



Inspection générale
des affaires sociales
RM2010-159P

Bilan du fonctionnement et du rôle des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

RAPPORT

Établi par

Christine BRANCHU

Michel THIERRY

Aurélien BESSON

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

- Novembre 2010 -

Synthèse

La mission sur un premier bilan du fonctionnement des Maisons départementales du handicap (MDPH), enquête inscrite au programme de travail de l'IGAS pour 2010, s'est rendue dans 5 départements : Ille et Vilaine, Val de Marne, Eure, Bas Rhin, Indre. Les constats ont distingué les conditions de fonctionnement des GIP/MDPH des progrès accomplis ou des difficultés rencontrées par les maisons départementales à l'aune de leurs rapports avec les usagers.

Le fonctionnement des groupements d'intérêt public supports des MDPH n'a pas favorisé un partenariat équilibré entre les départements, qui contrôlent largement les GIP, et l'Etat, du reste de moins en moins présent dans le dispositif. Malgré un réel effort budgétaire de l'Etat (plus de 42 millions en 2009, plus de 49 millions en 2010, auxquels s'ajoutent 60 millions en provenance de la CNSA), les conditions de contribution de l'Etat au fonctionnement des MDPH, complètement calquées sur les moyens mis à disposition des anciennes COTOREP et CDES, ont généré complexité et insécurité de gestion. L'Etat a tenu ses engagements en matière de crédits généraux de fonctionnement mais a accumulé une dette de près de 19 millions d'euros en matière de compensation des emplois initialement mis à disposition mais devenus vacants. Les taux de couverture des ETP mis à disposition dans les conventions constitutives sont descendus début 2010 à 50% pour le secteur solidarité et à 45% pour le secteur travail. Un système de compensation des vacances de postes complexe et morcelé entraîne pour les gestionnaires des MDPH absence de visibilité budgétaire et insécurité de gestion. Le mode de recrutement propre aux MDPH s'oppose à la mise en œuvre d'une véritable politique des ressources humaines (disparité des statuts, faible attractivité des postes, turn over des agents mis à disposition, qui s'accroît sur la période récente) alors que le développement de leurs missions les confronte à de nouveaux défis en matière de formation et de qualification.

Le concept de maison départementale s'est traduit par des avancées concrètes : progrès de l'accueil et de l'instruction, meilleure continuité de la prise en charge à tous les âges et atténuation des effets de rupture entre régimes enfants et adultes. Ce rapport identifie quelques bonnes pratiques en matière de territorialisation de l'accueil, d'information des usagers sur l'avancement de leurs dossiers, d'accompagnement des 16/25 ans, de capitalisation collective de réflexions sur l'évaluation du handicap et l'instruction des droits.

En dépit des progrès accomplis depuis 2006, certaines difficultés persistent : des orientations qui peuvent s'avérer inadéquates, en particulier pour les enfants ; l'insuffisance de suivi des décisions d'orientation des commissions ; la difficile mesure des capacités d'accès à l'emploi, dont l'évaluation conditionne l'accès à l'AAH pour les personnes ne présentant pas un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80%. Sur ce dernier point la mission a pu déceler localement, de manière trop ponctuelle pour être extrapolable, des risques non négligeables de glissement vers l'AAH de minima sociaux type RSA, ex-RMI ou API.

Des difficultés nouvelles ont surgi : une définition insuffisamment normée de la Prestation de compensation du handicap (PCH) et des méthodes d'appréciation non stabilisées, source d'éventuelles inégalités territoriales ; les ambiguïtés de la notion de projet de vie, dont l'appropriation est malaisée aussi bien par les personnes que par les équipes ; la faible formalisation du fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire et de ses relations avec la CDAPH. Le fonctionnement des commissions elles mêmes n'est pas suffisamment formalisé : architecture des diverses formations ou sous commissions, ordre du jour des CDA plénières, dossiers qui doivent faire l'objet d'un examen individuel, informations requises...avec des organisations variables selon les territoires. Dans ce contexte, la CNSA développe une offre de services appréciée mais n'a pu établir de véritables tableaux de bord nationaux, face à la revendication d'autonomie

des départements et à l'éclatement des systèmes d'information. Elle ne s'engage que timidement dans le parangonnage et les comparaisons, démarche qui cependant est de nature à prévenir ou atténuer les disparités.

Propositions

La mission s'est interrogée sur un scénario de disparition des GIP : départementalisation complète des MDPH avec pour contrepartie des prérogatives fortes de l'Etat en CDAPH sur les décisions qui engagent un financement national. Un tel scénario lui est cependant apparu prématuré, d'autant qu'elle a pu remarquer sur le terrain que la formule actuelle des GIP MDPH faisait l'objet d'un consensus « par défaut ».

Les préconisations de la mission portent donc sur l'aménagement de l'existant, autour de trois axes :

- Sécuriser la gestion : un circuit de financement unique, passant par le programme 157 (politique du handicap) ; un mode de compensation unifié des vacances d'emploi, à enveloppe constante, avec un forfait par catégorie A, B, C ; un délai de préavis, en cas de fin de mise à disposition, porté de 3 à 6 mois ; des conventions triennales de financement valorisant l'ensemble de la contribution de l'Etat (dotation de fonctionnement et traitements des personnels mis à disposition), assortie d'un échéancier de paiements soldant en fin d'exercice la différence entre contribution globale et traitement des agents effectivement mis à disposition. A moyen terme, les concours de l'Etat devraient être totalement décrochés des références historiques aux moyens des CDES et COTOREP : dotation socle en fonction de la population plus financement sur objectifs ou sur projets.
- Rééquilibrer la gouvernance, notamment en donnant aux commissions exécutives des GIP le pouvoir de nommer les directeurs, en clarifiant les règles de décision en CDAPH, en donnant à l'Etat de nouvelles prérogatives sur les décisions qui l'engagent (seconde lecture, voix prépondérante si partage).
- Améliorer la qualité des services et faciliter la transparence : mieux accompagner les personnes, notamment dans la formalisation de leur projet de vie ; développer les formations sur le handicap psychique ; renforcer l'évaluation ; mieux suivre les orientations pour mieux programmer l'offre d'établissements et services ; développer le parangonnage. Il semble indispensable à cet égard de définir quelques indicateurs publiables pour l'ensemble des départements.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	7
1. LE FONCTIONNEMENT DES GIP MDPH S'EST CARACTERISE PAR LA COMPLEXITE ET UNE CERTAINE INSECURITE DE GESTION	8
1.1. <i>Le choix de la formule GIP.....</i>	8
1.1.1. Un GIP d'un type particulier	8
1.1.2. Dans lequel l'Etat est peu présent.....	8
1.1.3. Et dont les conditions de fonctionnement ont été totalement déterminées par une photographie de la situation prévalant dans les CDES et COTOREP	9
1.2. <i>Malgré un réel effort budgétaire consenti par l'Etat, le financement reste marqué par une excessive complexité et une certaine insécurité.....</i>	9
1.2.1. L'Etat a tenu ses engagements en matière de crédits de fonctionnement	9
1.2.2. ... mais a accumulé en matière de compensation des postes vacants une dette qui pèse sur la sécurité financière des MDPH	11
1.3. <i>Le mode de recrutement propre aux MDPH s'oppose à la mise en œuvre d'une véritable politique des ressources humaines</i>	14
1.3.1. En dépit d'une baisse progressive de la proportion d'agents de l'Etat, l'hétérogénéité et l'instabilité des personnels pèsent sur la gestion.....	14
1.3.2. Accaparées par la gestion de l'existant, ni les MDPH ni la CNSA n'ont pu développer une approche prévisionnelle des emplois et des compétences	16
2. LE CONCEPT DE MAISON DEPARTEMENTALE CONSTITUE UN PROGRES QUI S'EST TRADUIT PAR DES AVANCEES CONCRETES OU DE BONNES PRATIQUES LOCALES, SANS REGLER TOUTES LES DIFFICULTES.....	17
2.1. <i>Sur les voies d'un accueil de meilleure qualité</i>	18
2.1.1. Une organisation nouvelle de l'accueil des personnes	18
2.1.2. Un accès inégal aux informations dans la chaîne de l'instruction des dossiers des personnes	20
2.1.3. L'accueil de la personne, de toutes les personnes handicapées.....	21
2.2. <i>Des difficultés persistantes sur lesquelles butent les MDPH.....</i>	22
2.2.1. Des orientations qui peuvent s'avérer inadéquates.....	22
2.2.2. Le suivi des décisions des CDA pas ou peu organisé.....	24
2.2.3. La mesure de l'employabilité et les liens entre handicap et difficultés d'accès à l'emploi.....	25
2.3. <i>Les MDPH doivent faire face à des difficultés nouvelles</i>	26
2.3.1. Les difficultés de gestion des prestations et allocations	26
2.3.2. Le fonctionnement des CDAPH.....	29
2.4. <i>Dans ce contexte, la CNSA apporte un concours appréciable, sans aller au bout d'une logique de régulation nationale.....</i>	31
2.4.1. L'offre de services de la CNSA aux MDPH	31
2.4.2. Un système d'information national en mal d'organisation.....	32
2.4.3. Les outils d'une plus grande transparence et d'un parangonnage entre les MDPH demeurent peu utilisés	34

3. PROPOSITIONS.....	36
3.1. <i>Un scénario de disparition des GIP, comportant transfert complet au département, paraît aujourd'hui prématuré</i>	36
3.1.1. Le transfert complet aux départements des missions confiées par la loi aux MDPH comporterait quelques sérieux avantages.....	36
3.1.2. Il devrait néanmoins apporter des garanties effectives au maintien d'une forte participation associative et accentuer les prérogatives de l'Etat sur les enjeux de solidarité nationale.....	37
3.1.3. Il paraît aujourd'hui peu réaliste à court terme, même s'il demeure une référence pour des évolutions à plus longue échéance	38
3.2. <i>Sécuriser la gestion des GIP MDPH</i>	38
3.2.1. Mieux manifester l'effort de l'Etat en simplifiant les circuits.....	38
3.2.2. Unifier les critères de compensation des emplois non pourvus.....	39
3.2.3. Aménager le régime des mises à disposition.....	40
3.2.4. Mettre en place des conventions triennales de financement.....	42
3.3. <i>Vers une gouvernance plus équilibrée</i>	44
3.3.1. Le rapprochement des règles de droit commun.....	44
3.3.2. Une représentation effective de l'Etat	44
3.3.3. Une clarification des règles de décision en CDAPH	45
3.4. <i>L'animation du réseau et l'orientation des MDPH : de nouveaux accents à mettre pour améliorer la qualité des services et faciliter la transparence</i>	46
3.4.1. Mieux accompagner les personnes, par un dialogue plus précoce	46
3.4.2. Harmoniser les doctrines, développer les formations sur le handicap psychique	47
3.4.3. Renforcer l'évaluation	47
3.4.4. Développer le parangonnage et accentuer la transparence des comparaisons.....	48
3.4.5. Mieux suivre les orientations prononcées en CDAPH pour mieux programmer l'offre d'établissements et services.....	48
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	49
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	51

Introduction

- [1] L'Inspection générale des affaires sociales a mené, entre juin et octobre 2010, dans le cadre de son programme de travail, une mission d'évaluation des maisons départementales du handicap, créées par la loi du 11 février 2005, pour mettre en œuvre un accueil unifié des personnes handicapées, jeunes ou adultes, développer une prise en charge globale des personnes et une instruction pluridisciplinaire de leurs droits. La mission est constituée de Michel Thierry, Aurélien Besson et Christine Branchu, membres de l'IGAS.
- [2] Quatre à cinq ans après la signature des conventions constitutives des Groupements d'intérêt public en charge de la gestion des MDPH, cette enquête vise à établir un premier bilan¹ du fonctionnement et du rôle de ces institutions, dans un contexte marqué par une forte rotation des personnels initialement mis à disposition par les ministères sociaux et par de profondes mutations de l'environnement administratif dans le champ social : mise en place des directions départementales de la cohésion sociale (DDCS), des directions régionales des entreprises, de la consommation et de la concurrence, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), création des Agences régionales de santé (ARS). L'enquête de l'Inspection générale a été de ce fait centrée sur le champ de compétences des ministères en charge de la cohésion sociale et de l'emploi, dans le cadre d'une appréciation globale du fonctionnement des MDPH.
- [3] L'Inspection générale, dans ses analyses touchant à l'accomplissement des missions des MDPH, a été parfois confrontée à des questions touchant à des problèmes d'application ou d'interprétation de la loi du 11 février 2005 ; sans éluder ces questions, que le rapport mentionne, il convient de souligner que cette enquête n' a pas pour objet une évaluation de la mise en œuvre de cette loi et que les propositions de la mission touchent exclusivement les missions et le fonctionnement des MDPH et du dispositif global d'instruction, jusqu'à l'examen en commission départementale de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).
- [4] Outre les contacts nationaux avec les administrations centrales concernées et la Caisse nationale Solidarité Autonomie (CNSA), l'Assemblée des départements de France et de grands mouvements associatifs dans le champ du handicap, la mission s'est rendue dans cinq départements : Ille et Vilaine, Val de Marne, Eure, Bas Rhin, Indre. Ce choix, outre la prise en compte de considérations pratiques visant à écarter des départements récemment visités par l'Inspection générale sur des questions touchant au handicap, visait à refléter une certaine diversité sociodémographique, un équilibre entre départements chefs lieux de région ou non, une certaine diversité aussi des modèles de fonctionnement des maisons départementales.
- [5] Les analyses du présent rapport abordent successivement :
- Les conditions de fonctionnement des GIP, la participation de l'Etat (ministères sociaux) à leur fonctionnement, les difficultés de gestion budgétaire et des ressources humaines ; à cet égard le fonctionnement des GIP MDPH s'est caractérisé par la complexité et une certaine insécurité de gestion ;
 - Le rôle joué par les maisons départementales, les progrès accomplis -ou les insuffisances - en matière d'accueil des usagers et de services aux personnes handicapées ; à cet égard, le concept de maison départementale s'est traduit par des avancées concrètes ou de bonnes pratiques locales, sans régler toutes les difficultés.

Les préconisations ont trait au financement, à la gouvernance et à l'amélioration de la qualité des services rendus.

¹ Premier bilan en ce qui concerne l'Igas, car les MDPH ont fait par ailleurs l'objet de nombreux travaux d'enquête.

1. LE FONCTIONNEMENT DES GIP MDPH S'EST CARACTERISE PAR LA COMPLEXITE ET UNE CERTAINE INSECURITE DE GESTION

1.1. *Le choix de la formule GIP*

1.1.1. Un GIP d'un type particulier

[6] Le recours au GIP a reflété un compromis entre des objectifs différents et pas toujours aisément conciliables : décentraliser l'accueil et l'instruction en direction des départements, reconnaître le rôle des associations, garder cependant pour l'Etat un droit de regard sur les MDPH, qui assurent le secrétariat des CDAPH (commissions départementales de l'autonomie des personnes handicapées), dont les décisions ont un impact sur les finances publiques ou sociales nationales. Le GIP a été conçu par le législateur comme un GIP sous contrôle départemental, dont la présidence revient au département, dont le directeur est nommé par le président du Conseil général, et dont la transmission des rapports d'activité et données de fonctionnement à la CNSA est soumise à la validation du Conseil général. Dans ce cadre ont pu se développer des modèles différents :

- un modèle d'intégration aux services du Conseil général : c'est le cas du Bas Rhin, où le GIP est intégré au Pôle handicap des services du Conseil général, et de l'Indre, où la directrice de la MDPH est la directrice départementale de la solidarité ;
- des modèles laissant plus d'autonomie fonctionnelle à la MDPH et à son équipe de direction : Ille et Vilaine, Val de Marne et dans une certaine mesure l'Eure.

[7] Dans tous les cas cependant l'influence du département est prépondérante. Les Commissions exécutives (Comex), où le département détient la moitié des sièges, l'Etat² et les associations un quart, ont été perçues par les interlocuteurs de la mission plus comme un lieu d'information que comme un lieu réellement décisionnel.

1.1.2. Dans lequel l'Etat est peu présent

[8] L'Etat est de moins en moins présent dans les réunions de la commission exécutive, où ses représentants ont trop souvent le sentiment de faire de la figuration. Plus préoccupante encore est la participation de plus en plus aléatoire des représentants de l'Etat en Commission départementale de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). En Ille et Vilaine, où est tenu à jour un suivi annuel des participations aux commissions, le taux de participation des représentants de l'Etat (présents sur invités pour l'ensemble des réunions de l'année) est de 36% en commission plénière en 2009 (61% en 2007), 15% en commission préparatoire adultes, 43% en commission préparatoire enfants, 0% en formation PCH (prestation de compensation du handicap) Ces taux seraient nettement plus faibles si l'on en sortait les représentants de l'Education nationale.

[9] Par ailleurs, même lorsque les services des ministères sociaux sont représentés, leur rôle est plus que limité : perte de compétences et d'expérience des directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) par rapport aux DDASS (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) ; transfert aux Agences régionales de santé (ARS) de tous les cadres compétents en matière de handicap, absence de communication préalable d'éléments sur les cas traités en CDAPH, sous ses diverses formations.

² Cinq postes généralement répartis dès l'origine entre Inspection d'académie, DDASS, DDTEFP, CAF et CRAM ou MSA.

1.1.3. Et dont les conditions de fonctionnement ont été totalement déterminées par une photographie de la situation prévalant dans les CDES et COTOREP

[10] Les conventions constitutives des GIP et leurs annexes financières ont de fait reproduit les moyens dont bénéficiaient les anciennes commissions auxquelles se substituaient MDPH et CDAPH : mise à disposition des personnels DDASS ou DDTEFP affectées aux équipes techniques ou aux secrétariats de ces anciennes commissions, crédits de vacances, frais de fonctionnement hors dépenses de personnel. Ce constat est à la source de bien des difficultés aujourd'hui rencontrées en matière de ressources humaines et budgétaires.

1.2. *Malgré un réel effort budgétaire consenti par l'Etat, le financement reste marqué par une excessive complexité et une certaine insécurité*

1.2.1. L'Etat a tenu ses engagements en matière de crédits de fonctionnement...

1.2.1.1. L'Etat a confirmé l'effort budgétaire consenti lors de la création des MDPH

[11] Malgré d'importantes disparités locales, les principaux contributeurs aux budgets des MDPH demeurent les Conseils généraux et l'Etat, à hauteur de respectivement 35 % et 32 %, ainsi que la CNSA, pour 29 %³. Il est à noter que la part relative de l'Etat, du fait d'une absence d'indexation des contributions prévues aux conventions constitutives (malgré des renégociations locales dont la portée reste limitée), tend à diminuer face à la montée en puissance des contributions départementales. Il faut en tout état de cause interpréter ces chiffres avec beaucoup de prudence, compte tenu de la diversité des pratiques départementales de recrutement. Dans certains départements (Indre) il n'y a aucun recrutement propre au GIP, les renforcements de moyens se sont faits exclusivement par mise à disposition d'agents départementaux ou la passation de contrats par le département, sans aucune incidence sur le budget du GIP. Dans d'autres (Ille et Vilaine) des contrats sont passés directement par le GIP et imputés sur son budget.

[12] On observe un effort soutenu de l'Etat en matière de crédits de fonctionnement à caractère général et de vacances : 18 952 910 en 2006, 25 385 927 en 2009, soit une progression d'un tiers. Le respect des engagements pris sur ce point dans les conventions constitutives s'ajoute au fort effort initial sur les crédits de préfiguration et sur les crédits exceptionnels non reconductibles ayant permis la mise en place des nouvelles structures.

[13] Le total des concours budgétaires de l'Etat, hors crédits exceptionnels non reconductibles, est passé de 18 952 910 euros en 2006 à 32 151 399 euros en 2007 pour atteindre 42 204 359 euros en 2009 ; cette évolution, qui s'accélère sur la période récente, est liée à la compensation des mises à disposition non effectives, aujourd'hui au cœur des difficultés de dialogue entre Etat et départements.

³ Données CNSA, novembre 2009.

Tableau 1 : Evolution des crédits versés par l'Etat au titre des programmes 124 (soutien des politiques sanitaires et sociales), 155 (gestion des politiques de l'emploi) et 157 (handicap et dépendance), et par la CNSA

Année	Etat				CNSA	Commentaires
	Programme 124	Programme 155	Programme 157	Total versé		
Total 2005			50 000 000	50 000 000	0	Crédits exceptionnels de préfiguration
2006	2 500 000	2 085 015	13 840 000	18 425 015	20 000 000	Fonctionnement
		527 985		527 985		Vacations médicales
			16 000 000	16 000 000		Crédits exceptionnels
			4 000 000	4 000 000		Crédits exceptionnels
			7 930 000	7 930 000		Crédits exceptionnels
	0	0		0		Fongibilité asymétrique
Total 2006	2 500 000	2 613 000	41 770 000	46 883 000	20 000 000	
2007	2 500 000	3 925 695	13 840 000	20 265 695	30 000 000	Fonctionnement
				0	20 000 000	Fonctionnement
		3 100 985		3 100 985		Vacations médicales
			8 251 000	8 251 000		Crédits exceptionnels
	8 425 667	358 952		8 784 619		Fongibilité asymétrique
Total 2007	10 925 667	7 385 632	22 091 000	40 402 299	50 000 000	
2008	2 500 000	4 976 129	14 096 000	21 572 129	30 000 000	Fonctionnement
				0	15 000 000	Fonctionnement
		3 668 420		3 668 420		Vacations médicales
				0		Postes vacants
	10 601 574	752 496		11 354 070		Fongibilité asymétrique
Total 2008	13 101 574	9 397 045	14 096 000	36 594 619	45 000 000	
2009	2 500 000	5 353 599	13 863 908	21 717 507	45 000 000	Fonctionnement
				0	15 000 000	Fonctionnement
		3 668 420		3 668 420		Vacations médicales
	3 152 400	6 145 500		9 297 900		Postes vacants
	6 300 000	1 220 532		7 520 532		Fongibilité asymétrique
Total 2009	11 952 400	16 388 051	13 863 908	42 204 359	60 000 000	
2010	2 500 000	6 000 000	13 863 908		45 000 000	Fonctionnement
					15 000 000	Fonctionnement
		3 600 000				Vacations médicales
		6 772 500				Postes vacants
	8 300 000	1 842 851	7 600 000			Fongibilité asymétrique
Total 2010	10 800 000	18 215 351	21 463 908	49 263 908	60 000 000	
TOTAL	49 279 641	57 247 636	192 300 167	265 348 185	235 000 000	

Source : DGCS, Bureau des droits et des aides à la compensation

1.2.1.2. Cet effort budgétaire n'a cependant pas contribué à une réduction des inégalités territoriales dans l'allocation des ressources

- [14] Les études menées par la CNSA⁴ tendent à établir une forte corrélation entre le volume global des ressources allouées aux MDPH et le potentiel fiscal des départements concernés. Bien que cette tendance ne soit pas constatée en rapportant ces dépenses à la population, elle permet d'établir une inégalité territoriale d'autant plus nette que le « coût d'un usager » tend à décroître avec la population, en raison de l'existence de coûts fixes.
- [15] Malgré le souci affiché d'une plus grande équité territoriale, dont la CNSA est en principe garante⁵, les choix effectués en 2005 /2006 de reproduire largement les situations antérieures n'a pas été de nature à lutter contre les disparités existantes et les dotations de la CNSA n'ont pas notablement corrigé ces inégalités.

1.2.2. ... mais a accumulé en matière de compensation des postes vacants une dette qui pèse sur la sécurité financière des MDPH

1.2.2.1. Un effondrement récent du taux de couverture des engagements pris dans les conventions constitutives

- [16] Outre les contributions financières mises à la charge de l'Etat par les annexes des conventions constitutives, la mise à disposition de personnels issus des ex-DDASS et DDTEFP et de l'Education nationale constituait un engagement ferme et une condition du fonctionnement des nouvelles structures. Pour des raisons statutaires et de faible attractivité (cf. *infra*), un nombre croissant de postes dus à ce titre ne sont aujourd'hui plus pourvus.

Tableau 2 : Evolution du taux de couverture des ETP prévus dans les conventions constitutives

		Conv. constit.	Juill. 2006	Août 2007	Mars 2008	Janvier 2010
Secteur solidarité	MAD dues	1 055	1 028	840	758	1 052
	MAD effectives		897	757	661	525
	Ecart		131	83	97	527
	Taux de couverture		87,2 %	90,1 %	87,2 %	49,9 %
Secteur travail	MAD dues	495	540	522	508	501
	MAD effectives		394	331	309	227
	Ecart		146	191	199	274
	Taux de couverture		72,9 %	63,4 %	60,8 %	45,3 %

Source : DGCS, Bureau des droits et des aides à la compensation

Il importe de noter que ces moyennes nationales recouvrent une grande disparité de situations locales, liées à la diversité des engagements pris dans les conventions constitutives, mais également à un engagement différencié des services déconcentrés.

⁴ Cf. MDPH, An III, la vigilance. Rapport d'activité 2008 des maisons départementales des personnes handicapées, novembre 2009

⁵ La CNSA est explicitement chargée par la loi de veiller à la « répartition équitable sur le territoire national » (code de l'action sociale et des familles, art. L-14-10-1).

Tableau 3 : Tableau 3 : disparité des taux de couverture entre MDPH visitées par la mission

MDPH	SOLIDARITE			TRAVAIL			TOTAL		
	Dus	Présents	Couvert.	Dus	Présents	Couvert.	Dus	Présents	Couvert.
27	8,60	3,60	42,00%	5,60	0,00	0,00%	14,20	3,60	25,00%
35	14,56	8,33	57,00%	7,10	2,50	35,00%	21,66	10,83	50,00%
36	6,50	3,34	51,00%	3,00	0,00	0,00%	9,50	3,34	35,00%
67	17,18	9,60	56,00%	4,60	0,80	17,00%	21,78	10,40	48,00%
94	24,42	13,20	54,00%	10,00	6,00	60,00%	34,42	19,20	56,00%

Source : DGCS, Bureau des droits et des aides à la compensation

- [17] Si l'effondrement du taux de couverture a été dû initialement à d'importants retours des personnels Etat dans leur administration d'origine, la mission a également noté des témoignages sur des réserves, voire des réticences des MDPH à accueillir les personnes proposées par les services déconcentrés.
- [18] De nombreux acteurs locaux consultés à l'occasion de cette mission ont confirmé la nette préférence des directions des GIP en faveur de recrutements directs sur la base de crédits de compensation, souvent motivés par l'inadéquation, réelle ou perçue, des profils d'agents proposés aux postes à pourvoir. Les réformes des services territoriaux peuvent également contribuer à restreindre le vivier local pour le remplacement d'un agent mis à disposition : dans une petite DDCS comme celle de l'Indre il n'y a localement que 3 agents susceptibles de remplacer un cadre C de la DDASS mis à disposition de la MDPH. La tendance illustrée par le tableau 2 est donc appelée, par la convergence de l'instabilité des personnels et des souhaits des Conseils généraux, à se confirmer.
- 1.2.2.2. Une faible lisibilité des mécanismes financiers de compensation qui est de nature à alimenter le contentieux
- [19] La non mise à disposition d'agents au titre des ETP prévus dans les conventions constitutives ouvre un droit à compensation dont l'évaluation et le principe même sont conditionnés par le motif de la vacance de l'emploi :
- [20] – s'agissant des mutations et départs en retraite, la compensation a été accordée par la mise en œuvre du mécanisme de fongibilité asymétrique (financement de dépenses de transferts sur crédits de personnel), sur la base d'un forfait distinct pour chaque catégorie d'agents, ce qui autorisait dès l'origine une compensation proche du coût réel employeur ;
- [21] – s'agissant des agents réintégrés sur leur demande dans leur administration d'origine, la compensation était en principe exclue par la stricte application d'un principe selon lequel la création des MDPH devait être conduite à moyens humains constants ; elle a toutefois été accordée depuis 2009 par décision ministérielle, sur la base d'un forfait de 30.000 euros correspondant au coût moyen employeur d'un agent de catégorie C en pied de corps, montant déjà retenu lors du transfert des TOSS lors de l'acte II de la décentralisation.
- [22] Au-delà de son caractère arbitraire en termes de gestion, cette multiplicité des modes d'évaluation nuit grandement à l'appréciation, par les responsables administratifs des MDPH comme par les partenaires locaux de l'Etat au sein du GIP, du respect par l'Etat de ses engagements.
- [23] Elle est en partie responsable des divergences de calcul de la « dette » de l'Etat, les crédits de compensation reçus au titre de la fongibilité asymétrique et ceux attribués au titre des retours d'agents dans leur administration d'origine n'étant pas toujours clairement distingués.

1.2.2.3. Une dette accumulée qui s'élève à près de 19 millions d'euros

- [24] Si les engagements pris par l'Etat dans le cadre des conventions constitutives, relatifs à sa contribution aux frais généraux de fonctionnement ont été honorés, le droit à compensation des vacances de postes défini plus haut n'a pas été pleinement mis en œuvre.

Tableau 4 : Montants dus et versés au titre de la compensation des postes vacants (PV) et de la fongibilité asymétrique (FA) et dette afférente

Année	Montants dus		Montants versés			Dette
	Programme 124	Programme 155	Programme 124	Programme 155	Programme 157	
PV	4 980 000	60 600			7 930 000	
FA						
Total 2006	5 040 600		7 930 000			2 889 400
PV	3 360 000	4 651 800			8 251 000	
FA	8 425 667	358 952	8 425 667	358 952		
Total 2007	16 796 419		17 035 619			239 200
PV	3 152 400	5 133 900				
FA	13 104 573	752 496	10 601 574	752 496		
Total 2008	22 143 369		11 354 070			-10 789 299
PV	3 152 400	6 145 500	3 152 400	6 145 500		
FA	13 104 573	1 220 532	6 300 000	1 220 532		
Total 2009	23 623 005		16 818 432			-6 804 573
PV	5 628 300	6 772 500		6 772 500		
FA	14 600 263	1 842 851	8 300 000	1 842 851	7 600 000	
Total 2010	28 843 914		24 515 351			-4 328 563
TOTAL	96 447 307		77 653 472			-18 793 835

Source : DGCS, Bureau des droits et des aides à la compensation

1.2.2.4. Une certaine insécurité de gestion

- [25] Au-delà du montant de cette dette, qui pourrait paraître faible par rapport à l'ensemble des sommes en jeu dans le débat budgétaire entre l'Etat et les départements, les interlocuteurs de la mission ont unanimement souligné les difficultés de prévision budgétaire et de sécurité de gestion entraînées par le morcellement des modes de compensation, des lignes budgétaires et des échéanciers de paiement. Il n'est pas rare - c'est même le cas le plus fréquent dans les sites visités, pour 2009- que des avenants aux annexes financières de la convention soient signés à la mi-décembre de l'exercice en cours pour arrêter le montant définitif de la contribution de l'Etat au titre de l'année. A la fin du mois de Septembre, 21% des crédits annoncés au titre des programmes 157 et 124 pour 2010 n'avaient pas encore été délégués.
- [26] Aucune des MDPH visitées ne se trouve dans une situation d'extrême tension financière, certaines bénéficiant d'une certaine aisance financière due soit à une très grande prudence dans les recrutements (Indre), soit à des excédents cumulés liés à une sous consommation des crédits prévus pour la mise en œuvre de Fonds départementaux de compensation du handicap (Eure).
- [27] Les élus rencontrés, y compris les plus critiques par rapport au respect par l'Etat de ses engagements, ont souligné que les départements assument leurs responsabilités par rapport aux MDPH et que leur demande la plus urgente était celle d'un système aussi simple, global et lisible que possible, assurant au moins une visibilité budgétaire à 6 mois.

1.3. *Le mode de recrutement propre aux MDPH s'oppose à la mise en œuvre d'une véritable politique des ressources humaines*

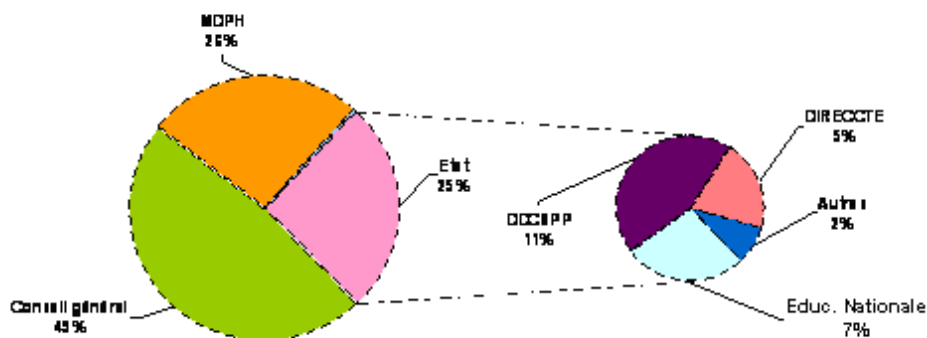
1.3.1. **En dépit d'une baisse progressive de la proportion d'agents de l'Etat, l'hétérogénéité et l'instabilité des personnels pèsent sur la gestion**

1.3.1.1. Une grande disparité de statuts, source de difficultés managériales et de perturbations opérationnelles

[28] Aux termes de la loi⁶, les personnels des MDPH relèvent d'une large pluralité de statuts : agents des trois fonctions publiques mis à disposition ou détachés, agents contractuels de droit public soumis au statut des agents non titulaires de la fonction publique territoriale et agents contractuels de droit privé.

[29] Quantitativement, les agents de l'Etat issus des anciens services, y compris Education nationale, ne représentent plus en 2009 que 26 % des effectifs totaux⁷, à rapprocher des 60 % enregistrés en 2006. Cette déformation de la structure des personnels est liée à l'affaïssement des mises à disposition par l'Etat et à la montée en charge des recrutements effectués au sein de la fonction publique territoriale.

Graphique 1 : Nombre d'ETP par employeur



Source : CNSA, maquette budgétaire 2009

⁶ Art. L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles.

⁷ Données CNSA novembre 2009.

- [30] Pour autant, les disparités statutaires qui résultent de la diversité d'origine des personnels se traduisent par des difficultés de gestion qui se sont cristallisées autour des congés et des régimes indemnitaires. La gestion des pics d'activité, liés en particulier aux missions d'orientation scolaire à l'approche de la rentrée, a été fortement perturbée par le régime spécifique d'organisation du travail et des congés qui s'attache à certains personnels d'Etat (Education nationale) et a entraîné dans la plupart des MDPH une déstabilisation des équipes et une faible visibilité sur le plan de charge.
- [31] Certaines directions de MDPH ont cependant utilisé pleinement l'autorité fonctionnelle qui leur est reconnue sur les agents mis à disposition pour harmoniser les congés d'été ou organiser un régime de permanences (Indre, Ille et Vilaine).
- [32] Au-delà des difficultés techniques liées aux congés et au régime indemnitaire, la diversité des statuts a constitué un obstacle majeur à l'émergence d'une identité d'établissement au sein des MDPH.
- 1.3.1.2. Un fort turnover dû à la combinaison d'une forte mobilité statutaire et d'une faible attractivité
- [33] Le cadre juridique de droit commun applicable à la mise à disposition est particulièrement mal adapté à une gestion prévisionnelle des personnels au sein des MDPH. La mise à disposition en soumise à l'accord de l'agent, qui peut après un délai de préavis court (trois mois) réintégrer son administration d'origine.
- [34] Ce cadre juridique défavorable vient amplifier les effets de la faible attractivité des emplois proposés par les MDPH sur le marché de l'emploi public local. Parmi les facteurs explicatifs de ce second phénomène, quatre points ont été fréquemment évoqués au cours des entretiens conduits dans le cadre de cette mission :
- aucune réflexion systématique n'a été conduite pour permettre de valoriser les années passées au sein des MDPH, tant en termes de statut que de rémunération ;
 - les personnels mis à disposition par les DDASS ou les DDTEFP ont été quelque peu « oubliés » par leurs administrations d'origine, en termes de promotions comme en termes de communication interne et de manifestations de convivialité ;
 - la création des MDPH, a pu réduire le niveau de responsabilités de certains agents et le niveau perçu de leur autonomie professionnelle (cas des secrétaires des ex-COTOREP, notamment), suscitant ainsi des frustrations ;
 - une insuffisante définition des tâches, et parfois un manque d'adéquation entre les compétences des agents mis à dispositions et leurs missions effectives, ont pu être relevés.
- [35] Il en résulte un taux de rotation élevé qui est source d'une perte de capital humain, un fort turnover nuisant nécessairement à la capitalisation de l'expérience et au transfert des compétences.
- [36] Cette perte de capital humain et de savoir-faire intervient dans le contexte d'une technicité croissante des missions (instruction des demandes de PCH notamment), et des exigences fortes qu'implique l'approche pluridisciplinaire promue par le législateur de 2005.

1.3.2. Accaparées par la gestion de l'existant, ni les MDPH ni la CNSA n'ont pu développer une approche prévisionnelle des emplois et des compétences

1.3.2.1. Appelés à devenir des centres d'expertise, les MDPH sont confrontées à un défi en matière de qualification et de formation

[37] La multiplicité des missions confiées aux MDPH par le législateur de 2005 illustre celle des métiers qui sont appelés à y coopérer : accueil, information, conseil, accompagnement, évaluations des besoins de la personne handicapée, instruction des demandes de prestation, participation à la coordination territoriale de la politique du handicap. La technicité croissante des tâches induite par la montée en charge de la PCH nécessitera le concours de personnels qualifiés, aptes à gérer et à conduire le changement.

[38] Cette évolution est déjà sensible du fait du renouvellement rapide des personnels, avec une montée en puissance des fonctionnaires territoriaux en termes quantitatifs comme en termes de qualification. L'Etat est d'abord présent à travers des agents des catégories C et B, avec un volant de cadres A constitué en quasi-totalité par des enseignants ; les personnels départementaux correspondent à 52% des cadres A (77% si l'on totalise recrutements propres des MDPH et cadres mis à disposition par le département).

Tableau 5 : Origine des agents par catégorie

	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C	Autres
Etat	21%	24%	26%	4%
MDPH	25%	21%	25%	81%
Conseil général	52%	51%	46%	8%
Autres	2%	3%	2%	7%

Source : CNSA, maquette budgétaire 2009

[39] Le maintien de la compétence de ces agents nécessitera un effort particulier dans le domaine de la formation. Ce défi est amplifié par la double contrainte à laquelle sont confrontées les directions des MDPH :

- la technicité des tâches (cf. *supra*) impose un niveau de spécialisation toujours croissant ;
- dans le même temps, la taille relativement modeste des MDPH (moins de 50 agents en moyenne) nécessite le développement d'une véritable polyvalence.

[40] Les initiatives existantes⁸, qui ne témoignent pas d'une réflexion d'ensemble mais ont été développées en réponse à des besoins ponctuels exprimées lors de la mise en place des GIP, n'ont pas fait l'objet d'une coordination suffisante. Les travaux réalisés par le CNFPT⁹ tendant à l'élaboration d'un référentiel métiers doivent être approfondis et mis à profit pour donner une plus grande cohérence à l'approche conjointe de la CNSA et du réseau qu'elle a vocation à animer.

⁸ Présentées dans le *Rapport d'information sur le bilan des maisons départementales des personnes handicapées*, Sénat, 2009, pp. 51-53.

⁹ Cf. en particulier *L'emploi et les métiers des maisons départementales des personnes handicapées. Rapport d'étude*, 2008.

1.3.2.2. Ce défi qualitatif se double d'un défi quantitatif lié à la croissance prévisible des effectifs

[41] Une croissance des effectifs moyens des MDPH est prévisible, et découle de la convergence de plusieurs facteurs :

- la pleine mesure des besoins en personnels liés aux nouvelles missions confiées par le législateur de 2005 (élaboration du projet de vie, évaluation pluridisciplinaire) n'a pas été prise à ce jour ;
- les nouvelles exigences de délai et de qualité attachées aux anciennes attributions (instruction des demandes de prestation) vont donner lieu à une pression renouvelée par la transparence croissante des indicateurs élaborés par la CNSA sur la base des enquêtes réalisées au sein du réseau ;
- la territorialisation des MDPH, qui répond à une double exigence d'accessibilité et de proximité, particulièrement aiguë s'agissant des personnes handicapées, peut conduire à une élévation des coûts fixes de gestion.

[42] Les besoins en recrutement s'observeront sur tous les métiers, mais sont susceptibles de se heurter à des difficultés déjà sensibles sur certains emplois (médecins, secrétaires médico-sociales) qui devront être anticipées et devront faire l'objet d'une projection financière, les problématiques d'attractivité étant souvent liées sur ces segments du marché du travail à celles des rémunérations.

2. LE CONCEPT DE MAISON DEPARTEMENTALE CONSTITUE UN PROGRES QUI S'EST TRADUIT PAR DES AVANCEES CONCRETES OU DE BONNES PRATIQUES LOCALES, SANS REGLER TOUTES LES DIFFICULTES

[43] Alors même que la montée en charge des missions des MDPH n'est pas achevée (la gestion du droit d'option entre PCH enfant et AEEH, allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'évaluation de l'employabilité des demandeurs de l'AAH, le plan personnalisé de scolarisation pour les enfants en établissement médico-social se mettent en place), le défi n'est plus seulement celui d'une nouvelle institution, mais aussi celui d'un fonctionnement qui s'installe dans la durée. Le temps des premières années marqué par le fort engagement personnel des agents, souvent militants de la cause des personnes handicapées laisse progressivement la place à des modes de fonctionnement plus régulés.

[44] Les missions des MDPH¹⁰ telles qu'elles sont définies par les textes sont étendues :

- accueil et information des personnes handicapées et de leur famille,
- aide et accompagnement pour concevoir le projet de vie,
- mise en œuvre des décisions de la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées),
- coordination dans le département des instances et organismes sanitaires et sociaux et recueil des données.

[45] Au-delà même de ces missions larges, au contenu et au périmètre qui restent en partie à mieux préciser, les MDPH ont pu faire naître des espoirs qui peuvent expliquer aujourd'hui un certain désenchantement malgré les efforts accomplis.

[46] La création des MDPH, lieu dédié à l'accueil et au suivi des personnes handicapées s'est accompagnée d'un nouvel outil : l'évaluation pluridisciplinaire des besoins des personnes et d'une allocation nouvelle : la Prestation compensatoire du handicap (PCH).

¹⁰ Article L.146-3 du CASF.

- [47] Selon que l'on s'attache à observer telle ou telle de leurs missions, la situation des MDPH peut être diverse mais les principales difficultés rencontrées se recourent. Le schéma de départ a été identique ; s'appuyer sur les agents et les expériences des CDES et des COTOREP pour construire une structure nouvelle avec des ambitions élargies. Signe tout à la fois des difficultés rencontrées et de la volonté d'y remédier, de nombreux départements ont commandé des audits¹¹ sur leur mode de fonctionnement, sur l'ensemble des procédures mises en œuvre, de l'accueil des personnes aux décisions de la CDAPH. Le plus souvent, selon les interlocuteurs de la mission, ce regard extérieur a permis de rationaliser le circuit des prises en charge des demandes et des dossiers sans toutefois apporter des solutions totalement innovantes ou permettre de dégager des marges sensibles de productivité des différents services.
- [48] La mission a évalué les services rendus aux personnes handicapées certes eu égard aux ambitions de la loi de 2005, mais également en tenant compte de la situation qui prévalait auparavant et des grandes difficultés que les personnes handicapées rencontraient pour s'informer et recevoir les aides auxquelles elles avaient droit, allant et venant d'un service administratif à l'autre. Les retards étaient très importants dans le traitement des demandes, en particulier du côté des COTOREP¹².

2.1. Sur les voies d'un accueil de meilleure qualité

- [49] La première mission fixée aux MDPH, conçues comme un « lieu unique », est de bien recevoir les personnes handicapées, de pouvoir répondre à leurs questions sur leurs droits dans tous les domaines de la vie et de les accompagner tout au long des démarches et des procédures.

2.1.1. Une organisation nouvelle de l'accueil des personnes

2.1.1.1. L'accueil de premier niveau est sensiblement élargi

- [50] Jusqu'à la loi de 2005, l'accueil des personnes handicapées dépendait de chaque administration compétente et d'abord des CDES pour la scolarisation des enfants et des COTOREP pour les adultes.
- [51] La loi a mis fin à ces logiques administratives et a prévu dans chaque département l'ouverture d'un lieu unique d'accueil qui délivre toutes les informations dont les personnes handicapées peuvent avoir besoin. La mise en œuvre de cette mission prend des formes très diverses selon les MDPH. Les locaux des MDPH visités par la mission sont maintenant accessibles aux personnes handicapées, mais le confort et les choix de localisation sont très divers. Des projets de déménagement et de restructuration sont en cours, en particulier dans l'Eure où la MDPH et des unités territoriales d'action sociale seront regroupés dans le quartier de La Madeleine à Evreux. Les locaux fonctionnels de la MDPH de l'Indre sont installés dans ceux du Conseil général.
- [52] La notion d'accessibilité est entendue plus ou moins largement selon les MDPH, et selon la géographie du département concerné. Pour simplifier les démarches et les contacts, rapprocher au tant que faire se peut l'accueil physique du domicile des personnes handicapées, et résoudre les questions de mobilité, des MDPH organisent des accueils hors les murs en s'appuyant sur le réseau des CLIC et/ou en sollicitant des partenaires comme la CAF, ou encore en recourant aux réseaux des services sociaux du département et des centres communaux d'action sociale.

¹¹ Un même cabinet a par exemple réalisé 35 audits (dont celui du Val de Marne).

¹² En 2002, le délai d'attente pour le traitement d'un dossier pouvait atteindre, devant la COTOREP du Val de Marne, un an, voire dix huit mois. Cette situation n'était nullement un cas isolé.

Deux types d'accueil territorialisé : Les cas de l'Eure et de l'Ille et Vilaine

- L'Ille et Vilaine a choisi un modèle fondé sur la convergence avec l'accueil en CLIC (centres locaux d'information et de coordination gérontologique), sans déconcentrer l'instruction. Les 13 CLIC du département (le quatorzième se situant à Rennes, où l'accueil des personnes handicapées reste assuré au siège de la MDPH) ont reçu une délégation pour l'accueil de proximité, sans déconcentration de l'instruction, chaque CLIC percevant une subvention comprise entre 7000 et 11 000 euros. L'accueil comprend l'accès en lecture au dossier déposé et l'information sur l'état d'avancement du dossier. Il n'y a pas d'accueillants spécialisés sur le handicap, mais une réunion mensuelle des coordonnateurs de l'accueil en CLIC avec la directrice adjointe de la MDPH.
- L'Eure a choisi un modèle de large diffusion de l'accueil de proximité (88 accueils généralistes) avec sur certains de ces lieux déconcentration partielle de l'instruction (instruction administrative et éléments d'évaluation sur dossier). Ces lieux se répartissent entre les 4 unités territoriales d'action sociale (UTAS), la CAF (caisse d'allocations familiales) et ses antennes, les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, des CLIC, des associations. 10 bornes de visioaccueil ont été mises en place. La CAF fait partie des structures participant à l'instruction. Au-delà de l'accueil généraliste, un accueil spécialisé lui aussi territorialisé est organisé autour de 5 thématiques : Conseil sur le projet de formation et d'orientation scolaire et professionnelle, conseil emploi, activités sportives, activité culturelles, tourisme.

[53] Les plages horaires d'ouverture de la MDPH, notamment à l'heure du déjeuner et le samedi, sont un élément important de la qualité de l'accueil. Dans l'Eure, un projet d'extension des heures d'ouverture à l'heure du déjeuner et le samedi matin est à l'étude. Toutefois, l'extension des plages d'ouverture des locaux est un objectif qui doit s'accompagner du maintien ou de l'amélioration de l'efficacité de l'accueil. La MDPH du Val de Marne préfère fermer une demi-journée par semaine afin de dégager des plages communes pour les réunions des équipes. La MDPH de l'Indre maintient l'accueil ouvert, y compris pendant les réunions d'équipe.

[54] Pour une proportion croissante des personnes handicapées et de leur famille, la recherche d'informations générales se fait via le site Internet des MDPH. Sur ce point, la situation est variable : les MDPH, qui n'ont pas de charte graphique minimale commune, se présentent parfois sous des variantes comme Maison départementale de l'autonomie (MDA) ou Place du handicap. L'outil Internet, que ce soit via un site propre ou des pages du conseil général, est encore en développement, notamment dans le département de l'Indre, pour aller au-delà d'une simple page d'accueil.

[55] Sur l'ensemble de ces questions relatives au premier accueil, la mission a constaté que les MDPH s'investissent sur l'amélioration de son organisation mais sont encore à la recherche de leur vitesse de croisière.

2.1.1.2. L'évaluation de la qualité de l'accueil n'est pas suffisante

- [56] Si l'accueil qui est au cœur des missions des MDPH ne peut pas se limiter à l'enregistrement d'une demande de prestation (« La logique du guichet administratif et du dossier papier se voit « renversée » au profit d'une rencontre, d'un bout de chemin partagé »¹³), il n'en demeure pas moins que les conditions de l'enregistrement des demandes doivent constamment être vérifiées afin que l'instruction puisse commencer sans délai. Dans le département du Bas Rhin, les difficultés rencontrées par la MDPH se manifestent par des délais de six semaines entre le dépôt d'un dossier et son enregistrement.
- [57] L'extension des lieux et des horaires d'accueil ne suffit pas à améliorer la prise en considération de tous les problèmes de la personne en lien avec le handicap. Si la multiplication des points d'accueil permet un accès simplifié à l'information et à l'instruction, il convient de faire attention au risque d'émiettement qui rendrait lourde l'organisation du réseau de premier niveau.
- [58] Par ailleurs, l'ouverture de lieux d'accueil plus nombreux et diversifiés fait émerger des demandes nouvelles qui mettent en évidence l'importance de l'évaluation des besoins de la personne et du travail partenarial pour y faire face.
- [59] L'hétérogénéité des localisations et des organisations de l'accueil de premier niveau mérite une évaluation régulière des expériences des MDPH ainsi qu'une large diffusion des bonnes pratiques au niveau national¹⁴.

2.1.2. Un accès inégal aux informations dans la chaîne de l'instruction des dossiers des personnes

- [60] L'accueil doit s'entendre largement. Il se compose de plusieurs phases ; un premier accueil d'information générale avec remise d'un dossier ; un accueil au fil de l'instruction centré sur les informations sur la procédure et les délais et, enfin, un accueil pendant l'évaluation.
- [61] Cette deuxième étape de l'accueil demande un personnel formé et bénéficiant d'un accès facile aux informations utiles.
- [62] L'accueil recouvre aussi le droit à être écouté. Les informations ne doivent pas être seulement délivrées, mais aussi expliquées notamment aux jeunes parents qui ont besoin tout autant d'écoute et d'échanges que d'informations au sens administratif.
- [63] Au cours de l'instruction administrative des dossiers des personnes, l'accueil téléphonique et les courriels prennent une grande importance. Les demandes d'informations sur le calendrier et plus encore sur l'état de l'avancement des différentes étapes de l'évaluation dépendent principalement de la qualité de l'utilisation du système d'information mis en place et effectivement renseigné au fur à mesure de l'examen du dossier par les instructeurs et les évaluateurs de la MDPH. Bien renseigner la fiche informatisée des personnes est la condition sine qua non d'une information fluide et rapide sur le calendrier des demandes. L'organisation de la gestion de cet aspect de l'instruction est au cœur de la qualité de l'accueil.
- [64] Une des principales difficultés de la phase d'évaluation est d'articuler des procédures avec des techniques pluridisciplinaires d'écoute professionnelle des personnes. Hors le cas de la visite médicale, la personne handicapée n'est pas systématiquement reçue à la MDPH par les équipes.

¹³ Rapport CNSA 2008 p 62.

¹⁴ Rapport Igas RM 2007-001, Mise en œuvre de l'action sociale au plan local : l'exemple des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, Stéphanie Dupays, Christophe Lannelongue, Thierry Leconte, Pierre Sardou.

- [65] L'évaluation des besoins et la prise en compte du projet de vie restent largement traitées dans les locaux des MDPH sans entretien approfondi ou sans que l'équipe ait pu visiter la personne à son domicile. Les visites à domicile et en établissement pour les personnes qui le souhaitent ou qui le nécessitent ne sont pas généralisées. Il convient de noter des réticences de certaines personnes handicapées ou de leur famille devant ce type de visites parfois ressenties comme intrusives voire indiscretes, qu'il s'agisse de celles des équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE) ou de celles des équipes techniques qui peuvent intervenir dans le cadre d'une convention signée avec la MDPH.
- [66] En dépit des progrès qui ont pu être réalisés pour améliorer l'information des personnes, il reste des zones ou des moments dans l'instruction et l'évaluation qui ne donnent pas toute leur place aux droits des personnes handicapées, à une information précise sur l'état d'avancement de leur dossier. Cette lacune rend plus sensible l'attente et donc le délai de traitement des dossiers.

Dans le département de l'Eure, de l'Indre et de l'Ille et Vilaine, les équipes de l'accueil et de l'instruction ont accès aux informations contenues dans les dossiers informatisés, qui sont régulièrement mises à jour. Les personnes qui se déplacent ou qui téléphonent peuvent savoir où en est leur dossier. Lorsque les informations sont bien rentrées dans le logiciel au fur et à mesure de l'examen des demandes, leur restitution ne pose pas de difficultés particulières aux équipes qui peuvent renseigner les personnes sur l'état d'avancement et les délais probables.

2.1.3. L'accueil de la personne, de toutes les personnes handicapées

- [67] Les besoins de la personne handicapée sont en principe dorénavant évalués, non pas en fonction des allocations et des aides existantes, mais en référence à son « projet de vie » tel qu'il est mentionné à l'article R.146-28¹⁵: « l'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée en tenant compte de ses souhaits, formalisés dans un projet de vie ».
- [68] L'un des principaux enjeux de la loi est de décloisonner les secteurs « enfance » et « adultes » pour parvenir à mieux prendre en compte les évolutions des besoins des personnes dans le temps sans créer de ruptures.

2.1.3.1. Mieux assurer la continuité de la prise en charge à tous les âges de la vie

- [69] Les réalités administratives des secteurs de l'enfance et celles du secteur adulte demeurent différentes avec des allocations spécifiques, mais des passerelles se mettent en place pour rechercher des pratiques d'instruction, d'évaluation et des références professionnelles communes tout au long des âges de la vie.
- [70] Dans l'instruction des dossiers, les MDPH ont pu garder des équipes spécialisées, comme dans le Val de Marne, compte tenu de besoins différents de formation, notamment informatique (les équipes qui travaillaient en CDES ayant déjà l'expérience d'un logiciel avec des saisies de textes en clair).
- [71] Dans les MDPH à faible effectif comme celle de l'Indre, la polyvalence de l'instruction s'est installée plus facilement. Au-delà de l'instruction, le décloisonnement des équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE) a conduit à reconsidérer le travail d'évaluation aux différents âges en favorisant les regards professionnels croisés.

¹⁵ Décret n° 2008-110 du 6 février 2008.

- [72] Dans plusieurs départements, ce décloisonnement des gestions des dossiers et des équipes a contribué à mettre en lumière la fragilité sociale des jeunes entre l'enfance et la post adolescence. Des cellules orientées, voire spécialisées sur les handicapés entre 16 et 25 ans, se sont mises en place pour faire face à leurs difficultés particulières.

Dans le Val de Marne, la réflexion des équipes d'évaluation a conduit à porter une attention toute particulière aux jeunes et aussi à organiser un meilleur suivi de cette population pour évaluer ses besoins et les risques qu'elle encourt. La prévention des difficultés sociales des jeunes handicapés lorsqu'ils arrivent à la fin de la scolarité obligatoire devient une priorité d'action sociale de la MDPH. La moitié du temps de travail est liée à l'examen des dossiers et aux procédures, l'autre moitié est consacrée à l'accompagnement social des personnes. Les équipes élargissent leur évaluation à l'ensemble de la situation sociale de la personne handicapée.

2.1.3.2. Les difficultés liées au handicap psychique

- [74] La loi de 2005 inclut explicitement le handicap psychique dans la définition du handicap et par conséquent dans les compétences des MDPH¹⁶.
- [75] Dans les MDPH visitées, la proportion des personnes ayant un handicap psychique représentent une part importante des personnes accueillies¹⁷ alors même que leurs problématiques sont encore mal connues, que ce soit en ce qui concerne l'accueil, l'évaluation des situations, les propositions d'orientation ou l'organisation du travail social.
- [76] Pour progresser sur l'ensemble de ces questions et améliorer la formation des personnels, les MDPH font encore peu appel aux compétences et à l'expertise du monde associatif alors même que des MDPH, comme celle de l'Indre, sont confrontées à une pénurie de médecins psychiatres qui portent les délais de l'expertise au-delà de 18 mois.

2.2. *Des difficultés persistantes sur lesquelles butent les MDPH*

- [77] Les MDPH se heurtent, sur des dossiers lourds, à des difficultés chroniques qu'elles ne peuvent pas toujours résoudre faute d'outils effectivement opérationnels. C'est le cas en ce qui concerne des orientations et le suivi de décisions.

2.2.1. Des orientations qui peuvent s'avérer inadéquates

- [78] Des dysfonctionnements en matière d'orientation des enfants ou des adultes s'observent, soit que l'offre disponible soit insuffisante ou inadéquate, soit que les demandes soient inappropriées, notamment dans le cas de familles ayant des difficultés à comprendre ou à accepter, à un moment de la vie, le handicap de leur enfant.

¹⁶ Les professionnels ont indiqué à la mission que le mouvement de prise en compte du handicap psychique était antérieur à la loi qui prend acte des évolutions sociologiques plus qu'elle ne les fait émerger.

¹⁷ Selon les témoignages recueillis dans le Val de Marne, 45% des allocataires de l'AAH pourraient relever dans ce département du handicap psychique.

2.2.1.1. Les contraintes de l'offre de fait prises en compte

- [79] Les CDA des MDPH visitées par la mission prononcent in fine des orientations, sur proposition des EPE, en lien avec les possibilités d'accueil telles que les MDPH les connaissent ou les perçoivent. Si les problèmes structurels de l'offre (par exemple, manque de places d'internat, en ITEP (Institut éducatif, thérapeutique et pédagogique) ou insuffisance de l'offre du travail protégé) sont connus et intégrés dans les préparations des décisions, les équipes n'ont qu'une connaissance somme toute limitée du détail qualitatif et quantitatif de l'offre en général et, plus encore, au moment précis où une décision d'orientation est prise. La visibilité sur les flux des entrées et des sorties en temps réel n'est pas généralisée, en dépit d'initiatives multiples pour l'améliorer au cas par cas.
- [80] La place de l'expertise médico-sociale en MDPH, notamment lors de l'évaluation des besoins des personnes, est essentielle pour proposer une orientation au plus près de l'intérêt de l'enfant ; le choix, par exemple, entre un IME (Institut médico-éducatif) ou un ITEP (institut éducatif, thérapeutique et pédagogique) n'est pas toujours simple. Les établissements, qui ne sont pas représentés en tant que tels à la Comex et n'ont en CDAPH que le statut d'invités, doivent être étroitement associés aux travaux des EPE.
- [81] La création des MDPH n'a naturellement pas modifié l'offre quantitative dans le secteur médico-social, en revanche elle s'est accompagnée d'une nouvelle donne dans le domaine de la scolarisation des élèves handicapés, qui tend à décloisonner le secteur médico-social et le service public de l'Education nationale¹⁸. Les progrès mis en œuvre pour améliorer la scolarisation en établissements et leur plus grande ouverture sur l'école contribuent à faire évoluer la qualité de l'offre et sa perception par les parents.

2.2.1.2. Des cas d'inadéquation de la demande délicats à gérer

- [82] Les demandes d'orientation inadaptées aux besoins des personnes, notamment des enfants, existaient évidemment avant la loi, mais le sensible renforcement des droits des parents dans le choix de l'orientation scolaire a rendu ces cas plus nombreux et parfois plus difficiles à gérer.
- [83] L'efficacité des procédures et la qualité du dialogue en amont¹⁹ sont primordiales pour limiter autant que possible le nombre des demandes de parents qui s'avèrent en grand décalage avec les capacités ou l'intérêt de l'enfant, analysé et étayé par l'équipe d'évaluation.
- [84] Les demandes des familles se fondent en partie sur les informations qu'elles reçoivent ou non au moment de l'accueil ou tout au long de l'évaluation, sur la qualité des liens qui se créent avec les équipes. L'évolution en cours des modes de scolarisation dans les établissements médico-sociaux et le travail partenarial entre les EPE, les établissements et l'Education nationale, ouvrent la voie à des solutions vraiment individualisées de scolarisation des enfants. La diffusion des bonnes pratiques sur ce point par la CNSA est trop limitée pour accélérer les changements de pratique des acteurs.
- [85] En ce qui concerne l'évaluation des demandes de PCH, l'acceptation du handicap lourd demande une attention toute particulière, du temps d'information et d'écoute pour éclairer le choix des parents. Les associations présentes en Comex et en CDA et qui ont une expérience riche peuvent apporter une expertise, un conseil ou une médiation à cette étape clé de l'orientation. Encore faut-il que les équipes d'évaluation les sollicitent.

¹⁸ D n° 2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, es adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements et les établissements médico-sociaux-arrêté du 2 avril 2009 portant création et organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé-circulaire du 5 avril 2009.

¹⁹ IGAS-IGF-IGAENR (IGAS n°2008-153P) Rapport sur l'accompagnement du handicap en milieu scolaire.

- [86] En cas d'admission à l'école de secteur par défaut, faute de places en établissement ou si les parents refusent une orientation vers le secteur médico-éducatif, le plan personnalisé de scolarisation (PPS) prévoit des quotas d'heures d'AVS I (auxiliaire de vie individuel) et une prescription SESSAD (service d'éducation spéciale et de soins à domicile). Ces situations palliatives doivent faire l'objet d'un suivi partenarial et régulier entre les enseignants référents et l'équipe pluridisciplinaire, notamment en fin d'année scolaire, compte tenu des risques qu'elles présentent pour l'enfant. Il faut aussi assumer le risque d'un échec éventuel de ce type d'intégration et être en mesure de le gérer comme une étape du parcours des parents.

2.2.2. Le suivi des décisions des CDA pas ou peu organisé

- [87] Au-delà des décisions d'allocation et d'orientation des CDA, les MDPH ont la responsabilité du suivi des personnes et le recueil de données générales de suivi²⁰. Sur ces deux points, la question des liens entre les MDPH, le secteur médico-social et les agences régionales de santé (ARS) est posée. Les progrès attendus en matière de planification régionale et départementale en dépendent.

2.2.2.1. Le suivi des personnes après les notifications de décisions de la CDA est limité à la scolarité des enfants

- [88] La question du suivi administratif des décisions des CDA se pose différemment pour les enfants et pour les adultes, mais les mesures d'accompagnement social des personnes, après la notification de la décision de la CDA, sont modestes voire inexistantes.
- [89] Après les notifications qui mentionnent des propositions d'établissement et ouvrent le droit à des demandes d'admission, la MDPH n'a pas d'outils pour suivre les dossiers. Outre les cas de recours, elle est tenue informée à échéance régulière, généralement mensuelle, des admissions réalisées par les établissements, à charge pour elle de bien mettre à jour le système d'information. En revanche, elle ne sait rien des personnes qui n'ont pas déposé de demandes d'admission auprès d'établissements ou qui n'ont pas été admises ou qui sont en liste d'attente. Sur ces questions, la mise en place des MDPH ne s'est accompagnée d'aucun progrès significatif, faute d'outil disponible et d'appui.
- [90] Pour mieux connaître la situation des personnes après les CDA, la MDPH de l'Indre a conduit une enquête individualisée par courrier qui a obtenu un taux de réponse élevé, de l'ordre de 70%.
- [91] Le Bas Rhin développe un projet d'observatoire de l'autonomie visant à intégrer plusieurs approches : protocoles d'échanges de données avec la CAF, l'Education nationale, la DIRECCTE et bientôt l'ARS ; exploitation des coupons réponse sur les suites de l'orientation, joints aux notifications ; enquêtes périodiques auprès des établissements, notamment sur les personnes en attente depuis 6 mois au moins (taux de retour de l'ordre de 70%) ; études spécifiques telles que celle réalisée par le CREHAI (centre régional d'études sur le handicap et l'inadaptation) sur les réorientations.
- [92] Dans le secteur de l'enfance, l'obligation scolaire donne des outils d'un suivi plus serré des décisions des CDA avec l'inspection d'académie, notamment via les décisions de quota d'heures d'accompagnement individuel par des AVSI et les bilans réguliers de scolarité.

²⁰ L.146-3 : « chaque MDPH recueille et transmet (...) les données relatives aux suites réservées aux orientations prononcées par la CDA, notamment auprès des établissements et services susceptibles d'accueillir les personnes concernées ».

2.2.2.2. Les éléments recueillis en vue d'une programmation demeurent réduits

- [93] La mise en place des ARS doit permettre de renforcer les outils de programmation et de mutualiser les informations utiles entre les acteurs de la programmation. Les MDPH dont le système d'information est opérationnel disposent de données utiles et facilement disponibles sur les personnes handicapées qui reçoivent des allocations et prestations (nombre, sexe, âge, historique des décisions). En revanche, faute d'une articulation systématiquement organisée avec l'ensemble des établissements, les données sur les personnes accueillies, notamment leur âge et leur profil, sont très partielles. Leur mise à jour n'est pas généralisée.
- [94] Dans ce contexte, la mission considère que la présence en CDA du responsable de l'unité territoriale de l'ARS est nécessaire et qu'elle doit s'accompagner d'un travail approfondi entre les deux structures sur les échanges de données quantitatives et qualitatives à organiser au niveau départemental.
- [95] Toutefois, les MDPH ne disposent pas de données directement utilisables pour l'analyse prospective des besoins des personnes handicapées ou permettant de cerner précisément la prévalence des handicaps. Si elles peuvent contribuer à mettre en lumière des goulets d'étranglement ou des carences manifestes, les données des MDPH doivent être retraitées et rapprochées d'autres analyses ou études (cf. ci-dessus le projet d'observatoire du Bas Rhin) pour être utiles à la programmation des investissements et des ouvertures de places en établissements.

2.2.3. La mesure de l'employabilité et les liens entre handicap et difficultés d'accès à l'emploi

- [96] Les MDPH assument leurs fonctions de liaison avec les acteurs de l'insertion professionnelle, même si les référents pour l'insertion professionnelle sont, dans trois sites sur cinq, des contractuels ou des travailleurs sociaux sans expérience préalable en matière d'insertion. Le rôle de pivot avec les acteurs de l'accompagnement pour l'emploi passe essentiellement par un système de conventions diversifié avec Pôle emploi (le plus souvent concrètes et assez détaillées dans la définition des prestations), Cap emploi, d'autres acteurs locaux en matière de bilan des aptitudes et des compétences, d'évaluation en milieu de travail ou en situation professionnelle, ou d'accompagnement vers l'emploi, et l'AFPA. Même si toutes les demandes d'évaluation d'orientation ou d'aide à la définition d'un projet professionnel ne peuvent être satisfaites, ce dispositif partenarial est bien rodé, et les MDPH y sont reconnues.
- [97] Quelques soucis, cependant, ou points de vigilance pour l'avenir :
- [98] - le respect de ses engagements par Pôle emploi devient plus difficile, tant en termes de mesures mobilisées que de temps mis à disposition ; par ailleurs est à signaler une difficulté très spécifique rencontrée dans deux départements (Val de Marne, Eure), tenant aux réticences de la MDPH à communiquer à Pole emploi des listes nominatives de personnes orientées vers un accès accompagné à l'emploi ;
- [99] - l'élaboration au niveau régional des programmes d'insertion des travailleurs handicapés (les programmes départementaux, PDITH, sont devenus régionaux, PRITH) risque d'affaiblir les liens entre MDPH et unités territoriales des services de l'emploi ;
- [100] - c'est surtout la diminution des modules d'évaluation/aide au projet (notamment modules dits S2 de l'AFPA) qui inquiète les acteurs de terrain (transfert de la majeure partie des psychologues du travail de l'AFPA à Pole emploi et réorganisations en cours tant à l'AFPA qu'à Pole emploi).

- [101] Au-delà de ces difficultés, en partie conjoncturelles, se pose la question de la difficile appréciation de l'employabilité ou capacité d'accéder à un emploi, qui conditionne l'attribution de l'AAH à titre dérogatoire aux personnes présentant un taux d'incapacité permanente compris entre 50 et 80%. Depuis la loi de finances pour 2007, il suffit, pour le bénéfice de l'AAH à titre dérogatoire, de se voir reconnaître une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi, notion dont l'appréciation doit être définie par un décret non encore paru. De ce fait, l'appréciation de cette restriction substantielle et durable dépend largement d'un examen médical (qui, au-delà de l'appréciation d'un taux d'incapacité au moins égal à 50%, ne peut guère aller au-delà du constat de quelques contre indications par rapport à certains métiers ou de difficultés psychiques rendant difficile la socialisation par le travail) et d'informations sur l'ancienneté du chômage, sans que puisse véritablement se dégager une norme à ce sujet.
- [102] Le caractère très relatif ou subjectif de ces appréciations, et l'absence d'identification et de suivi de cette question au sein des MDPH, des CDAPH et du système intégré de gestion des prestations servies par les CAF donnent à penser qu'il y a là une zone de risques non négligeable de dérive vers le handicap social, ou de transfert RSA/minima sociaux vers l'AAH. Les quelques éléments, trop fragmentaires pour être généralisables, obtenus auprès de deux CAF ayant procédé aux requêtes et extractions nécessaires, plaident en faveur d'investigations ou d'analyses plus larges et pour une meilleure identification des risques.
- [103] Dans l'Eure, sur l'année 2009, et pour 641 dossiers de première demande d'AAH ayant fait l'objet d'un accord CDAPH et 547 d'un droit servi par la CAF sur au moins un mois, 134 concernent auparavant titulaires du RSA, du RMI ou de l'API, soit 24,5%. Dans le Bas Rhin, sur 642 premières demandes ayant fait l'objet d'un accord CDAPH et 256 AAH servies, 148 relèvent d'un basculement d'autres minima sociaux vers l'AAH. Dans l'Indre, où la CAF n'a pu fournir le même type de données, on constate sur longue période une évolution qui tend à revenir sur des pratiques très larges d'ouverture de l'AAH dite dérogatoire. Entre 2000 et 2009 le « stock » des AAH à plus de 80% de taux d'incapacité passe de 3377 à 3447, alors que passent de 469 à 411 les AAH à moins de 80%.
- [104] A ce stade, les conclusions à tirer de ces éléments trop partiels sont qu'une mesure plus large et homogène des glissements des autres minima sociaux vers l'AAH devient nécessaire, et que la parution du décret attendu sur la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi devient urgente.

2.3. Les MDPH doivent faire face à des difficultés nouvelles

- [105] Outre ces difficultés anciennes pour lesquelles les MDPH n'ont pas à ce jour développé de méthodes et d'outils nouveaux, se posent de nouveaux problèmes directement issus de l'application de la loi de 2005.

2.3.1. Les difficultés de gestion des prestations et allocations

2.3.1.1. La PCH et le conseil général

- [106] La PCH, nouvelle prestation et innovation majeure de la loi s'est mise en place progressivement. Le contexte de tension budgétaire conduit nombre de départements à s'interroger sur sa montée en charge et ses conséquences financières²¹.

²¹ Mémoire en faveur des départements en difficulté. ADF, 7 janvier 2010.
Rapport Jamet remis au premier ministre le 20 avril 2010.

- [107] Lorsque la décision porte sur l'attribution de la prestation de compensation, la majorité des voix en CDA est détenue par les représentants du conseil général. Dans le département de l'Eure, outre le représentant du président du conseil général, un médecin et un psychologue du conseil général participent aux délibérations de la CDA. Dans le département de l'Indre, le double cumul des responsabilités –présidence de la Comex et présidence de la CDA- et -direction de la MDPH et direction des services sociaux du conseil général- se traduit par un suivi très précis des dossiers.
- [108] La mission a recueilli des témoignages sur la diffusion plus ou moins directe, en amont de la CDA, auprès des EPE, d'indications sur les montants à ne pas dépasser dans l'élaboration des plans de compensation. Des équipes s'interrogent sur la légitimité même de ces indications et sur la manière de rédiger les motivations des décisions.
- [109] La prise en compte des coûts, quand elle existe, est peu objectivée et les propositions présentées à la CDAPH²² n'en font pas état.
- [110] La mission a noté des témoignages de membres d'équipe qui soulignent que le refus de prestations ou la vérification fine des coûts demande du temps, des outils objectivés (la CDA du Val de Marne cite, dans ses décisions, le guide d'évaluation des contentieux en TCI) et une pratique collective de la prise de décision.
- [111] Alors que la définition de cette nouvelle prestation, au plus près de la situation des personnes, est encore faiblement normée et pas encore stabilisée, la CNSA, qui participe au financement de la PCH dans le cadre d'une péréquation entre les départements, n'évalue pas le respect de l'égalité de traitement et serait du reste difficilement en mesure de le faire. Des risques d'une régulation de mauvais aloi aux seules fins de contenir les dépenses existent²³.

2.3.1.2. Le projet de vie demeure un outil difficilement utilisé

- [112] L'élaboration du projet de vie de la personne handicapée est au cœur de l'esprit de la loi de 2005. Il s'agit d'une étape importante pour dépasser la simple reconnaissance de droits à des allocations et qui témoigne d'abord d'un nouvel esprit ; ces informations livrées librement sur une vie donnent du sens aux procédures et aux allocations qui ne sont pas des « pour solde de tout compte ».
- [113] Sa mise en œuvre soulève, toutefois, des interrogations, tant du côté des personnes handicapées que des professionnels.
- [114] Consigner par écrit, souvent sans accompagnement suffisant, des perspectives d'avenir personnel dans un formulaire administratif en quelques lignes très générales peut être soit un exercice difficile à comprendre, soit anxiogène. De plus, il peut paraître intrusif dans la vie privée, familiale voire intime des personnes. L'accompagnement souhaitable à mettre en place comprend deux volets : un temps de dialogue pour mieux percevoir toutes les potentialités de la personne et un recueil de la parole pour aider à la rédaction.

²² A titre d'exemple, la CRC d'Alsace relève la forte augmentation des transports pour enfants handicapés « Il n'existe pas de statistiques ni de réflexion sur la corrélation entre la nature du handicap et le choix du transport fait par la CDA. Or le département est représenté à cette commission, mais l'aspect économique de la question ne semble pas avoir été soulevé. (...) La Chambre prend acte de l'engagement de la collectivité à travailler à la maîtrise des coûts via une plus forte collaboration entre la MDPH et le service des transports scolaires et à privilégier la recherche de solutions mutualisées dans le cadre du schéma départemental des transports ». Rapport sur le département du Haut Rhin-16/02/09.

²³ L'UNAPEI a indiqué à la mission que des refus de PCH auraient été motivés par des critères non fondés d'inéligibilité (qualité de travailleurs en ESAT) ou que des décisions sur les taux d'incapacité en ESAT étaient incohérentes.

- [115] Tel qu'il est conçu et tel qu'il est ressenti par nombre de personnes handicapées, selon les témoignages recueillis par la mission auprès des associations et des professionnels, cet outil n'est pas pleinement adapté à ses ambitions. Les agents de l'accueil dans l'Indre ont indiqué que les demandes de renseignements sur ce volet étaient nombreuses et qu'in fine il était très rarement rempli.
- [116] A l'expérience, cette page s'avère également un outil malaisé à prendre en compte pour les équipes d'évaluation des besoins. De même, le PPC (plan personnalisé de compensation) et le PPS (plan personnalisé de scolarité) ne sont pas toujours compris comme des outils de dialogue entre les personnes handicapées et les équipes. Le risque de réduire le PPC à la seule PCH, sans faire état de tous les besoins de la personne est, dans ces conditions, réel.

2.3.1.3. Le travail des équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE)

- [117] Les EPE²⁴ sont constituées juridiquement par le Président et validées en Comex. En fait, la composition, qui n'est pas précisée dans la loi, est de la responsabilité des directeurs des MDPH qui l'organisent selon des critères le plus souvent pragmatiques. Les difficultés plus ou moins grandes de recrutement des médecins et de para médicaux dépendent des zones. Dans l'Indre, la MDPH est confrontée à un manque chronique de médecins psychiatres et dans le Val de Marne, à des difficultés pour recruter des ergothérapeutes.
- [118] Le mode de fonctionnement des EPE obéit le plus souvent à des règles qui sont peu formalisées²⁵. Le rôle du médecin coordinateur est central. Le travail des équipes pluridisciplinaires s'appuie en premier lieu sur le certificat médical²⁶ tel qu'il est présenté dans le guide de la CNSA.
- [119] Des points importants comme les critères d'un examen simplifié, les compositions des équipes qui évaluent les personnes, les cas où l'évaluation a lieu au domicile, sont peu couchées par écrit. La continuité des pratiques en cas d'absence de tel ou tel professionnel, l'évaluation régulière des pratiques et la préparation des motivations des décisions des CDAPH ne s'en trouvent pas facilitées.
- [120] Dans ces conditions, il est bien difficile de rendre compte des critères objectivés des modes d'évaluation mis au point par une équipe. Le risque existe d'une évaluation resserrée autour de quelques professionnels dont les métiers ne recouvrent pas nécessairement toutes les problématiques du handicap.
- [121] Bien que la loi indique que l'équipe technique peut les solliciter « en tant que de besoin et lorsque les personnes en font la demande », le concours des établissements et services médico-sociaux n'est pas systématiquement organisé. Dans la phase de l'évaluation, les MDPH visitées sollicitent peu, et le plus souvent au cas par cas seulement, le concours, les compétences et les expériences des établissements et services médico-sociaux et celles des associations.

²⁴ Art L.146-8 du CASF.

²⁵ Le rapport Deloitte, remis à la CNSA en janvier 2009 sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations » pointait déjà ces difficultés.

²⁶ Conformément à la loi, l'acception du handicap est large et il est demandé au médecin d'« apporter, non seulement des éléments concernant le diagnostic de la ou les affections dont est atteint votre patient, mais également un éclairage sur les éléments dont vous avez connaissance et qui représentent des obstacles ou des facilitateurs dans sa vie quotidienne, familiale, sociale et le cas échéant scolaire ou professionnelle ».

[122] A ce stade, en amont des décisions prises formellement en CDA, l'écoute et le dialogue avec les personnes et les familles facilitent, quand ils ont lieu véritablement, l'élaboration d'une évaluation et d'un plan de compensation (PPCH) accepté par les personnes. Le temps consacré à cette étape de la procédure permet de réduire au maximum les tensions, les demandes d'audition en CDAPH, les orientations inadaptées puis les recours. Des évaluations faites sur dossier, par téléphone, sans vraie écoute des familles, ou au sein des établissements d'accueil et non au domicile familial qui est le lieu de vie à prendre en compte, ne favorisent pas l'analyse fine des besoins des personnes.

2.3.2. Le fonctionnement des CDAPH

[123] Depuis leur installation, les CDA ont dû faire face à des problèmes d'organisation et à des questions de fond sur les décisions qu'elles sont amenées à prendre.

2.3.2.1. Une articulation entre COMEX, EPE et CDA

[124] Instance de délibération indépendante, la CDA est présidée par l'un de ses membres qu'elle désigne en son sein pour une durée de deux ans. Elle est installée dans les locaux de la MDPH et son organisation relève, sur ses propositions, de la Comex.

[125] Ses décisions, pour indépendantes qu'elles soient, sont fortement orientées par les travaux des équipes pluridisciplinaires. Elle examine les dossiers d'évaluation et les propositions préparés en amont par les EPE : les CDA n'ont ni service ni secrétariat propre.

[126] Selon les départements, la présidence de la CDA est exercée par un représentant des associations (comme dans le Val de Marne), ou par un représentant du conseil général. Dans l'Indre, le président de la Comex, vice président du conseil général, est également président de la CDA.

[127] La question de l'ordre du jour, qui est au cœur de l'organisation des travaux de la CDA est réglée en amont ; la sélection des dossiers qui sont présentés, soit en procédure simplifiée soit pour un examen approfondi, est issue des travaux des équipes pluridisciplinaires.

[128] Les procédures simplifiées s'entendent différemment selon les MDPH. Il s'agit soit d'une validation formelle en séance plénière d'un bordereau de décisions qui comprend les cas qui n'ont pas posé de problèmes particuliers en EPE, dont notamment des demandes de renouvellement, soit d'un examen devant une formation simplifiée des CDA.

[129] Les dossiers qui font l'objet d'un examen plus approfondi en CDA sont ceux qui posent des difficultés aux EPE par leur complexité ou leur singularité ou ceux pour lesquels les personnes ou leur famille demandent explicitement à être entendues.

[130] Au terme de ses investigations, la mission constate que l'étape de l'évaluation, présentée comme technique, ne se limite pas à émettre un avis, elle fonde en grande partie les décisions de la CDA, qui sont largement des actes de validation du travail des EPE. La CDA est informée du contenu des dossiers selon des formes qui varient selon les MDPH. Les membres de la CDA disposent de dossiers papier (ou d'une présentation sur écran comme dans l'Indre) qui résument la situation des personnes et les propositions de l'équipe. Il est à noter que les éléments des dossiers des enfants sont, en règle générale, plus précis.

[131] Dans les départements visités, ces documents ne sont pas communiqués en amont aux représentants de l'Etat qui les découvrent au fil des réunions, ce qui ne permet pas de préparer utilement le travail ni d'assurer une présence réellement efficace.

- [132] Sur tous les dossiers, la CDA peut exercer un droit d'expression et d'évocation. Dans la réalité, elle tend à fonctionner le plus souvent soit comme une chambre d'enregistrement pour les dossiers traités sur liste, soit, en cas d'examen au fond à la demande des personnes handicapées, comme une première instance de recours par rapport aux propositions de l'équipe d'évaluation.
- [133] Selon les départements, l'EPE est ou non présente en tant que telle en CDA. En son absence, aucun échange direct d'informations n'est possible et le dossier est présenté par un responsable administratif de la MDP.
- [134] La CDA appuie donc ses décisions sur le travail d'évaluation des équipes, compte tenu des relations de confiance qui se sont nouées depuis 2006 et aussi faute de moyens de vérification spécifiques. En cas de désaccord entre l'EPE et la CDA, la motivation peut s'avérer particulièrement délicate²⁷.
- [135] Au terme de l'examen des demandes individuelles, les décisions de la CDA ne sont pas systématiquement collationnées et remises en perspective dans un document de synthèse. Les équipes rencontrées s'efforcent d'en garder la mémoire pour aider à l'élaboration d'une sorte de jurisprudence orale.
- [136] Les voies d'amélioration du fonctionnement des CDA supposent de renforcer sensiblement les échanges avec les EPE et d'y associer les membres de la Comex sur les questions de fond qui touchent tous les partenaires du GIP.

Capitalisation collective en Ile et Vilaine : les CDA « fonctionnelles »

La CDA « fonctionnelle » réunit les membres de l'équipe pluridisciplinaire, les médecins coordonnateurs et responsables de la MDPH, les membres de la CDAPH, des responsables d'établissements et de services autour de questions de principe ou de difficultés relatives à l'évaluation des handicaps. Ces réunions collégiales ou séminaires, souvent tenus hors des locaux de la MDPH et du Conseil général, sont très appréciées par les membres de la CDAPH. 4 réunions ont eu lieu entre janvier et juin 2010, centrées sur la PCH.

2.3.2.2. Les droits des personnes handicapées en CDA

- [137] Si le droit des personnes et des familles à être entendues est respecté, sa mise en œuvre est disparate et peu satisfaisante. Les personnes ne sont pas toujours bien informées qu'elles peuvent être accompagnées pendant les auditions, notamment pour apaiser les angoisses et le malaise face à un exercice difficile, parfois douloureux.
- [138] Dans les temps de réflexion collective que les CDA se devraient d'organiser, la présentation des dossiers des personnes, les conditions de leur audition et de celles des familles, la place de l'émotion nécessiteraient une évaluation particulière et attentive.

²⁷ La mission a eu connaissance d'une notification de la CDA du Calvados ainsi libellée : « bien que vous ne remplissiez pas les critères d'éligibilité, puisque l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH a déterminé que vous rencontrez des difficultés modérées au niveau de l'orientation dans le temps et dans l'espace, dans la gestion de votre sécurité et dans les relations avec autrui, la CDAPH a, cependant, décidé de vous ouvrir droit à la PCH volet aides humaines. Toutefois, les services de la MDPH ne sont pas en mesure d'élaborer le PPC, préalable indispensable à la détermination d'un nombre d'heures permettant de calculer le montant de l'aide ».

[139] Les personnes ont le droit de connaître avec précisions les raisons qui ont conduit à leur refuser une demande ou à diminuer le montant de leurs allocations. La difficulté pour rédiger des motivations qui, en cas de contentieux, peuvent avoir une grande importance, est à l'origine du renvoi au fond de dossiers en CDA. Selon les équipes rencontrées par la mission, des décisions qui semblent relever du bon sens ou certaines décisions de refus ne sont pas faciles à motiver par écrit de façon objective.

[140] Des décisions rédigées de manière lapidaire (comme des PPC avec seulement le montant des aides PCH, ou des PPS avec seulement mention d'une orientation sans autres précisions sur les aménagements pédagogiques, le bilan de compétences, le matériel adapté nécessaire, le recours à des services extérieurs) peuvent susciter des incompréhensions.

2.4. Dans ce contexte, la CNSA apporte un concours appréciable, sans aller au bout d'une logique de régulation nationale

[141] La CNSA a reçu du législateur trois missions explicites à l'égard des MDPH²⁸ :

- assurer un échange d'expériences et d'informations entre les MDPH ;
- diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins ;
- veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation.

[142] Par ailleurs, d'autres missions de la CNSA concernent peu ou prou les MDPH :

- contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie ;
- assurer une répartition équitable des dépenses sur le territoire national ;
- assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et pour les méthodes et les outils d'appréciation des besoins individuels de compensation ;
- contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques ;
- participer, avec les autres administrations et autorités compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation ;
- contribuer au financement de l'investissement destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux en fonctionnement ainsi qu'à la création de places nouvelles en établissements et services sociaux et médico-sociaux.

2.4.1. L'offre de services de la CNSA aux MDPH

[143] « La CNSA n'a pas de responsabilités dans la conduite des politiques de proximité, mais elle cherche à donner à ceux qui exercent ces compétences, les départements et les services déconcentrés de l'Etat, les moyens de les exercer, lorsque des moyens peuvent être plus facilement mobilisés par une agence nationale »²⁹.

2.4.1.1. Une offre de services appréciée

[144] La CNSA s'investit dans le fonctionnement des MDPH via les métiers pour faire naître des pratiques et des approches professionnelles communes. Elle veille à l'animation des réseaux de professionnels, à apporter un soutien méthodologique et à proposer des formations. Sa fonction d'expertise juridique est utilement et facilement sollicitée ; les informations qu'elle diffuse, soit dans des documents en ligne soit par des réunions, y compris des directeurs sont reçues comme fiables.

²⁸ Art L.14-10-1.

²⁹ Rapport 2008 p61.

- [145] Son objectif est de parvenir à une plus grande harmonisation des décisions des CDA en animant le réseau « métiers » des coordinateurs des EPE, en diffusant des « questions –réponses », en proposant des outils pour faciliter le montage des dossiers de PCH.
- [146] La CNSA met également en place des formations « relais », par exemple sur les relations entre les TCI (tribunaux du contentieux de l'invalidité) et les MDPH ou le guide barème de l'AAH.

2.4.1.2. Les limites et des questions en suspens

- [147] Si la notion de réseau existe et se développe, la question de son pilotage national est posée. La CNSA ne se revendique pas et n'agit pas comme tête de réseau³⁰ des 100 GIP qui sont autant d'interlocuteurs directs.
- [148] La CNSA inscrit son action dans une relation avec chacune des MDPH³¹ en signant avec le président du conseil général une convention qui définit les objectifs de qualité de service de la MDPH et dresse le bilan de réalisation des objectifs antérieurs.
- [149] Le contenu des conventions est faiblement contraignant. Les obligations strictes des MDPH vis-à-vis de la CNSA sont peu nombreuses. La CNSA fait appel en premier à la bonne volonté et/ou à l'intérêt à agir. En cas de retard dans l'envoi du rapport d'activité, qui est une stricte obligation des MDPH, le directeur général adresse un rappel aux présidents de conseils généraux et envisage, pour cette année, de mettre en place une suspension temporaire du versement de la subvention de fonctionnement.
- [150] En l'absence de retours sur l'effectivité de la diffusion des bonnes pratiques et d'évaluation des campagnes de mobilisation, la CNSA n'a pas conçu d'outils particuliers qui lui permettent de rendre compte du respect du principe d'égalité de traitement sur le territoire.

2.4.2. Un système d'information national en mal d'organisation

2.4.2.1. Une conception et un schéma complexes

- [151] La CNSA et la DGCS (direction générale de la cohésion sociale) soulignent l'urgence de la mise en place d'un système d'information permettant de recueillir des données fiables et homogénéisées des MDPH qui couvriraient, outre la gestion administrative, l'évaluation individuelle des besoins et le PPC (plan personnalisé de compensation).
- [152] Si les voies et les moyens théoriques pour y parvenir semblent être définis, les conditions de la mise en œuvre ne sont pas encore réunies deux ans après la publication du décret³².
- [153] La conception même du système d'information est à l'origine de nombre des difficultés actuelles. Chaque MDPH a mis en place à partir de 2006, conformément à la volonté du législateur, les outils informatiques de son choix. Cent systèmes départementaux, liés chacun à un conseil général, ont pris la place de deux systèmes nationaux (OPALES pour les enfants et ITAC pour les adultes).

³⁰ Voir la lettre de la CNSA de juin 2010 « Les relais territoriaux de l'action de la CNSA ».

³¹ Art.-14-10-7.

³² Art.1466-3. Le cadre juridique a été précisé par le Décret du 22 août 2008 (D 247-2 du CASF). L'arrêté qui a reçu un avis favorable de la CNIL en juillet 2010 est en cours de publication.

[154] La CNSA³³ s'efforce de faire converger ces systèmes d'information autonomes vers des objectifs d'intérêt général et d'organiser la remontée au niveau national des données départementales par l'élaboration d'un système dit « partagé ». Pour ce faire, elle a choisi de s'adresser prioritairement aux éditeurs pour favoriser, avec des résultats inégaux, les anticipations par rapport aux contraintes réglementaires. Des délais supplémentaires jusqu'à la fin de 2009 ont été accordés aux MDPH.

[155] Aujourd'hui, la CNSA qui n'a pas accès aux données des MDPH doit les convaincre de la qualité et de l'intérêt de son projet de système d'information partagé³⁴ conçu comme un entrepôt de données sous forme individuelle anonymisée (deux fois, en MDPH puis en silo)³⁵, qui seraient mises sous un format commun pour pouvoir être exploitées. Ce schéma devrait être expérimenté en 2011. Toutefois, la question de la qualification et de la fiabilité des données à remonter reste en débat.

2.4.2.2. Les défaillances actuelles³⁶

[156] Devant les difficultés de la mise en place des systèmes d'information, les MDPH se sont retrouvées largement isolées face à l'éditeur du conseil général³⁷. Celles qui ont pu facilement s'adosser à une Direction des systèmes d'information du conseil général pour régler les problèmes d'installation ou de paramétrage, comme dans l'Eure ou l'Indre, ont rencontré moins de difficultés notamment pour la reprise des données de l'Etat.

[157] A ce stade, les systèmes des MDPH ne sont pas interopérables et les échanges entre MDPH impossibles. Les cahiers des charges fixés aux trois grands éditeurs³⁸ par les conseils généraux (coût³⁹, proximité avec le système d'information du conseil général) n'ont pas nécessairement placé les demandes de la CNSA (qualité et définitions des remontées et comparabilité) au cœur des exigences.

[158] Si les systèmes nationaux OPALES dans le secteur de l'enfance et ITAC, plus ancien, dans le secteur adultes, n'étaient pas exempts de défauts, ils permettaient de disposer de données avec des remontées annuelles au 15 février. L'arrêt de ces systèmes (définitivement fin 2009) a été mal coordonné avec la lente mise en place des systèmes propres de chacune des MDPH et l'organisation de la remontée de données au niveau national.

³³ Art L.146-3 (dernier alinéa) : « chaque maison départementale recueille et transmet les données mentionnées à l'article L.247-2 (activités en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes, mises en œuvre des décisions ; activités des EPE et des CDAPH ; caractéristiques des personnes ; agrégés sur les personnes autistes et polyhandicapées) ainsi que les données relatives aux suites réservées aux orientations prononcées en CDAPH, notamment auprès des établissements et services susceptibles d'accueillir ou d'accompagner les personnes concernées ».

³⁴ D.2008-833 du 22/08/2008.

³⁵ Loi HSPT.

³⁶ Rapport IGAS. «La convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNSA: évaluation 2006-2009 et préconisations» I Yeni, V Ruol, Ph Coste. juin 2010.

³⁷ Rapport IGAS RM 2008-072P « Outils et système d'information des politiques sociales décentralisées » Christine Branchu, Béatrice Buguet, Annie Fouquet. Février 2009.
Rapport IGAS Juin 2010 « COG de la CNSA » op cité.

³⁸ GFI couvre 50 MDPH, INFO DB en couvre 32 et SYRIUS 11. Quelques départements ont développé des systèmes propres.

³⁹ En moyenne entre 300 000€ et 400 000€. Les coûts en temps de formation et en adaptation du progiciel sont variables selon les départements, ses moyens, ses capacités d'expertise et ses projets.

- [159] Dans ces conditions, les données disponibles pour 2009 et 2010 ne sont ni entièrement fiables ni facilement mobilisables à ce jour. En 2009, la DGCS n'a pas été en mesure de renseigner des rubriques du rapport annuel de performance (RAP)⁴⁰. Aucune garantie précise ne peut être apportée sur l'échéancier et les résultats : en 2011, ou 2012, les éléments de données de gestion devraient à nouveau être disponibles.
- [160] Au niveau national, la CNSA organise des remontées de données « PCH » et « AAH » de manière manuelle et mensuelle par un échange de mail (tableaux EXCEL) avec les MDPH. 96 départements ont retourné leurs données en 2009⁴¹. Un statisticien de la CNSA (cadre A) vérifie la crédibilité des données reçues et se retourne vers les MDPH en cas d'anomalie statistique.
- [161] Outre ces sérieuses difficultés, les données qualitatives prenant la personne comme pivot sont largement absentes des systèmes d'information, qui demeurent centrés autour des « process » administratifs, ce qui n'est pas conforme aux objectifs de la loi de 2005.
- [162] Enfin, la mise en place des ARS doit conduire à préciser les données qui sont effectivement utiles pour le pilotage national des politiques et celles qui doivent être orientées prioritairement -et selon quelles modalités- vers les agences pour organiser la préparation des schémas de programmation⁴².

2.4.3. Les outils d'une plus grande transparence et d'un parangonnage entre les MDPH demeurent peu utilisés

- [163] La CNSA définit ses propres obligations en ces termes: « Les départements sont les premiers responsables de l'équité territoriale, dans le cadre de leur mission. La CNSA, par l'ensemble des moyens dont elle dispose les aides financières, les conventions de qualité de service, les diffusions de bonnes pratiques et d'éléments de comparaison, doit être en mesure de rendre compte du caractère effectif de cette équité sur l'ensemble du territoire »⁴³.
- [164] Pour remplir ses missions, la CNSA a mis en œuvre des moyens qui demeurent modestes. Elle « s'emploie à la convergence des dispositifs de réponse aux situations de perte d'autonomie » en « assurant un échange d'expériences et d'informations, notamment par la diffusion de bonnes pratiques ».

2.4.3.1. Des efforts de transparence récents et encore insuffisants

- [165] Chaque président de conseil général a signé avec la CNSA pour la période 2006-2009 une convention « qualité de service », contrepartie de l'aide reçue de la CNSA au titre du fonctionnement (60 millions € par an depuis 2008, avec une part variable et une fixe). A partir de 2010, la deuxième génération des conventions prévoit que les données diffusées au conseil national de la CNSA seront présentées avec le nom du département.
- [166] Cette étape va dans le bon sens, mais la diffusion d'un tableau de bord des MDPH doit devenir un objectif à court terme.

⁴⁰ Le programme « handicap et dépendance » de la mission « solidarité, insertion et égalité des chances » avec comme objectif « accroître l'effectivité et la qualité des décisions prises au sein des MDPH » avec des indicateurs relatifs à la « qualité des processus de décision des MDPH ».

⁴¹ A titre indicatif, dans le département de l'Eure, ce travail demande chaque mois une demi-journée de travail.

⁴² Rapport Igas RM 2010-033P, Roland Ollivier, Stéphane Paul, « Evaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC ».

Rapport Igas RM 2008-145P, Thierry Leconte, Christian Planes Raisenauer, Patricia Vienne, « Evaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC ».

⁴³ Rapport 2008 p 61

[167] Pour utiles qu'ils soient, ces efforts de transparence des données demeurent insuffisants. La CNSA doit s'employer à faire évoluer sensiblement les pratiques de toutes les MDPH. Si les rapports d'activité sont présentés en COMEX où les associations sont représentées, la communication aux membres de la CDA et aux usagers n'est pas systématiquement prévue. Les données comparatives réunies par la CNSA ne sont pas réellement publiques.

2.4.3.2. Les outils de parangonnage sont faibles

[168] L'obligation de l'égalité de traitement et de sa mise en œuvre ne fait pas l'objet d'indicateurs spécifiques. Le rapport d'activité n'est pas strictement normé, ce qui lui donne, certes, de la souplesse mais le rend difficile à exploiter au niveau national. Des définitions importantes, par exemple celles qui concernent les délais d'instruction et d'évaluation, ne sont pas homogènes dans l'ensemble des MDPH.

[169] Normés et précisés, les délais de traitement pourraient être un indicateur de qualité de service, sachant qu'il s'agit d'un motif d'insatisfaction largement mis en avant par les associations et les personnes handicapées. Toutefois, il convient d'apporter des réserves de fond et de forme. Les chiffres qui parviennent à la CNS : jusqu'à 10 mois dans le secteur des adultes et 6 mois selon les demandes pour les enfants doivent être interprétés avec précaution en l'absence de définitions précises, partagées et respectées sur la date à prendre en compte en début de délai (arrivée de la demande à la MDPH, vérification de la totalité des éléments demandés, enregistrement du dossier, début de l'instruction...).

[170] Ni les délais selon le type de dossiers à l'intérieur d'une même MDPH, ni la décomposition précise des délais aux différentes étapes des procédures ne sont disponibles. Seules des moyennes qui ne permettent pas des analyses précises sont données. En ce qui concerne la PCH, l'évaluation pluridisciplinaire qui est au cœur de la qualité des décisions, est nécessairement plus longue qu'un examen sur dossier et doit être prise en compte dans l'élaboration d'une notion de « délai raisonnable ».

[171] Les délais sont à croiser avec d'autres critères qualitatifs comme l'accès aux informations pendant l'instruction et l'évaluation. L'indicateur des taux de recours n'est pas nécessairement facile à interpréter, selon les pratiques de conciliation, de médiation et selon aussi les pratiques des EPE et des CDAPH⁴⁴.

2.4.3.3. L'enquête de satisfaction, un outil peu utilisé

[172] Il est important de pouvoir rendre compte du degré de satisfaction des personnes handicapées et de leur famille. Dans les MDPH visitées, l'analyse des plaintes, qui demeure un outil intéressant, n'est pas systématiquement organisée. La CNSA a mis au point un outil de mesure de satisfaction des usagers⁴⁵ qui suscite des critiques de fond.

[173] Elle s'est appuyée sur un groupe de travail avec des représentants d'associations et de MDPH. Des tracts d'information ont été proposés aux MDPH pour qu'elles puissent inviter les usagers et leur famille à remplir sous forme anonyme (seul est noté le numéro du département) le questionnaire directement sur Internet ou sous forme papier.

⁴⁴ La désignation à l'intérieur de la MDPH d'une personne référent chargée de recevoir et d'orienter les éventuelles réclamations des personnes handicapées vers les services compétents, y compris ceux du Médiateur de la République⁴⁴. Cet outil vise à activer les procédures existantes non contentieuses pour faciliter les démarches des personnes handicapées lorsqu'elle rencontre des difficultés avec une administration ou une institution privée.

⁴⁵ Le coût du système 123 000€ pour 6000 dossiers (266 000€ pour 24000 dossiers).

- [174] Les items développés concernent l'information, l'accueil, l'aide à l'expression du projet de vie, l'évaluation des besoins, l'élaboration du plan personnalisé de compensation, les décisions de la CDAPH, le suivi du PPC, les voies de recours (conciliation et médiation) et une appréciation globale qui, seule permet une expression libre sur plusieurs lignes.
- [175] Les résultats traités par un prestataire extérieur ne remontent pas à la CNSA qui y voit «*une condition de la confiance des acteurs locaux dans cet outil*⁴⁶». Le gestionnaire fait un retour trimestriel au seul président du conseil général pour les données qui concernent son département. La diffusion est limitée à la COMEX qui peut en décider ou non la publication.
- [176] Sur le plan quantitatif, le bilan est modeste et peut s'expliquer par la persistance des réticences des départements à diffuser tant le questionnaire lui-même que les données qui en sont issues.
- [177] En dépit de critiques que la mission a pu entendre sur la pertinence de l'outil lui-même, recueillir l'avis des usagers sur la qualité des services reçus est une démarche légitime et nécessaire que la CNSA doit poursuivre et sensiblement améliorer en lien avec les associations et les professionnels des MDPH.

3. PROPOSITIONS

- [178] Le caractère hybride de la formule actuelle de gestion des MDPH, que l'on pourrait sans forcer le trait qualifier de GIP sous contrôle départemental, ménage pour l'avenir deux scénarios possibles d'évolution :
- un scénario allant au bout de la logique de décentralisation, mais garantissant à l'Etat les moyens de peser sur les décisions engageant des financements relevant de la solidarité nationale ;
 - un scénario d'aménagement de l'existant, visant à améliorer les conditions de la mutualisation des moyens et de l'équilibre des responsabilités ainsi qu'à clarifier les modalités de participation financière de l'Etat.

3.1. Un scénario de disparition des GIP, comportant transfert complet au département, paraît aujourd'hui prématuré

3.1.1. Le transfert complet aux départements des missions confiées par la loi aux MDPH comporterait quelques sérieux avantages

- [179] Ce scénario ne ferait que prendre acte des pratiques de terrain et correspondrait beaucoup mieux aux tendances lourdes constatées par la mission : nette prépondérance des départements et de leurs services dans le fonctionnement des maisons départementales ; absence ou impuissance des représentants de l'Etat (du moins en ce qui concerne ses composantes sociales et emploi) dans le fonctionnement du GIP et des commissions ; Conseil général perçu sur le terrain comme le principal interlocuteur des associations en dépit d'une participation très minoritaire à la dépense nationale en faveur du handicap.

⁴⁶ Rapport CNSA 2008

- [180] Ce scénario peut être un scénario de responsabilisation pour les départements, conduits à assumer une pleine responsabilité des moyens nécessaires à la mise en œuvre d'un accueil et d'une instruction pluridisciplinaire de qualité, comme pour l'Etat, qui devrait se centrer sur des objectifs d'égalité dans l'accès aux droits et de rigueur dans l'attribution des prestations relevant de son domaine de compétences. Les ambiguïtés de la situation actuelle fournissent en tout cas un prétexte aux départements qui ne souhaiteraient pas s'engager, par un effort propre et le recrutement de personnels spécifiques aux MDPH, dans le renforcement des moyens d'accueil et d'accompagnement ; elles expliquent aussi pourquoi les représentants de l'Etat, empêtrés dans une stratégie défensive sur la mise à disposition de moyens, ne sont pas à l'aise pour traiter d'enjeux de fond.
- [181] Ce scénario permettrait de mettre fin au contentieux récurrent sur les mises à disposition des agents de l'Etat, leur remplacement ou leur compensation. Dans une logique de décentralisation, l'Etat effectue une compensation globale du transfert (par exemple en référence à la moyenne des concours de tous ordres apportés au cours des trois derniers exercices), par les voies de droit commun (abondement de dotations générales de type DGF), ou par un canal spécifique qui pourrait être celui de la CNSA, comme en matière d'A.P.A. Les personnels de l'Etat effectivement mis à disposition à la date du transfert pourraient avoir le choix entre mise à disposition compensée ou détachement, transfert du contrat pour les contractuels, retour dans leur administration d'origine ou option éventuelle pour une intégration dans les cadres départementaux.
- [182] Deux modalités sont possibles : gestion directe par le département (sous réserve des éléments d'identification nécessaires de la MDPH : localisation, organigramme et effectifs, logo...) ou constitution d'un établissement public à caractère départemental se substituant au GIP. L'hypothèse d'une option ouverte pour l'intégration dans les cadres départementaux n'est plus aussi pertinente si est retenue la modalité de l'établissement public. La constitution d'un établissement public comporte par ailleurs un surcoût, lié à l'imposition à la taxe sur les salaires, qui peut cependant faire l'objet d'une exemption spécifique (impact chiffré à 1,2 millions d'euros dans le cadre du débat sur la proposition sénatoriale).

3.1.2. Il devrait néanmoins apporter des garanties effectives au maintien d'une forte participation associative et accentuer les prérogatives de l'Etat sur les enjeux de solidarité nationale

- [183] Le très fort partenariat qu'elles ont tissé avec les départements rend les associations très attachées à la formule d'un GIP où elles disposent du quart des sièges en Comex, même lorsque certaines disent avoir le sentiment de participer à une chambre d'enregistrement. La question se poserait donc des garanties à apporter aux associations en cas de disparition des GIP. Ces garanties sont très compatibles avec l'hypothèse d'un établissement public local (forte représentation à prévoir dans les conseils d'administration). Elles sont plus complexes à définir dans le cas de MDPH en régie du département, mais on peut cependant dans ce cas constituer une commission d'orientation dotée de compétences légales.
- [184] Le transfert complet aux départements des responsabilités des MDPH en matière d'instruction des demandes et d'organisation des travaux des commissions d'accès aux droits devrait avoir pour corollaire un net renforcement du rôle de l'Etat, au sein des CDAPH, sur les enjeux qui le concernent directement et dont il supporte les incidences financières⁴⁷.

⁴⁷ Ces réflexions n'auraient bien sûr pas lieu d'être dans l'hypothèse d'une décentralisation de l'AAH et de l'AEEH, voire d'autres prestations telles que les AVS, que la mission ne retient pas puisque raisonnant à architecture législative constante en ce qui concerne les prestations.

[185] Ce schéma correspond à une meilleure dissociation entre les fonctions d'accueil, d'accompagnement des personnes, d'instruction et de suivi des dossiers, confiées aux départements, et la décision sur la reconnaissance de droits, à partir de l'évaluation des restrictions à l'autonomie, qui nécessite une approche collégiale, transparente et régulée.

3.1.3. Il paraît aujourd'hui peu réaliste à court terme, même s'il demeure une référence pour des évolutions à plus longue échéance

[186] Ce scénario de disparition des GIP et de transfert complet des MDPH aux départements, en dépit de sa cohérence, paraît aujourd'hui peu réaliste ou prématuré :

- prématuré tant que ne sont pas définitivement stabilisées les orientations afférentes à une prise en charge unifiée de la dépendance, le degré de convergence ou d'harmonisation entre droits et prestations des personnes âgées et des personnes handicapées. Dans le Bas-Rhin, le département entend déjà mettre en œuvre une maison départementale de l'autonomie définie comme un pôle fonctionnel personnes âgées personnes handicapées englobant la MDPH ;
- peu réaliste dans la mesure où les grands partenaires de l'Etat ne le souhaitent pas. Les associations sont réservées par rapport à une départementalisation des MDPH. Les départements ne sont pas vraiment demandeurs. L'Assemblée des départements de France (ADF) ne soutient plus nettement cette demande ; la plupart des élus rencontrés s'accommodent fort bien du statu quo, sous réserve d'un règlement des difficultés de mise à disposition des personnels de l'Etat.

[187] De fait, la formule actuelle d'un GIP effectivement sous contrôle départemental fait l'objet d'un consensus par défaut entre l'Etat, trop sur la défensive pour prendre le risque de nouveaux débats institutionnels ; les Conseils généraux, qui de fait ont le pouvoir et qui, pour un investissement relativement minime, sont devenus sur le terrain les interlocuteurs privilégiés d'un mouvement associatif influent sur le champ social ; les associations, qui restent sensibles, malgré quelques critiques, au signe important de reconnaissance que constitue l'attribution du quart des sièges dans les commissions exécutives des MDPH (un tiers en CDAPH).

[188] L'aménagement de l'existant doit viser une meilleure sécurité de gestion et une gouvernance plus équilibrée des GIP MDPH. Au-delà du fonctionnement administratif et budgétaire des GIP MDPH, un certain nombre d'orientations sont à mettre en œuvre pour conforter ou améliorer la qualité des services rendus et faciliter la transparence de l'instruction et les comparaisons entre MDPH.

3.2. Sécuriser la gestion des GIP MDPH

[189] L'insécurité actuelle peut être largement réduite si l'on se donne les moyens de traiter les difficultés majeures touchant au morcellement des financements, aux confusions récurrentes entre compensation au titre de la fongibilité asymétrique et autres formes de compensation par l'Etat des vacances d'emplois mis à disposition, à la précarité des mises à disposition, à l'absence de visibilité financière à moyen terme, voire à court terme.

3.2.1. Mieux manifester l'effort de l'Etat en simplifiant les circuits

[190] Une ligne budgétaire unique regroupant les concours budgétaires de l'Etat (au moins ceux des ministères en charge de la cohésion sociale et de l'emploi) permettrait de mettre fin à un morcellement excessif, de rationaliser la trésorerie par la mise en place d'un échéancier unifié des paiements et faciliterait un meilleur dialogue de gestion entre services de l'Etat et MDPH.

[191] La mise en place d'une ligne unique permettrait également de mieux suivre l'exécution par l'Etat de ses engagements contractuels. L'éclatement actuel des crédits masque en effet l'importance de l'effort consenti, et nuit à la transparence du débat :

- Un programme pour le secteur travail : programme 155 « conception, gestion et évaluation des politiques de l'emploi et du travail », géré par la DAGEMO ;
- deux programmes pour le secteur solidarité : programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » et programme 157 « handicap et dépendance ».

[192] Afin de remédier à cet éclatement budgétaire, qui s'exprime au niveau déconcentré par la coexistence de plusieurs BOP et alourdit excessivement la gestion, il est proposé de regrouper les crédits Etat au sein d'un programme budgétaire unique. En tant que partie aux conventions constitutives des GIP, l'Etat doit néanmoins demeurer contributeur direct, ce qui devrait exclure, au moins dans un premier temps, la solution d'une centralisation complète des crédits auprès de la CNSA, récemment proposée par une mission parlementaire d'information. Un canal unique CNSA paraît du reste difficile à mettre en œuvre tant que demeure un lien entre financement du GIP et mises à disposition de personnels de l'Etat.

[193] Ce canal unique pourrait être celui du programme 157, parce que c'est celui qui a la plus large assiette et qu'il est géré par la DGCS, direction pivot sur la politique du handicap. Ce regroupement permet par ailleurs une unification plus aisée des modes de compensation pour les mises à disposition non effectives.

Recommandation n°1 : Mettre en place une ligne budgétaire unique pour les concours financiers de l'Etat (cohésion sociale/emploi).

3.2.2. Unifier les critères de compensation des emplois non pourvus

[194] Afin de remédier aux confusions liées à la multiplicité des régimes d'évaluation des droits à compensation au titre des ETP dus par l'Etat et non pourvus, il sera nécessaire d'aligner l'ensemble du dispositif sur les principes actuellement applicables aux postes compensés par fongibilité asymétrique (cas de vacance liés à une mutation ou à un départ en retraite). Cette mesure, qui permettrait de différencier entre catégories de personnels, peut être mise en œuvre à moyens financiers constants.

Recommandation n°2 : Unifier les modes de compensation pour les emplois non pourvus, sur la base d'un forfait modulable selon la catégorie (C, B ou A).

[195] Par ailleurs, il devra être rappelé aux directeurs de MDPH qu'aucun emploi ne saurait être compensé si sa vacance est consécutive au refus par la MDPH d'un agent proposé par l'Etat.

Recommandation n°3 : Ne pas compenser les vacances liées à un refus de la MDPH d'une mise à disposition proposée par l'Etat.

3.2.3. Aménager le régime des mises à disposition

3.2.3.1. Ni l'intégration à la fonction publique territoriale ni le recours au détachement ne constituent des voies de réforme appropriées

- [196] Une première voie de réforme statutaire pourrait être l'intégration des personnels à la fonction publique territoriale, par la création d'un droit d'option sur le modèle de celui accordé aux personnels techniciens, ouvriers et de service (TOS) et aux agents des directions départementales de l'équipement (DDE) lors de l'« acte II de la décentralisation ». Elle est toutefois inséparable de la départementalisation des MDPH, sous forme d'un établissement public local ou par intégration directe aux services du Conseil général, scénario de départementalisation que la mission a à ce stade écarté.
- [197] Le détachement présenterait certains avantages managériaux mais comporte des risques de reflux des agents de l'Etat vers leurs administrations d'origine.
- [198] Le texte initial de la proposition de loi présentée par le sénateur Blanc⁴⁸ contenait en son article deuxième une disposition prévoyant un détachement pour cinq ans renouvelable sans limitation de durée. Répondant au souci de placer les personnels de l'Etat sous l'autorité hiérarchique du directeur de la MDPH, elle permettait aux agents concernés d'opter pour le détachement dès l'entrée en vigueur de la loi, ou au terme de la période de mise à disposition.
- [199] Cette solution présente certes plusieurs avantages managériaux. En premier lieu, la réunion en la personne du directeur du GIP des autorités hiérarchique et fonctionnelle paraissait propre à renforcer la cohérence managériale des MDPH et à faciliter leur pilotage opérationnel.
- [200] Par ailleurs, ce régime rend plus difficile le retour de l'agent dans son administration d'origine, car il distingue deux hypothèses en cas de fin du détachement avant terme, lorsque l'administration d'origine ne peut réintégrer immédiatement son agent détaché :
- lorsqu'il est mis fin au détachement sur demande de l'administration d'accueil, celle-ci continue de le rémunérer jusqu'à la première vacance dans son grade au sein de son administration d'origine ;
 - lorsqu'il est mis fin au détachement sur demande de l'administration d'origine ou de l'agent, celui-ci est placé en disponibilité jusqu'à sa réintégration.
- [201] Dans le cas des personnels Etat en poste dans les MDPH, le régime du détachement permettrait donc une régulation des retours en fonction de la capacité d'accueil des services, ce qui permettrait d'éviter le double coût lié à la simultanéité de la rémunération et de la compensation.
- [202] Le grand risque cependant de cette modalité est que le choix des intéressés, s'il est borné à une option entre détachement et retour dans l'administration d'origine, ne s'effectue massivement en faveur d'un RAO, précarisant encore plus le fonctionnement des MDPH. C'est pourquoi il est préférable de ne pas faire du détachement la voie exclusive ou principale d'une recherche de stabilisation des effectifs.

⁴⁸ Proposition de loi tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap, enregistrée à la présidence du Sénat le 22 décembre 2009.

3.2.3.2. L'aménagement du régime de mise à disposition constitue la solution la plus réaliste

[203] Une première mesure consisterait à porter six mois le délai de préavis de retour, dans le but de permettre :

- aux services déconcentrés de pourvoir, sans interruption ni vacance de poste, au remplacement de l'agent dans des conditions optimales d'adéquation du profil à l'emploi concerné ;
- à la MDPH de recruter, dans tous les cas où les services de l'Etat ne seraient pas en mesure d'organiser le remplacement dans ce délai, un agent non-titulaire ou, lorsque cette impossibilité est permanente, un agent de la fonction publique territoriale.

Recommandation n°4 : Porter à six mois le délai de préavis pour le retour des agents mis à disposition.

[204] L'expérience acquise par les directeurs de MDPH, telle qu'elle a pu être recueillie lors des entretiens conduits dans le cadre de la présente mission, tend cependant à établir qu'un allongement à six mois, envisagé par le Gouvernement dans le cadre des débats en cours au Parlement, ne constituerait pas un aménagement suffisant s'il n'est pas complété par des mesures plus incitatives.

[205] Un des principaux éléments de la faible attractivité, vis-à-vis des personnels de l'Etat, des emplois proposés au sein des MDPH, est l'absence pour les agents de valorisation de cette expérience dans le cadre de leur progression de carrière. Les personnels mis à disposition ont souvent été les « oubliés » des tableaux d'avancement.

[206] Une première solution consisterait à recourir à la politique indemnitaire, par exemple en utilisant dispositif de l'indemnité temporaire de mobilité, créé par le décret n° 2008-369 du 17 avril 2008.

[207] Un second levier d'action, qui devrait être favorisé, consiste à promouvoir un régime avancement accéléré d'échelon, pour ceux de ces agents qui, du fait de leur éloignement, ont connu des progressions d'échelons inférieures à la moyenne de leur grade. Ce mécanisme peut sans difficulté, du fait du faible nombre relatif d'agents concernés par la mesure, être intégré aux dispositifs globaux de régulation des avancements d'échelon existant au sein des différents corps. On peut également envisager l'usage de techniques de NBI (nouvelles bonifications indiciaires), pour les agents réellement soumis à des sujétions particulières, en matière d'accueil, de visites à domicile... Ces approches correspondent à une logique de rattrapage des « oubliés » des promotions et à la prise en compte des profondes mutations qui ont marqué le passage des CDES et COTOREP aux MDPH.

Recommandation n°5 : Réexaminer situations indiciaires et avancement accéléré d'échelon pour les agents de l'Etat mis à disposition des MDPH.

[208] Enfin, il convient de rappeler que les directions des MDPH ont normalement toute autorité pour fixer le régime des congés, les horaires et l'organisation du travail, dans le respect des règles législatives et réglementaires au sens strict du terme, qui n'incluent pas les circulaires et notes de service des administrations d'origine. Les directions doivent également veiller à une égalité de traitement en matière d'accès au restaurant administratif et d'action sociale auprès des personnels. Lorsque des divergences sensibles existent, les modalités applicables aux agents départementaux, généralement le plus nombreux, devraient être autant que possible ouvertes aux personnels de l'Etat mis à disposition, si besoin est par délibération du conseil général. C'est un point que les représentants de l'Etat en Comex devraient soulever ; c'est un sujet que pourraient aussi aborder de nouvelles formes de conventionnement.

Recommandation n°6 : Intervenir, notamment en Comex, pour une harmonisation des régimes applicables en matière d'accès aux restaurants administratifs et aux œuvres sociales.

3.2.4. Mettre en place des conventions triennales de financement

[209] Il existe des éléments de consensus pour mettre fin à un système de contribution de l'Etat à caractère précaire et relativement illisible et le remplacer par un conventionnement pluriannuel. La proposition de loi adoptée au Sénat vise à stabiliser la contribution de l'Etat dans le cadre de conventions pluriannuelles tout en ménageant le maintien d'un recours aussi large que possible aux mises à disposition. A terme la reproduction exercice après exercice d'une photographie des moyens des CDES et des COTOREP en 2005 n'est pas soutenable. On pourrait, en deux étapes, viser une sortie des modalités de contribution initiales.

3.2.4.1. Une première génération de conventions triennales (2012/2014) conserverait une référence aux mises à disposition, avec un financement unifié et sécurisé.

[210] Cette convention arrêterait sur la période la participation de l'Etat au fonctionnement du GIP, égale aux dotations prévues dans la convention constitutive au titre des frais de fonctionnement général des ex CDES et COTOREP, plus la masse salariale 2011 afférente aux personnels réellement mis à disposition, plus les dépenses de vacation 2011 supportées au titre des engagements de l'Etat, plus une compensation forfaitaire des mises à disposition prévues par la convention constitutive et non réalisées en 2011, avec un forfait différent selon la catégorie A, B ou C. Le cadre réglementaire de ces conventions est à fixer par décret.

[211] La masse salariale des emplois effectivement mis à disposition au cours de chaque exercice serait remboursée à l'Etat ou, pour éviter un double mouvement comptable, viendrait en atténuation du solde versé en fin d'exercice : versement au premier semestre d'un acompte substantiel sur la participation de l'Etat (au moins 40%), solde en fin d'exercice tenant compte des traitements servis aux personnels mis effectivement à disposition.

[212] Cette démarche (dotation globale de l'Etat puis remboursement par le GIP MDPH des traitements afférents aux mises à disposition, sous forme d'une contraction de sa créance en fin d'exercice) peut paraître complexe. Mais en dissociant financement par l'Etat et suivi au fil de l'eau des postes effectivement pourvus ou vacants, elle sécurise la gestion, donne aux gestionnaires une lisibilité sur l'évolution de leurs ressources, actuellement très problématique. C'est par ailleurs aujourd'hui la seule façon d'asseoir un échéancier conventionnel des paiements ayant un caractère fiable.

[213] La convention est à passer entre le GIP (structure financée qui doit dans ses budgets faire apparaître les contributions en recettes), l'Etat et le département (contributeurs), la CNSA (financier des MDPH sans faire partie des constituants du GIP). Cette solution serait en tout cas préférable à un jeu de conventions multiples et permettrait de mieux asseoir la fixation d'objectifs de qualité.

Recommandation n°7 : Mettre en œuvre des conventions triennales de moyens globalisant les engagements de l'Etat sur la période et comportant remboursement par les MDPH des postes effectivement mis à disposition, sous la forme d'une régularisation annuelle en fin d'exercice.

[214] Sécurisation de la gestion budgétaire va de pair avec unification des canaux de financement, au moins pour les concours des administrations cohésion sociale et emploi (cf. supra, recommandation 1).

[215] Enfin, la négociation des aspects financiers de la convention pourrait prendre en compte le niveau des fonds de roulement existant, pour le cas échéant organiser une reprise partielle destinée à financer des dépenses non reconductibles, afférentes au fonds départementaux de compensation du handicap ou à des dépenses d'investissement visant à améliorer la qualité de l'accueil ou de l'instruction.

[216] Avant la fin de la période triennale, une évaluation du dispositif serait conduite, pour arbitrer, en fonction notamment de la stabilité ou de la décroissance des mises à disposition, entre la reconduction du système, le scénario de départementalisation complète ou un système de conventionnement décroché du constat de la situation des COTOREP et CDES 9 ou 10 ans auparavant.

3.2.4.2. Des générations ultérieures de conventions détermineraient la participation de l'Etat en fonction de données objectives relatives au nombre de personnes handicapées et aux dossiers traités.

[217] Si la formule GIP devait perdurer, il conviendrait en régime de croisière de décrocher la contribution de l'Etat de l'héritage des CDES et des COTOREP. On ne peut durablement l'asseoir sur des critères qui au fil du temps s'avèrent et s'avèreront de plus en plus éloignés de la réalité, même si une première génération de conventions intérimaires inspirée de la proposition de loi sénatoriale peut corriger les défauts les plus criants de la complexité du système. A terme, le financement national des GIP MDPH doit être déterminé par des critères objectifs touchant :

- au nombre de personnes handicapées dans le département, (par exemple classement des MDPH en trois ou quatre grandes catégories en fonction de la population desservie, chaque catégorie correspondant à un niveau d'allocation de base) ;
- au nombre des premières décisions prises en matière d'orientation et d'attribution d'allocations relevant de la solidarité nationale, sur la base d'un forfait normé.

[218] A ce socle s'ajouterait le cas échéant la participation de l'Etat à des projets spécifiques visant l'amélioration de la qualité de l'accueil et l'accompagnement. On pourrait utilement s'inspirer du nouveau dispositif de conventionnement des maisons de l'emploi, distinguant entre un socle fonction de la population et le financement de projets prioritaires.

[219] Cette redistribution de l'enveloppe, qui permettrait certaines corrections des actuelles inégalités, suscitera des frictions inévitables, mais on dispose de quatre ans, si est mis en œuvre le dispositif intérimaire évoqué ci-dessus, pour préparer cette échéance.

Recommandation n°8 : Viser à moyen terme un conventionnement sur critères objectifs et financement de projets, décroché de l'héritage des CDES et COTOREP, sans lien avec les mises à disposition résiduelles.

[220] Ayant procédé au décrochement de tout lien avec les mises à disposition, on pourrait là envisager un canal de financement unifié relevant de la CNSA, avec une ligne dotation globale et une ligne projets.

3.3. *Vers une gouvernance plus équilibrée*

[221] L'amélioration du dialogue budgétaire permettra aussi à l'Etat de jouer un rôle plus actif et d'occuper toute sa place dans une gouvernance plus équilibrée. Il est clair que l'Etat ne peut à la fois souhaiter plus d'influence et ne pas chercher à régler les principaux points de contentieux budgétaire avec les départements ; à cet égard, les préconisations ci-dessus paraissent à la mission comme un préalable à une révision de la gouvernance. La recherche d'un meilleur équilibre au sein de la gouvernance pourrait emprunter trois voies : le rapprochement des règles de fonctionnement du GIP de modalités de droit commun ; une représentation plus effective de l'Etat ; une formalisation des règles d'instruction et de décision en CDAPH lui donnant plus d'influence sur les décisions engageant la solidarité nationale.

3.3.1. **Le rapprochement des règles de droit commun**

[222] Le rapprochement d'un modèle plus classique de fonctionnement des GIP exigerait de donner aux Comex le pouvoir de recruter et nommer les directeurs. Les directeurs et directrices de MDPH sont, de par la réglementation, désignés par le président du Conseil général. Dans la quasi-totalité des autres GIP, les directeurs sont choisis par le conseil d'administration, ce qui leur permet de disposer d'une certaine marge d'autonomie fonctionnelle, d'être perçus comme neutres par rapport aux principaux constituants du GIP et d'être des exécutifs responsables d'une structure collective. Le choix par le conseil va le plus souvent de pair avec l'organisation d'une procédure de recrutement : transparence et publicité, recours à des viviers plus larges, mini comité de sélection ou jury... Le choix des directeurs, pour une structure d'un type original à la croisée de partenariats ou de rapports de pouvoir multiples, est une question importante, ce que confirmerait le taux de rotation non négligeable observé sur ces postes. Moins du tiers des directrices ou directeurs actuels sont issus de la première génération de recrutements 2005/2006, nombre de structures en sont à leur troisième direction en 5 ans ou moins.

Recommandation n°9 : Donner aux Comex le pouvoir de nommer les directeurs.

[223] D'autres recommandations vont dans le même sens d'un rapprochement avec des GIP plus classiques, en particulier les propositions ci-dessus permettant au GIP d'être partie prenante des conventions de financement qui le concernent.

3.3.2. **Une représentation effective de l'Etat**

[224] Les considérations qui suivent concernent les composantes sociales des administrations d'Etat et non l'Education nationale, conformément au mandat de la mission et compte tenu du réseau territorial étoffé et structuré des inspections académiques, qui leur permettent d'être suffisamment présentes.

[225] En dépit de leurs contraintes de moyens, les DDCS ont vocation à être des interlocuteurs du département et des associations sur les questions relatives à la gestion des MDPH, à l'organisation et à l'évaluation des procédures d'accueil et d'instruction. Participer à 2 à 3 réunions annuelles de la Comex, ou à 5 ou 6 réunions si l'on y ajoute celles d'un bureau ne paraît pas une charge lourde, à condition que les directeurs départementaux se sentent mandatés et disposent à cet égard de quelques lignes fortes ou d'indications de points de vigilance. La participation des Directe peut être plus modulée en fonction des ordres du jour. La représentation des ARS en Comex des MDPH, dont des modalités réglementaires sont actuellement à l'étude, n'apparaît pas indispensable à la mission, alors qu'en revanche il est très important qu'elles puissent maintenir une participation effective en CDAPH.

- [226] La participation de l'Etat aux réunions de la CDAPH (de 10 à 20 plénières par an, mais un chiffre qui peut monter à 40 si on ajoute commissions préparatoires, commissions restreintes, et des réunions qui peuvent durer une demi-journée ou une journée...) rend souhaitable une coordination entre DDCS, DIRECCTE, ARS (qui ont récupéré tous les agents qui suivaient ces commissions pour le compte des DDASS), voire organismes de sécurité sociale (l'expertise des CAF est par exemple très précieuse en matière de conditions d'attribution des compléments de l'AEEH). La participation des représentants de l'Etat serait grandement facilitée par une communication préalable de l'ordre du jour, faisant apparaître sous forme anonymisée les préconisations de l'équipe technique, en particulier sur les points qui pourraient appeler leurs interventions ou leurs demandes d'informations : attribution de l'AAH ou de ses compléments pour un taux d'incapacité inférieur à 80%, (avec indication des minima sociaux perçus dans la période la plus récente), attribution des compléments d'AEEH, premières reconnaissances de la qualité de travailleur handicapé, orientations vers des entreprises adaptées, orientations d'enfants « borderline » présentant plus des troupes du comportement ou de graves difficultés de socialisation qu'un handicap lourd, placements en maisons d'accueil spécialisée... Cette question de la communication préalable et de la structuration des ordres du jour des CDAPH est typiquement une question à poser par les représentants de l'Etat en Comex.
- [227] Une présence éclairée signifie aussi un effort de formation des DDCS et l'indication de quelques orientations ou points de vigilance.

Recommandation n°10 : Organiser et coordonner la participation de l'Etat aux Comex et CDAPH ; acter au plan national la participation des ARS aux CDAPH ; mandater et former les représentants de l'Etat, en particulier les DDCS.

3.3.3. Une clarification des règles de décision en CDAPH

- [228] On peut identifier deux types de clarification : formalisation des processus d'instruction par les Comex, modifications législatives renforçant l'influence de l'Etat au sein des CDAPH.
- [229] L'organisation et la supervision du processus d'instruction (instruction administrative, évaluation, modalités d'organisation et de travail de l'équipe pluridisciplinaire, présentation du dossier en CDAPH, notification, traitement des recours éventuels) sont de la responsabilité de la MDPH. Si ces questions sont parfois débattues en Comex, elles ne font qu'exceptionnellement l'objet d'un règlement ou d'un schéma d'organisation complet et unifié débattu au sein de l'organe de gouvernance. Il serait nécessaire de disposer partout d'un schéma unique, adopté en Comex, précisant l'organisation des équipes pluridisciplinaires, leurs relations avec la CDAPH, la fixation de l'ordre du jour des CDAPH, l'identification des dossiers qui doivent faire l'objet d'un examen individuel en plénière, qui rapporte, comment sont présentés les dossiers, quelles informations sont communiquées au préalable aux membres de la Commission...C'est aussi un point sur lequel il faudrait pouvoir mandater les représentants de l'Etat.

Recommandation n°11 : Proposer aux Comex de délibérer sur un règlement global d'organisation des procédures d'instruction et des liaisons avec la CDAPH ; mandater à cet effet les représentants de l'Etat.

[230] Il faut sans doute envisager aussi une modification de la législation pour permettre à l'Etat d'exercer plus d'influence sur les décisions qui renvoient à des enjeux de solidarité nationale. 80% des incidences financières des décisions prises en CDAPH pèsent sur les finances de l'Etat (calcul prenant en compte les ouvertures de droit aux prestations, sans intégrer le coût des avantages fiscaux liés à la carte d'invalidité, les coûts des prises en charge par l'assurance maladie ou le département des personnes orientées vers un établissement ou service médico-éducatif, médico-social ou social, sans prendre en compte non plus le coût pour le budget national de l'intégration scolaire). Dans cet esprit, on pourrait donner à l'Etat, sur les décisions qui l'engagent, le pouvoir de demander une « seconde lecture » et lui attribuer voix prépondérante en cas de partage des votes. Rappelons que l'article L241-5 du CFAS dispose que, pour les décisions d'attribution de la PCH, les élus départementaux disposent de la majorité des voix en CDA, ce qui revient à leur attribuer un droit de veto.

Recommandation n°12 : Accorder à l'Etat le droit de demander une « seconde lecture » sur les décisions qui l'engagent, et une voix prépondérante si partage.

[231] Cette proposition n'est en rien un signe de méfiance envers les équipes des MDPH ou les membres des commissions, qui travaillent avec un réel sens de leurs responsabilités. C'est simplement une garantie, qui n'a pas besoin d'être souvent utilisée et le serait probablement peu. C'est le seul moyen de reconnaître à l'Etat une prérogative propre sur des décisions qui l'engagent financièrement, sans fragmenter un dispositif fondé sur une prise en compte globale de la personne handicapée.

[232] Reconnaître plus d'influence à l'Etat sur certaines décisions suppose des moyens d'expertise dont les services territoriaux sont aujourd'hui totalement dépourvus. C'est une raison forte pour exiger une participation des ARS aux CDAPH ; on peut par ailleurs imaginer de constituer, en partenariat avec les ARS, des réseaux très légers ou des « task-forces » qui pourraient prêter leurs concours à cette expertise. La constitution d'un vivier d'expertise à partir des compétences existantes (médecins et psychiatres, professionnels des établissements médico-sociaux) n'est pas hors d'atteinte. On l'a fait sur des échelles incomparablement plus massives pour l'informatique médico-économique à l'hôpital ou pour le « girage » des personnes âgées dépendantes en établissements.

Recommandation n°13 : Mettre en place un vivier d'expertise propre, en liaison avec les ARS, à partir de professionnels et praticiens du médico-social.

3.4. *L'animation du réseau et l'orientation des MDPH : de nouveaux accents à mettre pour améliorer la qualité des services et faciliter la transparence*

[233] Les recommandations qui suivent ne constituent pas à proprement parler de nouvelles orientations, dans la mesure où elles rencontrent des initiatives ou des bonnes pratiques locales ou des actions initiées par la CNSA. Il s'agit avant tout de définir quelques accents ou quelques priorités pour guider les missions d'animation et de soutien de la CNSA, orienter et nourrir la participation de l'Etat dans les Comex, contribuer aux objectifs qualitatifs d'un nouveau dispositif conventionnel.

3.4.1. *Mieux accompagner les personnes, par un dialogue plus précoce*

[234] Les personnes ne doivent pas être laissées seules face à la feuille blanche du formulaire du projet de vie, mais être aidées par un dialogue qui permette de percevoir toutes les potentialités de la personne, ses besoins et l'éventail des réponses possibles.

- [235] Au long des procédures d’instruction, d’évaluation et au terme de la notification des décisions, les MDPH doivent assurer un accompagnement des personnes (information sur les droits, conseil, information sur l’état d’avancement du dossier, et, en tant que de besoin, accompagnement psychologique et social). L’accompagnement en amont permet de prévenir les malentendus qui parfois surgissent en réunion de CDAPH, de mieux calibrer les orientations, de donner les explications nécessaires au moment où elles peuvent être entendues.

Recommandation n°14 : Accompagner les personnes tout au long du processus d’évaluation et d’instruction.

3.4.2. Harmoniser les doctrines, développer les formations sur le handicap psychique

- [1] La CNSA doit conforter et accentuer son rôle de diffusion des bonnes pratiques et d’outils de régulation ou d’homogénéisation, en particulier sur les pratiques pluridisciplinaires de l’évaluation du handicap, les constituants ou facteurs psychiques du handicap, la personnalisation des projets de vie et des plans de compensation. Mais il revient aussi aux MDPH de faciliter dans chaque département un effort de réflexion collective et de capitalisation autour de questions de principe ou des sujets qui ne font pas l’objet d’appréciations homogènes : séminaires, réunions périodiques associant membres de la CDAPH et de la Comex, équipes pluridisciplinaires, acteurs sociaux de terrain et responsables d’établissements.
- [2] La formation des équipes de l’accueil, l’instruction et de l’évaluation aux problématiques du handicap psychique doit être généralisée. Elle peut utilement être étendue aux membres de la CDAPH et de la Comex. C’est la priorité essentielle en matière de formation.

Recommandation n°15 : Développer les formations sur le handicap psychique.

3.4.3. Renforcer l’évaluation

- [3] L’hétérogénéité des cartographies et des organisations de l’accueil et de l’instruction mérite une évaluation régulière des pratiques et des expériences.
- [4] Une formalisation accrue du fonctionnement et des modes de travail des EPLE permettra de mieux mesurer les progrès possibles.
- [5] Les auditions des personnes et des familles doivent faire l’objet d’une évaluation très attentive qui prenne en compte l’ensemble du recueil de la parole des personnes tout au long du processus, du premier accueil jusqu’ aux décisions ou éventuels recours.
- [6] Sur ces trois points, des éléments de cahier des charges pourraient être largement coproduits par la CNSA, les équipes pluridisciplinaires et les associations, pour nourrir des démarches d’évaluation nationale ou locales (évaluations commanditées par des Comex).

Recommandation n°16 : Elaborer un cahier des charges largement concerté sur l’évaluation de l’organisation de l’accueil, du mode de fonctionnement des équipes pluridisciplinaires et de l’audition des personnes.

3.4.4. Développer le parangonnage et accentuer la transparence des comparaisons

- [236] L'exercice des responsabilités de la CNSA en matière de parangonnage n'a pas été toujours dépourvu de quelques flottements. La transparence n'est aujourd'hui qu'imparfaitement réalisée puisque les synthèses nationales et accessibles à tous des indicateurs exploités par la CNSA ne nomment les départements que lorsqu'ils ont donné leur accord. Un système approchant de sa maturité pourrait se passer de ce type de pudeurs. CNSA et DGCS devraient convenir, par exemple dans le cadre de la convention d'objectifs Etat/CNSA en voie de finalisation, d'une batterie d'indicateurs publiables en tout état de cause, parce que nécessaire à l'information des citoyens.
- [237] Il est impératif de déterminer un petit nombre d'indicateurs aux définitions précisément normées. Il faut suivre quelques prestations, en termes de coûts et de délais d'instruction, avec une définition rigoureuse des bornes des délais mesurés et publier ces données pour tous les départements. Ces quelques ratios peuvent être complétés par des indicateurs plus qualitatifs : analyse des plaintes et des recours, information des usagers tout au long des parcours, dialogue avec les usagers ou les familles en amont du passage en commission...

Recommandation n°17 : Définir des indicateurs publiables pour l'ensemble des départements.

3.4.5. Mieux suivre les orientations prononcées en CDAPH pour mieux programmer l'offre d'établissements et services

- [238] MDPH et ARS doivent se rapprocher pour renforcer les outils de programmation et mutualiser les informations utiles. Au-delà des protocoles d'échange d'informations, il serait utile de développer une fonction d'observation s'appuyant sur un extranet établissements et services et sur la réalisation d'enquêtes périodiques auprès des personnes orientées comme des structures de prise en charge. Les maisons qui ont tenté cette démarche font généralement état d'un bon taux de retour.
- [239] La CNSA doit appuyer l'expérimentation de ce type de processus d'observation, dans des conditions comparables d'un site à l'autre. Il est essentiel de prendre des initiatives nationales le plus rapidement possible si l'on veut s'assurer d'une homogénéité de l'information. La mission estime que cette démarche devrait pouvoir être organisée dans le cadre de la convention d'objectifs Etat /CNSA, avec détermination d'un calendrier. Le comité national de pilotage des ARS serait également à associer à cette démarche.

Recommandation n°18 : Appuyer la diffusion d'un processus d'observation des suites des décisions d'orientation, l'inscrire parmi les priorités de la convention d'objectifs avec la CNSA.

Principales recommandations de la mission

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Mettre en place une ligne budgétaire unique pour les concours financiers de l'Etat (cohésion sociale/emploi).	DGCS avec DAGEMO et DAFJS (responsables des programmes LOLF)	2011
2	Unifier les modes de compensation pour les emplois non pourvus, sur la base d'un forfait modulable selon la catégorie (C, B ou A).	idem	2012
3	Ne pas compenser les vacances liées à un refus de la MDPH d'une mise à disposition proposée par l'Etat.	idem	Dès 2010
4	Porter à six mois le délai de préavis pour le retour des agents mis à disposition.	DGCS et directions des ressources humaines : DRH et DAGEMO	2011
5	Réexaminer situations indiciaries et avancement accéléré d'échelon pour les agents de l'Etat mis à disposition des MDPH.	idem	2011
6	Intervenir, notamment en Comex, pour une harmonisation des régimes applicables en matière d'accès aux restaurants administratifs et aux œuvres sociales.	Services déconcentrés : DDCS	2011
7	Mettre en œuvre des conventions triennales de moyens globalisant les engagements de l'Etat sur la période et comportant remboursement par les MDPH des postes effectivement mis à disposition, sous la forme d'une régularisation annuelle en fin d'exercice.	Secrétariat général, DGCS et directions financières	2012
8	Viser à moyen terme un conventionnement sur critères objectifs et financement de projets, décroché de l'héritage des CDES et COTOREP, sans lien avec les mises à disposition résiduelles.	DGCS	2014 /2015
9	Donner aux Comex le pouvoir de nommer les directeurs.	DGCS disposition législative à préparer	2013
10	Organiser et coordonner la participation de l'Etat aux Comex et CDAPH ; acter au plan national la participation des ARS aux CDAPH ; mandater et former les représentants de l'Etat, en particulier les DDCS.	Secrétariat général et DGCS	2011
11	Proposer aux Comex de délibérer sur un règlement global d'organisation des procédures d'instruction et des liaisons avec la CDAPH ; mandater à cet effet les représentants de l'Etat.	DGCS	2011
12	Accorder à l'Etat le droit de demander une « seconde lecture » sur les décisions qui l'engagent, et une voix prépondérante si partage.	DGCS disposition législative	2013
13	Mettre en place un vivier d'expertise propre, en liaison avec les ARS, à partir de professionnels et praticiens du médico-social.	DGCS et ARS	2011/2012

14	Accompagner les personnes tout au long du processus d'évaluation et d'instruction.	DGCS et DDCS	2011
15	Développer les formations sur le handicap psychique.	CNSA et DGCS	2011
16	Elaborer un cahier des charges largement concerté sur l'évaluation de l'organisation de l'accueil, du mode de fonctionnement des équipes pluridisciplinaires et de l'audition des personnes.	CNSA et DGCS	2011
17	Définir des indicateurs publiables pour l'ensemble des départements.	CNSA et DGCS	2011
18	Appuyer la diffusion d'un processus d'observation des suites des décisions d'orientation, l'inscrire parmi les priorités de la convention d'objectifs avec la CNSA.	CNSA et DGCS	2011/2012

Liste des personnes rencontrées

1. CABINETS MINISTERIELS, CONSEILS NATIONAUX ET ASSOCIATIONS DE COLLECTIVITES OU DE PROFESSIONNELS

1.1. *Cabinet du Ministre du Travail, des Solidarités et de la fonction publique*

- Marianne Kermoal-Berthome, conseillère technique
- Grégoire François-Dainville, conseiller technique

1.2. *Cabinet du secrétariat d'Etat à la famille et aux handicapés*

- Jean Philippe Alosi, conseiller technique
- Philippe Le Roux, conseiller technique Handicap

1.3. *Conseil national consultatif des personnes handicapées et comité interministériel du Handicap*

- Thierry Dieuleveux, secrétaire général

1.4. *Assemblée des départements de France (ADF)*

- Jean-Pierre Hardy, chef du pôle société et politiques sociales

1.5. *Association nationale des directeurs de MDPH*

- Christine Dupré, présidente, directrice de la MDPH de Seine et Marne
- Annie Coletta, directrice de la MDPH du Calvados
- Yannick Deimat, directeur de la MDPH du Finistère

2. ADMINISTRATIONS CENTRALES ET CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE (CNSA)

2.1. *Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)*

- Fabrice Heyriès, directeur général
- Caroline Bachshmidt, adjointe au sous directeur de l'autonomie (personnes handicapées)

2.2. *Direction de l'administration générale et de la modernisation des services (DAGEMO)*

- Grégoire Frèrejacques, Division des moyens et services, chef du Bureau de l'administration territoriale

2.3. *Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle(DGEFP)*

- Jean-François Hatte, chef de la mission pour l'insertion des travailleurs Handicapés

2.4. *CNSA*

- Laurent Vachey, directeur
- Jean Luc Bernard, directeur des Systèmes d'information
- Aurélien Taconnet, direction des systèmes d'information
- Bernadette Moreau, directrice de la compensation
- Estelle Pelletier, service statistique et économie de la santé

3. ASSOCIATIONS DE PERSONNES HANDICAPEES (AU PLAN NATIONAL)

3.1. *Association des paralysés de France*

- Patrice Tripoteau, directeur du pôle actions nationales

3.2. *Union nationale des parents d'enfants inadaptés*

- Thierry Nouvel, directeur général
- Cindia Martin, conseillère en droit à compensation et familles

4. DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE

4.1. *Services déconcentrés*

- M Lachaud, secrétaire général de la Préfecture
- Thomas Berthe, directeur départemental de la cohésion sociale et de la protection des populations
- Gilles Mathel, directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
- Emile Rublon, directeur départemental délégué (DDTEFP)
- Nathalie Guyader, directrice de la délégation territoriale de l'Agence régionale de santé
- Laurence Hanry, IEN adaptation de la scolarisation des élèves handicapés

4.2. *MDPH-35 (Rennes)*

- François André, vice-président du Conseil général, président de la de la Commission exécutive (Comex)
- Christophe Daviaud, vice-président de la Commission des droits et de l'autonomie (CDAPH)
- Marie-Luce Le Guen, directrice de la MDPH, Catherine Le Digou, directrice adjointe, et leurs collaborateurs

4.3. *Associations*

- Claude Laurent, APF, conseil départemental consultatif des personnes handicapées
- M. Chesnais, APF, collectif 35
- Hervé Latanguy, président du collectif 35
- M. Mener, UNAFAM, collectif 35

- Gérard Boidard, FNATH

4.4. Services du Conseil général

- Mme Bobille et Mme Brossais

5. DEPARTEMENT DU VAL-DE-MARNE

5.1. Services déconcentrés

- Robert Simon, Directeur Départemental DDASS
- Dominique Hattermann, Inspectrice Départementale, Délégation ARS Du Val De Marne
- Gérard Delanoue, Délégué Départemental ARS Du Val De Marne
- Hervé Galbrun, Inspecteur Action Sociale, Préfigurateur DDCCS
- Marie Duporge- Habbouche, DDTEFP
- Thérèse Rossi, Directrice Adjointe DDTEFP
- Yannick Gabillard, inspecteur d'académie ASH (secteur des élèves handicapés)

5.2. MDPH-94 (Créteil)

- Christian Fournier, président de la Comex, vice président du conseil général
- Nadia Laporte-Phoeun, chef du service instruction et administration générale
- Colette Patzierkovsky, chef du service évaluation
- Françoise Trécourt, responsable pôle orientation/ scolarisation (secteur enfants)
- Samantha Girault, chargée de mission juridique
- Claude Boulanger, président de la CDA, vice président de la CDCPH, conseiller régional
- Françoise Truffly, vice présidente de la CDA
- Guy Audrain, vice président de la CDA
- Membres Associatifs de la COMEX et de la CDA

5.3. Services du Conseil général

- Martine Conin, directrice du secteur PA-PH
- Jocelyne Dhollan, directrice générale adjointe du Pôle social

6. DEPARTEMENT DE L'EURE

6.1. Services déconcentrés et organismes de sécurité sociale

- Fabienne Buccio, préfète de l'Eure
- Claude Valadier, directeur départemental de la cohésion sociale
- Françoise Le Gac, directrice de l'UT DIRECTTE
- Gilles Grosdemange, inspecteur d'académie
- Liliane Dabrowski, déléguée départementale de l'Agence régionale de santé
- Pascal Delaplace, directeur de la CAF

6.2. MDPH-27 (Evreux)

- Laurence Jean, directrice par intérim
- Associations membres de la COMEX

- Membres de l'équipe pluridisciplinaire

6.3. Conseil général

- Jean-Louis Destans, président du Conseil général
- Francis Perna, directeur des solidarités
- Bernard Foucaud, directeur des services

7. DEPARTEMENT DU BAS-RHIN

7.1. Services déconcentrés

- Raphaël Le Méhauté, secrétaire général de la préfecture du Bas-Rhin
- Eve Kubicki, directrice départementale de la cohésion sociale
- Denise Fornes, secrétaire générale
- Emeline Cerf, inspectrice
- Anne Matthey, directrice adjointe de la DIRECCTE
- Corinne Wantz, conseiller médico-social
- Laurent Peter, inspecteur de l'éducation nationale, chargé de l'ASH
- Brigitte Schweitzer, représentant l'Inspection Académique du Bas-Rhin

7.2. MDPH-67 (Strasbourg) et Caisse d'allocations familiales du Bas-Rhin (CAF)

- Régis Febvre, directeur adjoint de la MDPH
- Michel Reysler, directeur de la CAF
- Elisabeth Tschan, directrice des prestations de la CAF

7.3. Services du Conseil général

- André Klein-Mosser, premier vice-président du Conseil général, président de la COMEX
- Jean-Marie Wendling, directeur général adjoint, chargé du pôle aide à la personne
- Bernard Roch, Christophe Digrande et Stéphanie Edel, direction évaluation et prospective
- Daniel Ramelet et Laurence Charrier, et Rémy Wendling, pôle aide à la personne

7.4. Associations

- André Wahl, président de l'UDAPEI
- Michel Gyss, président de l'association Adèle de Glaubitz
- Materne Andres, président de l'association ARSÉA
- Jacqueline Schmidt et Catherine Schall, APF
- Marie-Jeanne Bouchet-Braunstein, collectif pour l'intégration scolaire individualisée
- Jeannine Pinelli, conseil évaluation exposition prévention

8. DEPARTEMENT DE L'INDRE

8.1. Services de l'Etat et organismes de sécurité sociale

- Philippe Derumigny, préfet de l'Indre
- Françoise Favreau, inspectrice d'Académie

- Noël Ravat, inspecteur de l'Education nationale ASH
- Danièle Despax, secrétaire générale de l'Inspection académique
- Jean Marc Majeres, directeur départemental de la DDCSPP
- Gérard Touchet, directeur adjoint
- D Hardy, directeur de l'UT de l'ARS Centre
- Guy Fitzer, directeur de l'UT de la DIRRECTE
- Claudie Trappler, animatrice territoriale à l'UT
- Guillaume Lacroix, directeur de la CAF

8.2. Conseil général et MDPH

- Michel Blondeau, vice président du conseil général, président de la Comex, président de la CDA
- Françoise De Gourville, directrice générale adjointe des services du conseil général, directrice de la MDPH
- Valérie Aubrun, directrice adjointe
- Philippe Le Texier, médecin coordinateur et les membres de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation
- Les membres de l'équipe de l'accueil et de l'instruction des demandes

8.3. Associations

- Jean Paul Batifort, président de l'ACOGEMAS
- Dominique Crauffon, président départemental de l'UNAFAM
- Renée Gilbert, présidente adjointe de l'ADPEI

