnes pratiques prévoit également que les ESMS devront se rapprocher des personnes en liste d'attente dans leur établissement, tous les six mois pour les enfants et une fois par an pour les adultes, afin de vérifier si la situation d'attente est tenable ou s'il est nécessaire d'envisager une priorisation plus rapide. »

MDPH du Tarn (81)

« Le suivi est essentiel, nous sommes très sollicités par les ESMS pour suivre ces listes. Des critères de priorité ont été élaborés conjointement avec les ESMS et les partenaires (Éducation nationale, ASE, pédopsychiatrie...) et cela facilite l'entrée en ESMS de situations les plus prioritaires. »

7.4. Les MDPH se sont également investies, avec leurs partenaires, dans des travaux d'amélioration de l'offre

Face à ce constat, les MDPH ont également été très nombreuses à s'investir, avec les conseils départementaux et leurs partenaires, dans des travaux et des projets d'amélioration de l'offre. Parmi les projets portés avec des partenaires, les rapports 2018 des MDPH évoquent :

- > des travaux et des actions sur des thématiques d'inclusion telles que le « droit au répit des aidants », « sport et handicap », « accès à la nature », « jeunesse en plein air » ;
- > le développement d'aides et d'offres spécifiques, notamment sur le thème du logement : mise en place de bourses au logement, création d'habitats inclusifs ;
- > le développement de dispositifs spécifiques pour certains publics, ciblés en particulier sur les enfants autistes et les troubles psychiques : une classe maternelle autisme (Maine-et-Loire), une unité de situations complexes (Marne), des dispositifs pour jeunes autistes (Mayenne, Saône-et-Loire, Sarthe), la mise en place d'un référentiel de formation pour les assistants maternels sur l'accueil des enfants de 0 à 6 ans atteints d'autisme (Nièvre), un projet de passerelle pour une vie d'adulte (Orne), un dispositif d'accompagnement permanent et une plateforme médico-sociale pour les personnes souffrant de troubles envahissants du développement (TED).

📌 Exemples de projets innovants développés avec les partenaires pour une société plus inclusive par l'accès au logement, à la nature, au sport et par une meilleure prise en charge

MDPH de l'Ain (01)

« Appartements inclusifs dans le cadre du plan handicap 01 (2017-2022) : ouverture mai 2018 : quatre appartements pour cérébrolésés dans un cœur de ville ; appui service d'aide et SAMSAH et mise en place de la mutualisation PCH. Expérimentation UEMA : participation COPIL. »

MDPH de Côte-d'Or (21)

« Participation à la démarche coportée avec le département "Sports et Handicap". Dans le cadre du schéma autonomie de la direction de l'accompagnement à l'autonomie 2019-2023, coportage avec le département d'une fiche action qui a pour objectif de faciliter l'accès à la nature aux personnes en situation de handicap. »

MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)

« Développement de projets de mutualisation de la PCH pour proposer une alternative entre le logement individuel et en établissement. Plus de 150 personnes bénéficient en 2018 de services mutualisés rendant possible un logement en secteur ordinaire. Participation à la mise en place d'un dispositif d'accompagnement permanent pour les personnes souffrant de troubles envahissants du développement sur un territoire du département. Lancement d'un appel à candidatures pour développer une plateforme médico-sociale pour les jeunes et jeunes adultes ayant des troubles du comportement importants dans une logique de prévention et de réponse aux situations d'urgence. »

MDA du Bas-Rhin (67)

« [...] Le département s'est inscrit dans la démarche de Territoire 100 % inclusif. Dans cette perspective, le schéma autonomie du département du Bas-Rhin, qui vient d'être adopté en avril 2019, prévoit la mise en place de dix projets d'habitat inclusif. La MDA en copilotage avec le service de l'habitat du CD [conseil départemental], anime un groupe de travail qui aura en charge de poser les fondamentaux de ces projets et d'accompagner les porteurs. Par ailleurs, le département compte déjà un certain nombre d'habitats accompagnés qui sont en place ou sur le point de démarrer, portés par l'AFTC⁵ (cérébrolésion), l'Arche (déficience intellectuelle), Espoir 67 (handicap psychique). »

MDPH de Vienne (86)

« Création d'un dispositif sur le territoire pour les personnes handicapées vieillissantes : dispositif PHV – orientation générique/orientations génériques IME, ESAT, FDV [foyer de vie]... Les modalités d'accueil sont gérées au sein de l'ESMS en relation directe avec l'utilisateur sans nouvelle décision CDAPH pour traiter l'hébergement (temps partiel, complet, foyer d'hébergement, internat, service d'accompagnement...) qui relèvent directement du projet de vie entre l'établissement et la personne ou son représentant légal. »

👉 Exemples de projets innovants développés avec les partenaires pour les jeunes et les enfants

MDPH de Côte-d'Or (21)

« Participation à des comités de pilotage sur des dispositifs innovants tels que la plateforme ressources handicap portée par le département et la CAF, qui a pour but de faciliter l'inclusion des jeunes en situation de handicap au sein des lieux tiers : crèches, accueils de loisirs... ».

MDA de Drôme (26)

« La MDPH a participé à plusieurs dispositifs innovants : réponse accompagnée pour tous, introduction de plus de souplesse dans les parcours des jeunes atteints de troubles d'origine psychique en travaillant avec les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques – ITEP (une fois l'orientation déterminée par la CDPAH, une équipe de professionnels en accord avec la famille peut adapter le parcours aux besoins de l'enfant sans solliciter à nouveau la CDAPH) [...] »

MDPH de l'Indre (36)

« Organisation de certains IME pour apporter des prestations d'accompagnement et de soutien à des enfants en attente d'admission et maintenus en ULIS dans l'attente. Participation à un dispositif expérimental d'accompagnement de TH [travailleurs handicapés] en milieu ordinaire depuis plus de dix ans et maintenu en l'absence de déploiement du dispositif de l'emploi accompagné. Participation à une plateforme ressource autisme [...] »

MDPH des Landes (40)

« Participation de la MLPH au comité de pilotage Jeunesse en plein air afin de faciliter l'accueil des enfants en situation de handicap en centre de loisirs. Participation à l'étude menée par le CREAI visant à favoriser une meilleure coopération entre les services de l'aide sociale à l'enfance et des MDPH pour apporter des réponses aux besoins des enfants en situation de handicap et confiés à l'ASE. »

⁵ Association familles traumatismes crâniens.

MDA de Maine-et-Loire (49)

« Participation à la création d'une classe maternelle autisme à Cholet dans le cadre du plan autisme (ouverture en septembre 2018 et transformation en UEMA en 2019), Travail en lien avec l'Éducation nationale, l'ARS, l'association ADAPEI, le CMP [centre médico-psychologique] de Cholet, pour la définition de critères d'orientation, repérage du public, travail de l'orientation en accord avec la famille, suivi des situations orientées. Participation aux travaux d'analyse pour la création de deux SESSAD (service d'éducation spécialisée et de soins à domicile) précoces visant à accompagner les enfants âgés de 0 à 3 ans, diagnostiqués autiste (SESSAD précoce de Cholet – association ADAPEI 49 – et SESSAD précoce de Saumur – association Les Chesnaies – ouverts en septembre 2018). Mise en place par la MDA en juin 2018 d'un groupe de travail réunissant MDA/ARS/associations concernées/CMP pour repérer les enfants, les orienter dès leur plus jeune âge vers les SESSAD précoces. »

MDPH de Nièvre (58)

« ChildIN est un projet européen Erasmus+ qui réunit plusieurs pays France/Belgique/Pologne/Portugal afin de créer un référentiel de formation destiné aux assistants maternels et spécifiquement centré sur l'accueil d'enfants entre 0 et 6 ans atteints d'autisme. Le projet est coordonné par l'organisme IPERIA pendant deux ans de 2018 à 2020 et porte sur la gestion et le soutien à des enfants et des jeunes avec autisme, en liaison avec un dialogue constant avec les associations et les experts de référence dans la matière, qui font partie du consortium et vont contribuer à la production des résultats et des livrables du projet. »

MDPH d'Oise (60)

« Deux projets innovants ont été menés par la MDPH en 2018, en lien avec la médiathèque départementale de l'Oise : le projet Opération Premières pages, initié par le ministère de la Culture. Ce projet a été axé sur les enfants en situation de handicap qui ont entre 0 et 3 ans. Chacun de ses enfants recevra un livre offert par le département, lors d'un temps d'animation au sein d'une bibliothèque. Il s'agit de favoriser l'accès à la lecture et l'accès des bibliothèques aux enfants handicapés. Le second projet a également pour objectif d'aller vers une société inclusive puisqu'il s'agit de développer l'offre d'éditions jeunesse accessibles à destination des enfants. La MDPH travaille en lien avec l'association lilloise Signes de Sens et la médiathèque départementale de l'Oise et est département pilote sur le sujet. »

MDPH de l'Orne (61)

« L'année 2018 a vu se concrétiser le projet "Passerelle pour une vie d'adultes" initié fin 2017. Le projet partenarial repose sur les professionnels du CPO, de la mission locale d'Alençon et du SESSAD UGECAM. Le repérage des besoins d'accompagnement médico-socioprofessionnel réalisé antérieurement par la MDPH a permis la construction de ce projet. Trois jeunes ont pu bénéficier, après une phase de bilans, d'ateliers de réhabilitation psycho sociale, d'accompagnement éducatif, d'accompagnement à la définition d'un projet professionnel réaliste et des ateliers "garantie jeunes" de la mission locale. »

Conclusion

Si à l'échelle nationale le nombre de demandes s'est stabilisé en 2018, les MDPH connaissent des situations très diverses. Plus de la moitié des MDPH font face à une hausse du nombre de demandes. Dans ce contexte, les efforts de tous restent importants pour assurer le traitement de l'ensemble des demandes dans des délais contenus. En moyenne, le délai de traitement d'une demande est de 4 mois et 3 jours pour un adulte, de 3 mois et 21 jours pour un enfant, avec cependant des réalités locales très variables.

Ces efforts sont réalisés dans un contexte de tension sur les moyens humains et financiers qui se confirme cette année. En effet, la situation financière s'est fragilisée pour un nombre croissant de MDPH.

Pour autant, la dynamique de transformation dans laquelle s'inscrit le réseau des MDPH depuis plusieurs années témoigne d'une mobilisation forte dans la mise en œuvre des chantiers nationaux tournés vers des objectifs de modernisation du fonctionnement et des outils de travail des MDPH, notamment en matière de système d'information, d'amélioration de la qualité de service aux usagers, d'harmonisation des pratiques pour une plus grande équité de traitement des situations sur le territoire national.

L'année 2018 est marquée par une certaine accélération de la transformation des organisations de travail et des pratiques des professionnels, qui témoigne de l'engagement de tous pour atteindre un meilleur niveau de qualité. Les transformations à l'œuvre concourent à la mise en œuvre d'une politique nationale et locale cohérente partageant des valeurs d'actions et des référentiels de travail communs. Les évolutions organisationnelles traduisent également le renforcement de l'articulation entre MDPH et services des départements.

Année de généralisation de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », 2018 est également une année d'évolution des pratiques d'évaluation des situations, de recherche renouvelée des réponses personnalisées au plus près des besoins des personnes et avec elles.

Première année de déploiement du système d'information commun des MDPH, 2018 amorce un changement structurel fort et exigeant pour le réseau, qui s'appuie sur l'expérience de plusieurs pilotes.

À l'issue d'une année de mobilisation, plusieurs enseignements sont mis en lumière, en particulier sur la difficulté à mener de front un grand nombre de chantiers à forts enjeux, ce qui révèle un besoin accru d'accompagnement par la CNSA et l'importance d'un management fort pour soutenir les équipes dans l'évolution de leurs compétences, de leurs pratiques et pour donner du sens au changement. Pour le réseau des MDPH en 2018, il s'agit de garder le cap de la transformation engagée pour en tirer les fruits à venir.

Glossaire

AAH : Allocation aux adultes handicapés

AAEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne

ACFP : Allocation compensatrice pour frais professionnels

AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

ASH ou AESH : Accompagnement des élèves en situation de handicap

AVS : Auxiliaire de vie scolaire

CAF : Caisse d'allocations familiales

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de santé au travail

CCAS/CIAS : Centre communal d'action sociale/centre intercommunal d'action sociale

CD : Conseil départemental

CDA ou CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CMI : Carte mobilité inclusion

CMP/CMPP : Centre médico-psychologique/centre médico-psycho-pédagogique

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COMEX/COPI/COTECH : Comité de direction/comité de pilotage/comité technique

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPO : Centre de pré-orientation

CREAI : Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée

DASEN : Directeur académique des services de l'Éducation nationale

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DDCS/DDCSPP : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises de la concurrence de la consommation du travail et de l'emploi

DJRSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

DOP : Dispositif d'orientation permanent

DYS (troubles Dys) : Troubles cognitifs spécifiques et les troubles des apprentissages

EP/EPE : Équipe pluridisciplinaire d'évaluation

ESAT : Établissement ou service d'aide par le travail

ESMS : Établissements et services médico-sociaux

ETP : Équivalent temps plein

FALC : Facile à lire et à comprendre

FDCH : Fonds départemental de compensation du handicap

FDV : Foyer de vie pour personnes handicapées

FIPHFP : Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique

GED : Gestion électronique des documents

GEVA/GEVA-Sco : Guide d'évaluation des besoins des personnes handicapées/Sco : volet scolarisation

GIP : Groupement d'intérêt public

GOS : Groupe opérationnel de synthèse

GRC : Gestion de la relation client

HAS : Haute Autorité de santé

IME : Institut médico-éducatif

ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MDA/MTA : Maison départementale de l'autonomie/maison territoriale de l'autonomie

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MISPE : Mise en situation professionnelle en établissement et service d'aide par le travail

MSAP : Maison de service au public

MSU (enquête) : Mesure de la satisfaction des usagers

ORP : Orientation professionnelle des personnes en situation de handicap

PA/PH : Personne âgée/personne handicapée

PAG : Plan d'accompagnement global

PCH : Prestation de compensation du handicap

PIAL : Pôle inclusif d'accompagnement localisé

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PPC : Plan personnalisé de compensation

PPS : Projet personnalisé de scolarisation

PPRE : Programme personnalisé de réussite éducative

PV : Procès-verbal

RAPO : Recours administratif préalable obligatoire

RH : Ressources humaines

RIP : Référent insertion professionnelle

RGPD : Règlement général de protection des données

RMQS : Référentiel de missions et de qualité de service

RPS : Risques psychosociaux

RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

RSDAE : Restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi

SAMETH : Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Services d'accompagnement à la vie sociale

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SI : Système d'information

SI SDO : Système d'information pour le suivi des décisions d'orientation

SIADVS : Service interrégional d'appui pour adultes déficients visuels

UAPH : Unité ambulatoire périhospitalière

UEMA : Unité d'enseignement en maternelle autisme

UEROS : Unité d'évaluation de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle

ULIS : Unité localisée pour l'inclusion scolaire

UTAS : Unité territoriale d'action sociale

TC-SI : Tronc commun du système d'information

TCI/TGI : Tribunal du contentieux de l'incapacité/tribunal de grande instance

TED : Troubles envahissants du développement

TH : Travailleur handicapé

TSA Troubles du spectre autistique

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



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


Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie