



LES MAISONS DEPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPEES EN AQUITAINE

Rapport public thématique

Sommaire

DÉLIBÉRÉ	9
AVERTISSEMENT	13
INTRODUCTION	15
CHAPITRE I - LE GUICHET UNIQUE : UNE MISSION PRIORITAIRE ASSURÉE	23
I - Le défi du traitement de masse est relevé	23
A - La typologie des demandes ne se distingue pas des moyennes nationales.....	24
B - Les volumes traités sont considérables	25
C - Les délais de traitement sont en apparence respectés	28
II - L'accueil des personnes handicapées est en progrès	29
A - L'accueil sur place s'est amélioré.....	29
B - L'accueil téléphonique fait l'objet de critiques récurrentes	32
C - L'accueil numérique a été négligé.....	33
III - L'évaluation pluridisciplinaire est réservée à certaines situations	34
A - Les équipes pluridisciplinaires ont été mises en place	34
B - Les plans de compensation ne sont proposés que pour les situations les plus complexes.....	36
C - Les suites réservées aux orientations professionnelles ne satisfont pas les usagers	37
IV - La qualité du service rendu est mal mesurée	40
A - Les GIP ne disposent pas de questionnaires de satisfaction.....	40
B - La formation des membres des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est insuffisante.....	41
C - L'analyse des recours est superficielle	42
D - Les décisions doivent faire l'objet d'un suivi systématique.....	44
CHAPITRE II - LES MISSIONS INNOVANTES : UNE MISE EN ŒUVRE ENCORE PARTIELLE	49
I - La connaissance des publics est rudimentaire	49
A - Le recensement des personnes handicapées est difficile.....	49

B - Le rôle d'observatoire du handicap n'est pas assuré.....	50
II - L'expression de la personne handicapée demeure limitée	51
A - Le recueil préalable des besoins est modeste	52
B - L'audition par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est rarement sollicitée	54
III - Les missions d'information et d'appui n'ont pas été mises en œuvre	57
A - La médiation est peu utilisée	57
B - La sensibilisation au handicap est demeurée lettre morte.....	57
CHAPITRE III - L'ÉGALITE DES DROITS : DES GARANTIES ENCORE INSUFFISAMMENT ASSUREES.....	59
I - Les conditions de montée en charge ont été variables	59
A - Les départs d'agents de l'État ont déstabilisé certaines maisons.....	59
B - Les compensations financières ont été versées tardivement.....	61
C - Les recrutements demeurent difficiles	62
II - La mise en œuvre des droits n'est pas uniforme.....	63
A - D'importantes différences apparaissent entre les départements pour les montants accordés	63
B - Les modalités d'instruction de la PCH ne sont pas encore harmonisées	70
C - Les règles de fonctionnement des fonds départementaux de compensation du handicap (FDCH) sont propres à chaque département	73
III - Les données collectées manquent de fiabilité	75
A - La maquette CNSA de consolidation des données financières est mal renseignée.....	75
B - Le recueil des données d'activité présente des lacunes	76
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	81
RÉCAPITULATION DES RECOMMANDATIONS.....	85
TABLE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS.....	87
RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS, DES COLLECTIVITÉS ET DES ORGANISMES CONCERNÉS.....	89

Les rapports publics de la Cour des comptes

- élaboration et publication -

La Cour publie, chaque année, un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Le présent rapport est un rapport public thématique.

Les rapports publics de la Cour s'appuient sur les contrôles et les enquêtes conduits par la Cour des comptes ou les chambres régionales et territoriales des comptes et, pour certains, conjointement entre la Cour et les chambres régionales et territoriales ou entre celles-ci. En tant que de besoin, il est fait appel au concours d'experts extérieurs, et des consultations et des auditions sont organisées pour bénéficier d'éclairages larges et variés.

Au sein de la Cour, ces travaux et leurs suites, notamment la préparation des projets de texte destinés à un rapport public, sont réalisés par l'une des sept chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour des comptes, ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, et donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La publication d'un rapport public est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses accompagnent toujours le texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats, dont l'un assure le rôle de contre-rapporteur, chargé notamment de veiller à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapport public.

Le contenu des projets de rapport public est défini, et leur élaboration est suivie, par le comité du rapport public et des programmes, constitué du premier président, du procureur général et des présidents de chambre de la Cour, dont l'un exerce la fonction de rapporteur général.

Enfin, les projets de rapport public sont soumis, pour adoption, à la chambre du conseil où siègent en formation plénière ou ordinaire, sous la présidence du premier président et en présence du procureur général, les présidents de chambre de la Cour, des conseillers maîtres et des conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ne prennent pas part aux délibérations des formations collégiales, quelles qu'elles soient, les magistrats tenus de s'abstenir en raison des fonctions qu'ils exercent ou ont exercées, ou pour tout autre motif déontologique.

*

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr. Ils sont diffusés par *La documentation Française*.

En application des dispositions de l'article L. 143-7 du code des juridictions financières, les rapports publics de la Cour des comptes portent sur les organismes relevant de la compétence de la Cour et sur ceux relevant de la compétence des chambres régionales et territoriales des comptes.

Le présent rapport s'appuie sur les résultats des contrôles effectués par la chambre régionale des comptes d'Aquitaine, Poitou-Charentes sur les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) des cinq départements aquitains.

Les observations et recommandations qui y figurent ne concernent que le territoire de la région Aquitaine. La Cour les publie en raison de leur intérêt en tant que synthèse régionale pour le territoire considéré, sans qu'il y ait lieu pour autant de leur reconnaître une portée ou une représentativité nationale particulière.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil réunie en formation ordinaire, a adopté le présent rapport intitulé *Les maisons départementales des personnes handicapées en Aquitaine*.

Le rapport a été arrêté au vu du projet communiqué au préalable aux administrations, collectivités et organismes concernés et des réponses adressées en retour à la Cour.

Les réponses sont publiées à la suite du rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ont participé au délibéré : M. Migaud, Premier président, M. Bertrand, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman, Levy, Lefas, Briet, Mme Ratte, M. Vachia, présidents de chambre, MM. Babusiaux, Descheemaeker, Hespel, Bayle, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Duchadeuil, Pannier, Paul, Andréani, Mme Morell, MM. Perrot, Braunstein, Mme Ulmann, MM. Bertucci, Martin, Mme Trupin, MM. Frentz, Ravier, Guibert, Piolé, Uguen, Zérah, Le Méné, Ory-Lavollée, Mousson, Rousselot, Laboureix, Mme Esparre, MM. Mourier des Gayets, Écalle, Bouvard, Mme Soussia, MM. Basset, Fulachier, conseillers maîtres, MM. Dubois, Blairon, Leclercq, Sarrazin, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Banquey, président de chambre régionale des comptes, président de la formation interjuridictions chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du projet de rapport ;
- en son rapport, M. Bertrand, rapporteur général, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de M. Lavigne, premier conseiller de chambre régionale des comptes, rapporteur général de la formation chargée de préparer le rapport, de MM. Thomas, conseiller référendaire, et Honor, président de section de chambre régionale des comptes, rapporteurs de cette même formation, et de M. Antoine, conseiller maître, contre-rapporteur devant cette même formation ;

- en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. Johanet, Procureur général.

M. Jérôme Filippini, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 14 janvier 2014.

Le projet de rapport soumis à la chambre du conseil a été préparé, puis délibéré le 8 novembre 2013, par une formation interjuridictions présidée par M. Banquey, président de chambre régionale des comptes, et composée de, en tant que rapporteur général, M. Lavigne, premier conseiller de chambre régionale des comptes, en tant que rapporteurs, MM. Thomas, conseiller référendaire, Honor, président de section de chambre régionale des comptes, et, en tant que contre-rapporteur, M. Antoine, conseiller maître.

Il a été examiné et approuvé, le 19 novembre 2013, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, Premier président, Bertrand, rapporteur général du comité, Mme Froment-Meurice, MM. Durreleman, Levy, Lefas, Briet, Mme Ratte et M. Vachia, présidents de chambre, et M. Johanet, procureur général, entendu en ses avis.

Avertissement

La chambre régionale des comptes d'Aquitaine¹ a procédé à l'examen de la gestion des cinq maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) d'Aquitaine : celles de la Dordogne, de la Gironde, des Landes, du Lot-et-Garonne et des Pyrénées-Atlantiques. Les cinq rapports d'observations définitives de la chambre régionale leur ont été communiqués entre novembre 2011 et juillet 2013.

Le présent rapport constitue une synthèse des travaux de la chambre régionale des comptes d'Aquitaine, Poitou-Charentes sur ces cinq MDPH. Il s'attache à apprécier la qualité du service rendu aux personnes handicapées et à leurs familles, la maîtrise des dépenses de prestations versées et l'exécution des missions assignées aux cinq maisons départementales. Il vise à établir un bilan de leur montée en charge et à dresser un état des lieux de l'activité de ces institutions créées par la loi du 11 février 2005.

Il a bénéficié de l'éclairage des travaux² que la Cour a conduits sur l'activité de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à la demande des présidents de la commission des finances, de la commission des affaires sociales ainsi que de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale.

Ce rapport a été élaboré dans le cadre d'une formation interjuridictions, créée en juillet 2013, présidée par le président de la chambre régionale des comptes d'Aquitaine, Poitou-Charentes et composée de représentants de la cinquième chambre de la Cour des comptes et de la chambre régionale des comptes. Ses conclusions ont fait l'objet, en septembre 2013, d'une procédure contradictoire avec les présidents des cinq MDPH d'Aquitaine, ainsi qu'avec la direction générale de la cohésion sociale du ministère des affaires sociales, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et l'Assemblée des départements de France.

¹ Devenue chambre régionale des comptes d'Aquitaine, Poitou-Charentes, le 2 avril 2012.

² Cour des comptes, rapport demandé par les commissions des finances et des affaires sociales et par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, *La mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie* (CNSA), octobre 2013, 160 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Plusieurs rapports³ ont déjà dressé un premier bilan, au niveau national, de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées. Sans prétendre à une représentativité nationale compte tenu du contexte propre à chaque département d'Aquitaine, le présent rapport permet de dresser des constats concrets, d'illustrer des situations et de mettre en lumière des préoccupations, des bonnes pratiques, des difficultés ou des insuffisances, qui, dans l'ensemble, rejoignent les conclusions des travaux précités.

³ Cour des comptes, Rapport public thématique : *La vie avec un handicap*. La Documentation française, juin 2003, 323 p., disponible sur www.ccomptes.fr ; rapport de la commission des affaires sociales du Sénat d'information du 24 juin 2009 et présenté par M. BLANC, Paul et Mme JARRAUD-VERGNOLLE, Annie ; rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de novembre 2010 ; rapport d'information de la commission pour le contrôle de l'application des lois du Sénat du 4 juillet 2012 et présenté par Mmes CAMPION, Claire-Lise et DEBRÉ, Isabelle, rapport annuels de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, rédigés à partir des rapports d'activité des maisons départementales des personnes handicapées.

Introduction

1 - Les missions des maisons départementales des personnes handicapées

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont été créées par l'article 64 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il s'agissait, selon les termes de son rapporteur au Sénat, de « mettre fin au parcours du combattant des familles » et de « pallier le déficit d'information et de conseil » dont se plaignaient les personnes handicapées. Les MDPH ont ainsi succédé à la fois aux commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), aux commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) et aux sites pour la vie autonome (SVA)⁴.

Les COTOREP – un fonctionnement très critiqué

Créées par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) avaient pour mission d'évaluer les aptitudes des personnes handicapées, de les orienter et, le cas échéant, de leur accorder des aides financières et sociales.

Leur fonctionnement avait été critiqué, notamment par la Cour⁴ et par le Parlement. Dans son rapport d'information n° 2542 du 12 juillet 2000, la commission des finances de l'Assemblée nationale déplorait que le traitement des personnes puisse varier sensiblement d'un département à l'autre, que l'accueil et l'information demeurent insuffisants et que les délais de traitement des dossiers soient restés excessifs, « conclusions, déjà formulées par le passé par les missions, inspections et autres rapports qui se sont intéressés au fonctionnement des COTOREP ».

L'intention du législateur était clairement affirmée : simplifier les démarches, l'accueil, l'écoute et l'accompagnement de la personne handicapée et de sa famille tout au long du processus de décision, et

⁴ Les COTOREP étaient chargées des questions d'emploi des travailleurs handicapés et les CDES des questions de scolarisation des enfants handicapés. Les SVA, créés à titre expérimental en 1997 et progressivement généralisés depuis 2000, proposaient une évaluation individuelle des besoins de la personne handicapée et un dossier unique de financement.

⁴ Cour des comptes, *La vie avec un handicap*, juin 2003

humaniser l’instruction des dossiers grâce à une approche pluridisciplinaire et individualisée.

Dans cette logique, l’article L. 146-3 du code de l’action sociale et des familles assigne aux maisons départementales des personnes handicapées plusieurs missions :

- l’accueil et l’information des personnes handicapées et de leur famille ;
- l’aide et l’accompagnement pour formuler leur projet de vie ;
- l’évaluation pluridisciplinaire de leurs besoins ;
- la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
- la coordination dans le département des instances et organismes sanitaires et sociaux ;
- le recueil et la transmission des données relatives au handicap.

Les MDPH se sont également vu confier l’instruction d’une nouvelle allocation : la prestation compensatoire du handicap (PCH). Elles exercent enfin une mission de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

Les MDPH instruisent ainsi des demandes très variées, qu’il s’agisse de prestations, de documents administratifs ou d’orientations.

Tableau n° 1 : demandes adressées aux MDPH

	Documents administratifs	Orientations	Aides
Adultes	<ul style="list-style-type: none"> - cartes de priorité et d’invalidité - carte européenne de stationnement - reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé 	<ul style="list-style-type: none"> - orientation en établissements et services sociaux et médico-sociaux - orientation et formation professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> - allocation aux adultes handicapés - complément de ressources - assurance vieillesse - prestation de compensation - allocation de compensation pour tierce personne
Enfants	<ul style="list-style-type: none"> - avis de matériel pédagogique - avis de transport scolaire - carte d’invalidité et de priorité enfant - carte de stationnement 	<ul style="list-style-type: none"> - maintien en établissement au-delà de la limite d’âge - orientations scolaires et médico-sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - allocation d’éducation pour enfant handicapé - auxiliaire de vie scolaire - prestation de compensation

Ces demandes ne requièrent pas toutes la même intensité de traitement. La plupart relèvent, en effet, d'une production de masse, en particulier les demandes de cartes (invalidité, stationnement), d'allocations (allocation aux adultes handicapés [AAH] et allocation d'éducation de l'enfant handicapé [AEEH]).

Les MDPH ont aussi dû faire face à la montée en puissance de la prestation de compensation du handicap (PCH) dont les dossiers, certes moins nombreux, exigent, en revanche, une instruction plus longue. Les demandes concernant l'évaluation de l'employabilité ou les orientations en établissements sont également des dossiers complexes qui appellent une attention particulière.

2 - L'organisation et la gouvernance des maisons départementales des personnes handicapées

La maison départementale des personnes handicapées prend la forme juridique d'un groupement d'intérêt public (GIP) associant le département, collectivité territoriale compétente en matière de prise en charge des personnes handicapées⁵, l'État, « garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire »⁶, les organismes locaux de protection sociale et les représentants des associations de personnes handicapées, qui se voient ainsi reconnaître un rôle participatif et contributif permanent.

La fonction de président du groupement d'intérêt public revient de droit au président du conseil général, qui en assure la tutelle administrative et financière. La commission exécutive (COMEX), instance délibérante, associe le département (pour la moitié des sièges), l'État, l'agence régionale de santé (ARS) et les organismes de sécurité sociale (pour un quart, dont trois sièges pour les représentants de l'État⁷), ainsi que les associations représentant des personnes handicapées (pour le dernier quart). Un directeur, nommé par le président du conseil général, dirige la maison départementale des personnes handicapées et met en œuvre les délibérations de la commission exécutive.

⁵ Le département élabore notamment le schéma départemental en faveur des personnes handicapées.

⁶ Article L. 114-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁷ Il revient au préfet de désigner deux des représentants de l'État au sein de la COMEX (généralement le directeur départemental de la cohésion sociale et le directeur régional de la consommation et de la concurrence, du travail et de l'emploi (ou son représentant départemental)), le troisième l'étant par le recteur.

Cette organisation s'inscrit ainsi dans l'ensemble des évolutions qui confèrent au département un rôle éminent en matière de cohésion sociale. La structure propre au groupement d'intérêt public permet d'y associer l'État et la sécurité sociale, qui concourent au financement du handicap, ainsi que les représentants des usagers.

Une équipe pluridisciplinaire évalue l'incapacité permanente et les besoins de compensation. La maison départementale des personnes handicapées organise le fonctionnement des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui prennent les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne sur la base de l'évaluation réalisée.

Aux termes de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), c'est à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qu'il revient d'assurer l'égalité de traitement des demandes sur l'ensemble du territoire national. À cette fin, elle exerce un rôle d'appui, d'expertise, d'accompagnement et d'animation du réseau des MDPH.

Le rôle de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est un établissement public national. Elle est chargée de répartir les moyens financiers qui lui viennent de l'assurance maladie, de la ressource issue de la journée de solidarité travaillée et de la contribution sociale généralisée. Les MDPH reçoivent donc de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie une partie de leurs moyens de fonctionnement.

C'est également une agence d'appui technique aux MDPH. Elle veille ainsi à garantir la qualité du service rendu par ces dernières aux personnes handicapées ainsi que l'égalité de traitement entre les territoires et les handicaps. Elle contribue également à l'échange d'expériences par la diffusion de guides de bonnes pratiques et par l'exploitation de leurs données d'activité en vue de favoriser les comparaisons dans le temps et dans l'espace.

3 - Les personnes handicapées en Aquitaine

Composée de cinq départements, la région Aquitaine compte un peu plus de 3 200 000 habitants répartis sur plus de 41 200 km². La

densité moyenne de la population (78,3 hab/km²) est inférieure à celle de la France métropolitaine (115,4 hab./km²)⁸.

Aux termes de l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles, « constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Une telle définition se révèle susceptible d'interprétations plus ou moins larges. Le recensement du nombre de personnes handicapées s'en trouve donc incontestablement compliqué ainsi que le montrent les résultats parfois hétérogènes des diverses sources statistiques disponibles, lesquelles se limitent, en outre, le plus souvent au décompte des seuls bénéficiaires effectifs de droits déjà accompagnés par les MDPH.

Les taux d'allocataires de l'allocation d'adulte handicapé et de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap ou de l'allocation compensatrice de tierce personne sont ainsi utilisés par l'INSEE pour contribuer à estimer la part de la population des adultes handicapés.

Dans le cas de l'Aquitaine, ces deux sources ne sont cependant pas convergentes.

Tableau n° 2 : taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) en Aquitaine

Département	Allocataires AAH fin 2012 dans la population des 20 à 64 ans (%)	Bénéficiaires de la PCH ou l'ACTP fin 2011 pour 1 000 habitants
Dordogne	3,1	4,9
Gironde	3,1	3,8
Landes	2,4	2,8
Lot-et-Garonne	3,4	4,3
Pyrénées-Atlantiques	3,7	3,2
Aquitaine	3,1	3,8
France	2,8	4,2
Médiane	2,9	4,3

Sources : tableau Cour des comptes, données de la Caisse nationale des allocations familiales et de la mutualité sociale agricole (MSA) (allocation aux adultes handicapés), de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2011 (prestation de compensation du handicap) et de l'INSEE (estimations de population au 01/01/2012)

⁸ Recensement INSEE millésimé 2010.

Avec 3,1 % de la population allocataire de l'allocation aux adultes handicapés, l'Aquitaine présente ainsi un taux supérieur à la médiane nationale (2,9 %), avec toutefois des écarts importants entre les Landes (2,4 %) et les Pyrénées-Atlantiques (3,7 %). En revanche, les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne sont proportionnellement moins nombreux en Aquitaine, plus particulièrement dans les Landes (2,8 pour 1 000).

En termes d'établissements et de services, la région Aquitaine est considérée dans le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) comme correctement équipée, tant pour les enfants et adolescents que pour les adultes. Cependant, de fortes disparités entre territoires et types de structures d'accueil subsistent, essentiellement dans le cas des adultes handicapés⁹.

4 - Les maisons départementales des personnes handicapées en Aquitaine

Les cinq MDPH ont toutes été créées en 2006 et sont devenues opérationnelles au cours de cette même année. Elles sont installées dans les chefs-lieux de département, à savoir Périgueux, Bordeaux, Mont-de-Marsan, Agen et Pau. L'organisation administrative dans les Pyrénées-Atlantiques a conduit la MDH à ouvrir une antenne à Bayonne.

Si le législateur a entendu placer les MDPH dans l'orbite du département, le degré de proximité entre le groupement et sa tutelle peut varier. Ainsi, selon la typologie dressée par l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) en mai 2006⁹, qui demeure pertinente, on distinguait alors les MDPH selon qu'elles sont « intégrées, intermédiaires, autonomes » en fonction de leur degré d'indépendance.

Les MDPH « intégrées » s'apparentent à des services du département : choix des titulaires des postes de direction, services implantés dans l'hôtel du département, mutualisation des équipes médico-sociales chargées de l'APA¹⁰ et des équipes pluridisciplinaires. Les MDPH « intermédiaires » bénéficient d'une réelle autonomie, avec un directeur à plein temps et des locaux indépendants, mais le lien avec le

⁹ Agence régionale de santé d'Aquitaine, Schéma régional d'organisation médico-sociale 2012-2016, page 147.

⁹ Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) - *MDPH : une réforme bien engagée*, mai 2006.

¹⁰ Allocation personnalisée d'autonomie (prestation servie aux personnes âgées dépendantes).

conseil général reste étroit : le directeur est souvent rattaché hiérarchiquement au directeur général adjoint de la collectivité. Dans les MDPH « autonomes », le département se considère à l'inverse comme un simple partenaire : il ne met pas de personnel à disposition et le directeur n'appartient pas à la hiérarchie départementale.

En Aquitaine, seule la MDPH des Pyrénées-Atlantiques dispose d'une telle autonomie. Les quatre autres appartiennent plutôt à la catégorie des MDPH « intégrées », bien qu'elles n'en présentent pas toutes les caractéristiques.

Le tableau qui suit présente sommairement les cinq MDPH de la région.

Tableau n° 3 : principales données relatives aux MDPH d'Aquitaine en 2012

	Budgets consolidés en euros ¹¹	Dépenses directes des GIP (en euros)	effectifs internes (ETP)	décisions prises	Population totale
Dordogne	1 754 678	870 171	34,7	14 639	421 100
Gironde	5 949 478	5 026 583	109,6	70 191	1 473 569
Landes	1 869 836	560 692	31,4	20 998	390 771
Lot-et-Garonne	2 048 794	828 535	26,3	18 733	336 681
Pyrénées-Atlantiques	2 951 386	2 052 083	53,9	32 080	664 484

Sources : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (données déclarées par les MDPH et comptes administratifs) ; INSEE (population estimée au 1^{er} janvier 2012)

L'activité mesurée est cohérente avec la taille des départements respectifs : le rapport entre les décisions prises et la population recensée est sensiblement identique, à l'exception de la maison départementale des personnes handicapées de la Dordogne qui rend proportionnellement moins de décisions que ses homologues.

En revanche, les effectifs internes ne reflètent pas forcément les moyens humains réellement mobilisés. Certaines MDPH, comme celle du Lot-et-Garonne, ont délégué tout ou partie de leur mission d'instruction aux équipes du conseil général alors que d'autres, à l'exemple de celle des Landes, ont choisi d'exercer en direct cette compétence en recrutant des personnels.

Les charges supportées ne sont pas davantage représentatives des masses financières réellement engagées. Le compte administratif ne prend

¹¹ Les budgets consolidés, selon la dénomination utilisée par la CNSA, intègrent les apports en nature des différents membres.

notamment pas en compte les contributions des membres du groupement d'intérêt public. En valorisant le coût des personnels mis à disposition, le budget de la maison départementale des personnes handicapées de la Dordogne atteint par exemple 1,7 M€.

Au-delà, l'impact financier des décisions d'une est sans rapport avec son coût de fonctionnement. Prescriptrices de la dépense publique et sociale, les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prononcent en effet l'attribution de nombreuses prestations dont le poids financier est considérable.

La maison départementale des personnes handicapées des Landes, générerait par ses décisions d'attribution de prestations ou d'orientations vers des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, un flux annuel de dépenses évalué en 2010 à 122 M€, supportées à 37,5 % par le département, 30,3 % par l'État et 32,2 % par les organismes sociaux.

La création du guichet unique, fondement même des MDPH, a favorisé un meilleur accueil et une meilleure prise en charge de l'adulte et de l'enfant handicapés (I).

Ayant pu assurer cette mission première, les MDPH sont maintenant confrontées à la nécessité d'assumer toutes les missions qui leur sont dévolues par la loi, en particulier celles, plus qualitatives, de connaissance des publics et des besoins, de renforcement de l'expression des usagers et d'information et d'appui à la personne (II). En outre, les conditions de fonctionnement actuelles ne garantissent pas l'égalité des droits (III).

Chapitre I

Le guichet unique : une mission prioritaire assurée

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont désormais opérationnelles. L'accueil des personnes handicapées est en progrès sensible. L'accueil téléphonique demeure toutefois perfectible. L'instruction pluridisciplinaire voulue par le législateur a été mise en place mais ne porte, dans les faits, que sur les demandes de compensation. Du fait de la forte progression des demandes adressées aux MDPH, celles-ci sont, en effet, conduites à réserver un traitement administratif à la majorité d'entre elles. Par ailleurs, elles ne sont pas en mesure de s'assurer de la mise en œuvre des décisions qu'elles prononcent.

I - Le défi du traitement de masse est relevé

Le volume croissant de dossiers traités est un témoignage de la montée en charge des MDPH malgré les difficultés de recrutement auxquelles elles ont été confrontées. Si les délais semblent aujourd'hui maîtrisés, la fiabilité de leur mesure est sujette à caution.

A - La typologie des demandes ne se distingue pas des moyennes nationales

La typologie régionale des demandes relatives aux adultes ne révèle pas de divergences majeures avec la situation nationale : on observe la même prépondérance de l'ensemble constitué par les demandes de cartes (invalidité, priorité et stationnement), de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et d'allocations aux adultes handicapés (AAH), devant les demandes d'orientation et de formation professionnelle (ORP).

À l'exception de la MDPH des Landes, l'Aquitaine se distingue toutefois par un volume plus important en matière d'allocation aux adultes handicapés (entre 17 et 22 % contre 16 % en moyenne nationale) et moindre pour les orientations professionnelles (ORP) (entre 8 et 10 %).

Tableau n° 4 : répartition des principales demandes « adultes » en 2012

Adultes	AAH	CR*	RQTH	ORP	cartes	PCH
Dordogne	22 %	5 %	18 %	10 %	33 %	8 %
Gironde	20 %	8 %	18 %	8 %	35 %	7 %
Landes	15 %	7 %	18 %	14 %	36 %	6 %
Lot et Garonne	22 %	8 %	16 %	10 %	32 %	7 %
Pyrénées-Atlantiques	17 %	6 %	17 %	8 %	42 %	5 %
<i>Moyenne nationale</i>	<i>16 %</i>	<i>6 %</i>	<i>16 %</i>	<i>12 %</i>	<i>37 %</i>	<i>7 %</i>

Source : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (données déclarées par les MDPH)

* Complément de ressources

Les dossiers de prestation de compensation du handicap ne représentent qu'entre 5 et 8 % du total mais leur traitement absorbe près de 50 % des ressources des groupements d'intérêt public. La gestion de ces dossiers complexes se révèle, en effet, lourde pour les équipes et appelle des délais de traitement plus longs.

Les demandes concernant les enfants représentent en moyenne 20 % de l'ensemble des demandes en 2012, contre 18 % en 2010. Les

demandes d'allocation d'éducation pour enfant handicapé (AEEH) et d'orientation en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) constituent en moyenne les deux-tiers de l'ensemble. Celles d'auxiliaires de vie scolaire (AVS) viennent ensuite (entre 12 à 19 % des demandes).

**Tableau n° 5 : répartition des principales demandes « enfants »
en 2012**

Enfants	Orientations en ESMS	AVS	cartes	Avis de transport scolaire	AEEH et complément	PCH
Dordogne	Non disponible*					
Gironde	24 %	12 %	13 %	0 %	42 %	5 %
Landes	29 %	19 %	10 %	11 %	26 %	4 %
Lot et Garonne	30 %	16 %	9 %	4 %	36 %	3 %
Pyrénées-Atlantiques	31 %	17 %	10 %	1 %	36 %	4 %
Moyenne nationale	29 %	15 %	11 %	5 %	29 %	4 %

Source : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (données déclarées par les MDPH)

** pour la MDPH de Dordogne, les données de la prestation de compensation du handicap pour les enfants et des cartes d'invalidité et de priorité pour les moins de 20 ans sont manquantes.*

La part des prestations de compensation du handicap (PCH) (entre 3 et 5 %) est inférieure à celle constatée pour les adultes. Les enfants ne sont en effet éligibles que depuis avril 2008.

B - Les volumes traités sont considérables

Les volumes traités en Aquitaine témoignent de la montée en charge des différents groupements d'intérêt public de la région. Elle est aussi la conséquence d'une meilleure visibilité des MDPH, de l'apparition de la nouvelle prestation de compensation mais aussi de l'élargissement du champ des handicaps reconnu par la loi de 2005 comme le handicap psychique ainsi que les troubles des apprentissages des enfants. La nouvelle version du formulaire unique de demande, mise en place en 2009, aurait incité l'utilisateur à solliciter la totalité des prestations, quelle que soit sa situation, et à multiplier ainsi artificiellement la charge de travail administrative.

La pression des demandes déposées a toutefois différé substantiellement selon les départements. Sur l'ensemble de la période 2006-2010, correspondant à la phase de montée en charge, le nombre des demandes adressées à la MDPH de la Gironde s'était ainsi accru de près de 25 % contre 54 % pour celle des Landes. L'importance du stock, hérité des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel et des commissions départementales d'éducation spéciale par la MDPH de Gironde, l'a ainsi conduite à prendre des mesures ponctuelles pour le résorber (fermetures exceptionnelles et recrutements de vacataires chargés du traitement des dossiers du stock).

Tableau n° 6 : volumes de demandes/décisions par MDPH

	Demandes			Décisions		
	2006	2010	2012	2006	2010	2012
Dordogne	10 524	14 471*	16 396	12 445	14 059*	14 639
Gironde	56 200	70 033	76 158	43 293	55 423	70 191
Landes	11 596	17 886	19 470	13 512	16 862	20 998
Lot-et-Garonne	10 894	14 336	18 482	10 894	16 881	18 733
Pyrénées- Atlantiques	22 637	31 863	35 213	23 007	30 656	32 080

Sources : rapports d'activité des MDPH pour 2006 et 2010, et CNSA pour 2012

* données 2009

Relativement stable pendant ses premières années de fonctionnement, le nombre de demandes adressées à la MDPH des Pyrénées-Atlantiques a connu depuis 2009 une forte progression.

Le Lot-et-Garonne bénéficie à l'inverse d'une situation moins tendue. Les chiffres antérieurs à la constitution des MDPH montrent une progression modeste de 16 % des dossiers déposés pour les adultes entre 2004 et 2010, le taux moyen de demandes déposées dans l'année pour 1 000 habitants restant en 2010 très inférieur aux moyennes nationales (34 contre 54 pour les adultes, 9 contre 29 pour les enfants).

L'accroissement des décisions sur la période traduit la progression de l'activité des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Elle n'est cependant pas linéaire, le moindre incident perturbant sensiblement le rendement de services fonctionnant à flux tendus. Des postes de médecins vacants pendant plusieurs mois provoquent des goulets d'étranglement, source de reconstitution de

stocks. En Gironde par exemple, le stock de dossiers en attente au début de l'année 2010 était supérieur à 5 500. À la fin de l'année, le stock avait fortement décru (inférieur à 2 800), tendance qui a perduré en 2011 avant de sensiblement augmenter depuis (4 300 dossiers mi-2012) en raison de l'indisponibilité de plusieurs médecins du service évaluation-suivi.

Dans les Landes, plusieurs événements conjoncturels survenus simultanément en 2009 sont à l'origine d'un ralentissement ponctuel dans le traitement des demandes : intégration de trois nouveaux agents instructeurs ayant dû être formés avant qu'ils deviennent opérationnels, temps d'appropriation du logiciel remplaçant ceux hérités de la gestion par l'État, déménagement et regroupement de l'ensemble des services dans de nouveaux locaux.

Quoi qu'il en soit, cette progression n'est pas terminée. Des changements réglementaires, comme l'obligation de procéder à une analyse de la reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés et de l'orientation professionnelle pour toute demande d'allocation aux adultes handicapés¹² (2009) ou la limitation de l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés à deux ans au lieu de cinq (2011) augmentent mécaniquement le nombre de décisions à prendre.

Les effets du décret du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés aux personnes handicapées

Le texte précise la notion de « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi », prévue à l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale en tant que critère d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés aux personnes dont le taux d'incapacité permanente est compris entre 50 et 79 %.

Il diminue par ailleurs la durée de validité de la reconnaissance d'une telle restriction (qui peut varier entre un et deux ans) et donc la durée d'attribution de ladite allocation. Les demandes de renouvellement en la matière interviendront, de ce fait, plus fréquemment.

Les travaux engagés par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du ministère des affaires sociales et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) devraient avoir pour effet d'améliorer l'efficacité des procédures et d'accroître, par conséquent, le service rendu aux usagers. Leurs résultats particulièrement attendus car ils devraient améliorer la procédure.

¹² Article 182 de la loi de finances pour 2009.

C - Les délais de traitement sont en apparence respectés

En application de l'article R. 241-33 du code de l'action sociale et des familles, les MDPH disposent d'un délai de quatre mois pour se prononcer sur les demandes dont elles sont saisies. Leur performance en la matière s'apprécie en calculant le délai moyen de traitement, qu'il s'agisse de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, d'une orientation professionnelle ou d'une prestation.

Jusqu'en 2010, les délais constatés en Aquitaine correspondaient peu ou prou aux moyennes nationales sans pour autant satisfaire les objectifs fixés par la réglementation. Le délai de traitement des demandes, malgré les efforts des services pour diminuer le stock de dossiers en attente, peinait en effet à passer en dessous des 4,5 mois, à l'exception des MDPH des Landes et du Lot-et-Garonne.

Une simplification des procédures, engagé entre les services de l'État, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les associations représentant les personnes handicapées et les MDPH, a abouti à la refonte du certificat médical simplifié lorsque l'état de santé ou le handicap de la personne est stable, au passage de la fourniture de pièces justificatives à des procédures déclaratives, et à une simplification des décisions de renouvellement.

Le raccourcissement des délais constaté en 2012, hormis pour la Dordogne et la Gironde pour les enfants, montre que ces mesures semblent avoir porté leurs fruits.

**Tableau n° 7 : délais moyens d'instruction des demandes déposées
(en mois)**

	2010		2012	
	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants
Dordogne	4	2	5	3
Gironde	4,5	2,25	4	4
Landes	4	2,1	2,1	1,5
Lot-et-Garonne	2,75	1,42	2,4	1,3
Pyrénées-Atlantiques	4,7	2,5	2,8	3
<i>Moyenne nationale</i>	<i>4,6</i>	<i>3</i>	<i>4,4</i>	<i>3,1</i>

Ces constats doivent toutefois être nuancés au vu de la faible fiabilité des décomptes présentés aux équipes de contrôle. Quant aux délais d’instruction, ils sont parfois réduits en faisant courir le délai à partir de la clôture de l’instruction ou en escamotant certaines étapes comme la notification. De surcroît, ils semblent parfois être calculés hors prestation de compensation du handicap¹³, dont l’instruction, plus complexe, requiert davantage de temps (7,8 mois en moyenne dans les Pyrénées-Atlantiques mais seulement 4,3 mois dans les Landes).

Le délai moyen de traitement des demandes « enfants » est plus réduit que celui des demandes « adultes », ce qui s’explique à la fois par l’urgence particulière avec laquelle ils sont considérés pour respecter les échéances de la rentrée scolaire et par leur moindre complexité relative (les dossiers de prestation de compensation du handicap sont moins nombreux).

II - L’accueil des personnes handicapées est en progrès

De façon générale, le principe du guichet unique s’est concrétisé de façon satisfaisante dans les cinq départements, plus ou moins rapidement certes, mais avec des avis globalement positifs de la part des associations d’usagers. L’accueil téléphonique est perfectible et gagnerait à être complété par un site internet dans plusieurs MDPH.

A - L’accueil sur place s’est amélioré

Les commissions techniques d’orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et les commissions départementales d’éducation spéciale (CDES) n’avaient pas de mission d’accueil. Les associations interrogées en mai 2005 par la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie sur la priorisation de leurs attentes vis-à-vis des MDPH avaient toutes souligné l’importance de la création de vrais services d’accueil.

¹³ Certaines maisons départementales des personnes handicapées ne renseignaient pas cet indicateur dans les états statistiques annuels adressés à la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie.

En Aquitaine, des locaux accessibles ont été généralement mis à disposition par les conseils généraux et rénovés à cette fin dans un délai plus ou moins bref. Toutes les structures disposent aujourd'hui de locaux adaptés et correctement desservis par les transports en commun.

MDPH des Pyrénées-Atlantiques – L'antenne de Bayonne intègre de nouveaux locaux plus adaptés en 2012

L'antenne de Bayonne, ouverte depuis le début de l'année 2007, ne répondait pas totalement aux normes légales requises pour l'accueil des personnes handicapées. De nouveaux locaux ont été inaugurés en avril 2012 au sein du Pôle solidarité d'Anglet, bâtiment neuf construit pour accueillir aussi les agents de la Maison de la solidarité départementale, du pôle gérontologique et du centre communal d'action sociale d'Anglet.

De façon générale, les MDPH ont toutes entamé une refonte de leur dispositif d'accueil en réponse aux observations des usagers. Le renforcement des équipes et la constitution d'un service à part entière concrétisent ces évolutions, observées dans tous les départements.

MDPH du Lot-et-Garonne – Une organisation repensée avec l'aide des associations

L'organisation de l'accueil physique était jugée insuffisante. Les associations ont noté et apprécié les améliorations apportées depuis décembre 2010 – sur leur demande – pour améliorer la confidentialité, la permanence téléphonique et le recrutement d'un agent d'accueil supplémentaire. Des travaux de restructuration des locaux ont été récemment conduits à cette fin. Les demandes font l'objet d'un accusé de réception systématique. Les usagers disposent d'un contact avec un numéro d'appel pour s'informer de l'avancement de leur dossier auprès d'un référent.

La participation des associations de personnes handicapées à la fonction accueil semble se généraliser, les MDPH profitant de travaux d'aménagement pour prévoir la mise à leur disposition d'un bureau dédié. Elles y renseignent les personnes handicapées sur leurs droits mais peuvent également les accompagner dans leurs démarches, notamment la rédaction du projet de vie.

L'objectif assigné aux MDPH était également d'améliorer le maillage territorial, dans une logique de réseau, pour accueillir et informer les personnes qui ne sont pas en mesure de se déplacer au siège du groupement d'intérêt public.

À cette fin, les maisons ont toutes conclu des partenariats avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC¹⁴) et les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS) qui accueillent des permanences selon des fréquences variables. Les associations et les mutuelles sont également sollicitées afin de diffuser de l'information de premier niveau sur les circuits des dossiers et les modes d'évaluation.

Les MDPH du Lot-et-Garonne ou des Landes ont par ailleurs choisi d'ouvrir des antennes locales greffées sur les unités territoriales d'action sociale du conseil général¹⁵. À l'inverse, la MDPH de la Gironde ne dispose d'aucune antenne sur le territoire, pourtant étendu, du département. Les associations sont, il est vrai, partagées sur l'intérêt des antennes locales : les unes jugent leur utilité potentielle limitée au regard des moyens à mettre en œuvre pour les faire fonctionner alors que les autres considèrent que de telles antennes seraient nécessaires.

Quelle que soit l'organisation retenue, il convient de s'assurer de sa cohérence avec les objectifs des groupements d'intérêt public. Or aucun plan d'actions ne vient généralement formaliser une quelconque réflexion en ce domaine. Il n'existe de statistiques ni sur le niveau des demandes, ni sur leur origine, les tendances évoquées par les agents lors de l'instruction procédant d'estimations libres.

MDPH de la Dordogne – L'évolution du rôle des centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Cinq conventions ont été signées avec les centres locaux d'information et de coordination du département, susceptibles de jouer à terme le rôle de guichet unique déconcentré de la MDPH. En 2010 cependant, 0,10 % seulement des demandes reçues transitaient par ce canal. L'examen de ces conventions montre qu'elles n'ont pas été conclues par le GIP mais par le conseil général. Elles évoquent certes la diffusion d'informations relatives au handicap, mais ne font mention ni de la MDPH ni de modalités de collaboration particulières.

Un renforcement du rôle de relais locaux des CLIC a depuis été acté dans le cadre du schéma départemental en faveur des personnes handicapées adopté en juin 2012.

¹⁴ Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont des dispositifs d'accueil, d'information, de conseil et d'orientation pour les personnes âgées et leur entourage.

¹⁵ Des permanences d'accueil sont organisées dans les huit centres médico-sociaux du département en Lot-et-Garonne.

B - L'accueil téléphonique fait l'objet de critiques récurrentes

La difficulté de joindre la MDPH à certaines heures de la permanence téléphonique et la mauvaise qualité des réponses apportées par les agents d'accueil sont régulièrement critiquées par les associations.

Nonobstant des problèmes techniques de saturation du réseau téléphonique, les services d'accueil doivent en effet faire face au problème structurel que représente le volume de sollicitations par téléphone. À ce phénomène d'encombrement s'ajoute la difficulté pour les agents de répondre à des questions complexes ou portant sur l'évaluation d'un dossier déposé. Le recensement exhaustif des appels décrochés, mis en place, dès 2007, par la MDPH des Landes, a ainsi montré que plus de la moitié des 2 000 appels mensuels reçus en 2010 étaient consacrés au suivi de l'avancement des dossiers.

Des efforts ont été faits pour pallier ces difficultés.

La MDPH de la Dordogne a indiqué avoir recruté fin 2011 un second agent d'accueil et organisé des permanences au sein des services, des instructeurs étant affectés par demi-journée à la prise d'appels pour les demandes plus complexes. Ces mesures ont vocation à réduire le délai d'attente et améliorer le taux d'appels décrochés.

En Gironde, une procédure d'accueil à deux niveaux a été instaurée. L'information des usagers sur des questions simples ou sur le suivi administratif de leur dossier est faite directement par les agents du service d'accueil. Les questions plus complexes, portant sur le contenu du dossier ou les dispositifs existants, sont orientées vers la permanence sociale (un agent) ou vers les services compétents (généralement le service évaluation-suivi et ses coordonnateurs). La démarche se heurte cependant à la faible disponibilité de ces derniers, dans la mesure où ils ne peuvent à la fois répondre aux nombreuses sollicitations téléphoniques et assurer leurs travaux d'évaluation.

Malgré ces mesures, l'insatisfaction des usagers en matière d'accueil et d'information reste d'autant plus forte que les demandes poursuivent leur progression. Des incidents graves (agressions verbales notamment) ont ainsi parfois été rapportés. Ces conditions de travail renforcent la pénibilité des postes d'accueil dont les titulaires n'ont pas semblé bénéficier, sinon récemment, de formations adaptées.

C - L'accueil numérique a été négligé

Les sites internet, lorsqu'ils existent (deux MDPH ne possédaient qu'une simple page d'information hébergée sur le site du conseil général), sont rudimentaires. Eu égard au flux considérable de demandes, la mise en place de ces nouveaux modes d'information constitue un enjeu majeur pour les MDPH, en particulier le dossier en ligne dont le demandeur pourrait ainsi suivre l'état d'avancement.

La qualité et la richesse du site internet de la MDPH des Landes font ici figure d'exception et pourraient inspirer ses homologues.

MDPH des Landes – un site internet adapté

Créé dès 2007 et régulièrement mis à jour, le site internet apparaît riche de contenus et d'une lisibilité aisée. Il comporte une rubrique « actualités » et de nombreux liens vers les partenaires du groupement d'intérêt public. Les formulaires de demandes peuvent être téléchargés et diverses fiches pratiques (relatives par exemple à la compensation, à la scolarisation, à la formation, à l'emploi, aux ressources et aux diverses cartes) sont proposées.

En 2010, le site a reçu près de 3 500 visites mensuelles. En outre, la MDPH a répondu cette année-là à 204 courriels déposés dans la boîte aux lettres électronique.

Les MDPH de la Dordogne et du Lot-et-Garonne ont indiqué que la mise en place de leur site internet était en cours. Les retards constatés sont préjudiciables s'agissant d'un outil précisément destiné à un public à mobilité souvent réduite. Son absence renforce la forte pression sur l'accueil téléphonique. D'ailleurs, la CNSA et la direction générale de la cohésion sociale ont élaboré et diffusé un guide pour la mise en place d'un suivi en ligne des demandes en décembre 2012¹⁶.

¹⁶Guide d'aide à la mise en place du suivi en ligne des demandes déposées par les usagers fondé sur les retours d'expérience des maisons départementales des personnes handicapées.

III - L'évaluation pluridisciplinaire est réservée à certaines situations

Une équipe pluridisciplinaire¹⁷ est chargée d'évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée et son taux d'incapacité permanente puis de proposer un plan personnalisé de compensation du handicap. L'étude pluridisciplinaire des demandes adressées aux MDPH représente la garantie d'une réponse de compensation complète et adaptée aux besoins des personnes handicapées.

A - Les équipes pluridisciplinaires ont été mises en place

Selon l'article R. 146-27 du code de l'action sociale et des familles (CASF), l'équipe pluridisciplinaire réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, et dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire. Sa composition doit permettre l'évaluation des besoins de compensation du handicap, quels que soient la nature de la demande et le type du ou des handicaps.

En Aquitaine, les MDPH ont cherché à trouver la meilleure manière de répondre à la diversité des âges, des types de handicap et des problématiques (emploi, éducation, vie à domicile, etc.). À cette fin, elles ont peu à peu adapté leur organisation pour privilégier la polyvalence et la transversalité et favoriser un traitement plus homogène des dossiers.

¹⁷Régie par les dispositions des articles L. 146-8, R. 146-27 et R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles.

MDPH des Landes – une équipe pour les 16/25 ans

Créée en janvier 2010, l'équipe pluridisciplinaire externe chargée des 16-25 ans dépasse les catégories d'âge traditionnellement retenues en matière de handicap (« enfants » jusqu'à 20 ans, « adultes » au-delà) afin d'apporter un traitement spécifique aux demandes de ces âges charnières.

Cette approche vise à appréhender le parcours du jeune handicapé dans sa continuité afin de préparer la transition vers les dispositifs pour adultes, tant en matière de prestations que d'orientation. Les échanges entre professionnels permettent d'optimiser les propositions faites à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et donc la prise en charge des intéressés. Des passerelles entre établissements peuvent être créées, par exemple, sous forme de stages ou d'accueil temporaire afin de préparer l'orientation vers ces structures. Les jeunes les plus en difficulté peuvent aussi se voir affecter un membre de l'équipe comme référent, pour les accompagner dans la définition de leur projet de vie et leur présenter le dispositif de compensation envisagé en leur faveur.

Cette équipe pluridisciplinaire 16-25 ans, dotée en propre d'une coordinatrice chargée de son animation, associe des professionnels médicaux, du secteur de l'emploi, de l'insertion, de l'enseignement adapté, des établissements sociaux et médico-sociaux. Elle examine toutes les premières demandes concernant les personnes handicapées de cette catégorie d'âge en matière d'orientation vers un établissement médico-social, d'orientation professionnelle et d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés ainsi que, plus généralement, toute situation considérée comme difficile.

Lorsque les spécificités de certains dossiers le justifient et que les MDPH ne disposent pas en interne de la capacité d'expertise requise, certains spécialistes extérieurs peuvent être appelés à réaliser des évaluations individuelles. C'est notamment le cas en matière d'insertion professionnelle et pour certaines déficiences spécifiques (auditives, visuelles, motrices).

La MDPH de la Gironde a, par exemple, organisé six formations devant lesquelles les dossiers sont présentés par un partenaire extérieur. À chaque formation correspond un partenaire : la MSA (mutualité sociale agricole, membre de la MDPH), le centre de rééducation et de réadaptation Tour de Gassières (polyhandicaps lourds), la CARSAT (caisse d'assurance retraite et de la santé au travail), l'ADAPT (association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées) et une équipe « UEROS » (unité d'évaluation de reclassement et d'orientation sociale, dont le rôle est de préparer la sortie des patients admis dans des services médicaux).

De telles organisations souples, innovantes et ouvertes, favorisent un traitement homogène des dossiers, la transversalité et l'association des professionnels aux évaluations, soit comme experts, soit en tant que membres des équipes externes.

B - Les plans de compensation ne sont proposés que pour les situations les plus complexes

Les équipes pluridisciplinaires sont censées élaborer pour chaque personne handicapée un projet de plan personnalisé de compensation du handicap (PPC), soumis à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) en même temps que la demande de prestation ou d'orientation. Le plan est conçu à partir du projet de vie et comprend « des propositions de mesures de toute nature (...) destinées à apporter (...) une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap »¹⁸. Il formalise ainsi l'accompagnement proposé par la MDPH à la personne handicapée.

Dans les faits, ces plans sont loin d'être généralisés. Compte tenu du volume de demandes, les MDPH réservent, en Aquitaine, l'approche personnalisée aux demandes présentant les enjeux les plus sensibles. En effet, certaines situations complexes, en particulier celles relatives à la prestation de compensation du handicap, nécessitent la mobilisation d'importants moyens de coordination et d'accompagnement, là où d'autres demandes simples peuvent être traitées sans faire intervenir autant d'acteurs.

Toutefois, alors que l'article L. 245-2 précise explicitement que « l'instruction de la demande de prestation de compensation comporte (...) l'établissement d'un plan personnalisé de compensation », toutes les demandes de compensation ne font pas l'objet d'un plan de compensation. Les remontées statistiques adressées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) jusqu'en 2010¹⁹ montraient ainsi qu'en moyenne près du quart des demandes de prestation de compensation du handicap (PCH) ne s'accompagnaient pas d'un plan personnalisé de compensation du handicap (PPC).

¹⁸ Article R. 146-29 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁹ La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a cessé de recenser les plans personnalisés de compensation du handicap (PPC) par la suite car cet indicateur était mal compris et recouvrait des interprétations très différentes, allant du document qui reprend les décisions proposées en réponse aux demandes au document qui liste l'ensemble des réponses à une situation.

Les équipes se consacrent prioritairement aux situations pour lesquelles le plan peut avoir une plus-value certaine : premières demandes, situations complexes, personnes ne bénéficiant pas d'un accompagnement par une association ou un service par exemple. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) comme les MDPH considèrent par ailleurs que le plan personnalisé de compensation (PPC) peut, en fonction de la complexité de la demande, être remplacé par un dialogue avec la personne ou des échanges moins formalisés comme des mails ou des rencontres physiques.

C - Les suites réservées aux orientations professionnelles ne satisfont pas les usagers

La loi Handicap a fait des MDPH le principal point d'entrée des personnes handicapées vers le service public de l'emploi²⁰ : elles sont chargées d'évaluer leur employabilité afin de les orienter vers le marché ordinaire du travail, le secteur protégé²¹ ou vers des actions de formation. Le service public de l'emploi (Pôle emploi et ses cotraitants spécialisés regroupés dans le réseau des Cap emploi) est alors chargé de mettre en œuvre les décisions prononcées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Les maisons accordent la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), au regard de l'obligation légale de l'emploi qui leur est garantie. Cette obligation ouvre également droit au bénéfice des aides de l'association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph) et du fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), créé en 2005.

En moyenne, plus de la moitié des demandes adultes comportent une étude de l'employabilité. En Lot-et-Garonne, par exemple, 56 % des demandes reçues en 2012 concernaient l'allocation adulte handicapé (22 %), le complément de ressources (8 %), la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (16 %) et l'orientation professionnelle (10 %).

²⁰ Article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles.

²¹ Orientation vers le marché du travail, orientation en centre de rééducation professionnelle ou centre de pré-orientation, orientation vers un établissement et service d'aide par le travail (ESAT).

Les MDPH ont à cette fin constitué des formations spécifiques. La présence du référent en matière d'insertion professionnelle²² et de représentants de Pôle emploi et des Cap Emploi permettent en théorie d'apprécier concrètement les besoins d'accompagnement de la personne handicapée.

En pratique, aux yeux des associations d'usagers, la situation ne semble guère avoir évolué par rapport au système antérieur.

L'effet des plans proposés est limité tant en raison du manque de places en centres spécialisés que des lacunes des dispositifs d'accompagnement sur le marché de travail ordinaire, dont la Cour des comptes s'était déjà fait l'écho dans un référé du 22 juin 2012²³.

Le pilotage par l'État de la politique d'insertion dans l'emploi des personnes handicapées - Extrait du référé du 22 juin 2012

« Dans un contexte rendu difficile par la remontée du chômage à partir de 2008, l'orientation vers les Cap emploi s'est faite, dans bon nombre de cas, selon une logique de quota : les agences de Pôle emploi ont orienté les demandeurs d'emploi vers les Cap emploi tant que des places y étaient disponibles. (...) Il en résulte une situation dans laquelle, au rebours de ce qui aurait été souhaitable, les orientations vers Cap emploi ont souvent concerné des personnes moins éloignées de l'emploi que celles accompagnées par Pôle emploi. (...) Cette situation dans laquelle les demandeurs d'emploi les moins éloignés de l'emploi ont bénéficié de l'accompagnement le plus favorable apparaît difficilement compatible avec le principe d'égalité des usagers devant le service public de l'emploi. »

Les MDPH ne peuvent être jugées responsables de dysfonctionnements postérieurs à la décision d'orientation. La révision en cours de la gouvernance du dispositif d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, que facilite le recentrage dans les mains de l'État du pilotage de la politique de l'emploi prévu par la loi du 28 juillet 2011, devrait permettre d'améliorer cette situation.

Les associations rencontrées regrettent toutefois l'insuffisance des moyens consacrés, à leur démarrage, par les MDPH à l'orientation professionnelle. La difficulté à mettre en place la réforme de l'allocation

²² §8 de l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles : « Un référent pour l'insertion professionnelle est désigné au sein de chaque maison départementale des personnes handicapées ».

²³ Cour des comptes, *Référé, Le pilotage par l'État de la politique d'insertion dans l'emploi des personnes handicapées*. 22 juin 2012, 62 p., disponible sur www.ccomptes.fr

aux adultes handicapés (AAH) de 2008, selon laquelle toute demande ou renouvellement de la prestation est désormais systématiquement assortie d'une évaluation des capacités professionnelles de la personne concernée et d'une orientation, en témoigne.

Accroître l'employabilité des personnes handicapées :

La réforme de 2008

Aux termes de l'article 182 de la loi de finances pour 2009 (loi du 27 décembre 2008), une procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est désormais systématiquement engagée à l'occasion de l'instruction de toute demande d'attribution ou de renouvellement de l'allocation aux adultes handicapés. Cette reconnaissance s'accompagne d'une orientation (ORP) vers un établissement ou service d'aide par le travail, vers le marché du travail ou vers un centre de rééducation professionnelle. Réciproquement, une décision d'orientation vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Dans le cas de la MDPH du Lot-et-Garonne par exemple, la comparaison des décisions d'allocation aux adultes handicapés (AAH), de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et d'orientation professionnelle (ORP) montre que si la progression des RQTH se dégage nettement de celle des AAH à partir de 2009, la part des orientations professionnelles rapportée aux décisions d'AAH diminue régulièrement depuis 2007. Les ORP représentaient 61 % des AAH en 2007 mais seulement 48 % en 2010.

Les constats faits en Aquitaine rejoignent ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Selon la caisse, la participation de ces acteurs extérieurs de l'insertion professionnelle aux travaux des MDPH en nombre reste peu importante – de l'ordre de 30 équivalents temps plein au niveau national. Or c'est par l'intermédiaire de ces partenaires que les MDPH peuvent entrer en relation avec le monde du travail.

Deux dispositions de la loi du 28 juillet 2011 prévoient de mieux associer les MDPH aux dispositifs d'insertion professionnelle :

- le plan régional d'insertion des travailleurs handicapés comprendra un diagnostic régional intégrant les diagnostics locaux établis avec la collaboration des référents pour l'insertion professionnelle des MDPH ;

- les MDPH seront intégrées aux contrats d'objectifs et de moyens signés par l'État avec le service public de l'emploi, l'association de gestion des fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph) et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).

La constitution d'une expertise propre en matière d'orientation professionnelle est par conséquent pour les MDPH un enjeu majeur dans les années à venir.

Une expérimentation sur l'employabilité des demandeurs d'AAH a d'ores et déjà été conduite par la CNSA dans 10 départements en 2011/2012. Sa généralisation progressive a été décidée dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté et se poursuivra dans 30 départements en 2014.

Certains groupements d'intérêt public ont, par ailleurs, cherché à mieux anticiper l'orientation professionnelle. La MDPH de la Dordogne a, par exemple, mis en place en 2011 des réunions d'information à l'attention des primo-demandeurs de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, animées conjointement par le référent insertion professionnelle, une assistante sociale de la MDPH, Pôle Emploi et Cap Emploi. Elles visent à permettre aux usagers de définir leur projet professionnel et d'identifier les ressources disponibles en termes d'accompagnement.

IV - La qualité du service rendu est mal mesurée

A - Les GIP ne disposent pas de questionnaires de satisfaction

Dans le cadre de ses missions de pilotage du réseau, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) avait mis en place dès 2007 un questionnaire de satisfaction, en collaboration avec des représentants des associations et des MDPH, afin que celles-ci puissent disposer d'un retour d'information sur leur action et améliorer le service rendu aux personnes handicapées et à leurs proches.

Anonyme, facultatif et ne comportant aucune donnée personnelle, ce questionnaire passe en revue les principales missions confiées aux MDPH et offre la possibilité d'exprimer une appréciation globale. Diffusé à partir de 2008, il a suscité peu de réponses de la part des usagers. Pour la CNSA comme pour les directeurs des MDPH, la longueur du

questionnaire a sans doute dissuadé les personnes handicapées de répondre sans une aide appropriée.

Constatant ce faible écho, la MDPH des Landes confie depuis 2007 une mission d'évaluation de la prestation de compensation du handicap à une association gestionnaire d'établissement pour handicapés.

Évaluation de la prestation de compensation du handicap (PCH) dans les Landes

Selon l'évaluation réalisée par le groupement d'intérêt public en 2010, 70 % des personnes interrogées ont déclaré avoir reçu une aide pour formuler un projet de vie de la part des assistantes sociales de secteur, des associations représentant les personnes handicapées et(ou) de la MDPH.

S'agissant de l'évaluation des besoins de compensation, 87 % des tributaires ont le sentiment d'avoir pu exprimer en détail leur situation et estiment avoir reçu une écoute attentive à cette occasion.

Enfin, 80 % des personnes rencontrées estiment que le plan de compensation accordé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) correspondait bien à leurs besoins et à leurs souhaits. Pour les 20 % restant, les principaux motifs d'insatisfaction ont trait à l'insuffisance des heures d'aide humaine attribuées, à la non-prise en compte des besoins en aide-ménagère ou à la faiblesse de l'aide accordée pour favoriser la participation à la vie sociale de la personne handicapée.

Il ressort également de cet audit que la prestation de compensation du handicap (PCH) améliore la qualité de vie pour 91 % des personnes rencontrées, 86 % d'entre elles considérant cette prestation adaptée à leurs besoins. La professionnalisation de l'aide humaine est également saluée, en particulier par les aidants familiaux. Ces derniers considèrent que le recours à une aide extérieure leur a permis de réduire la fatigue physique (58 %), de dégager du temps pour eux-mêmes (30 %) et, dans une moindre mesure, de reprendre une activité professionnelle à temps partiel (seulement 11 %).

L'intérêt de la démarche d'évaluation externe testée par la MDPH des Landes paraît réel et répond à la nécessité de proposer de nouvelles modalités d'enquête.

B - La formation des membres des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est insuffisante

Les rapports d'activité compilés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) témoignent d'échanges dans d'autres régions prenant la forme de comités permanents, de commissions

extraordinaires de doctrine et de jurisprudence, ou quelquefois même de véritables journées techniques, de type séminaire. L'objectif est de créer une dynamique de partage entre les membres de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, les personnels de la maison départementale et les partenaires extérieurs, de favoriser le développement d'une culture commune et de réduire ainsi les écarts entre le traitement des demandes.

De telles pratiques sont restées jusqu'en 2011 peu répandues en Aquitaine. Depuis, des initiatives ont toutefois émergé sous la forme de séances « blanches » et de sessions de formation destinées aux membres de la commission. Elles devraient permettre d'améliorer à terme la qualité des décisions rendues.

MDPH des Pyrénées-Atlantiques – La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) en formation continue

En 2013, ont été mises en place deux sections locales (Pau et Anglet) et une section spécialisée (prestation de compensation du handicap) composées chacune de 12 membres. La séance plénière est désormais trimestrielle depuis janvier 2013. Elle a essentiellement pour rôle de veiller à l'uniformisation des réponses apportées par les deux sections locales, en élaborant notamment la jurisprudence pour que les décisions des sections soient uniformes. Par ailleurs, elle constitue l'espace de formation continue des membres de la commission des droits et de l'autonomie.

C - L'analyse des recours est superficielle

L'examen du fonctionnement des MDPH peut également être apprécié par l'analyse des recours formés contre leurs décisions. Différentes voies de recours sont possibles :

- recours gracieux, adressé au président de la MDPH ;
- conciliation et médiation ;
- recours contentieux²⁴.

²⁴ En application de l'article L. 241-9 du code de l'action sociale et des familles, ces recours sont portés, selon leur nature, soit devant la juridiction spécialisée chargée du contentieux technique de la sécurité sociale (tribunal du contentieux de l'incapacité, compétent en de nombreuses matières et notamment pour apprécier les contestations portant sur le taux d'invalidité), soit devant la juridiction administrative (recours relatifs à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, à l'orientation professionnelle et la carte de stationnement).

Aucune MDPH ne présente en Aquitaine de taux de recours alarmants, signe de la qualité des explications et de l'accompagnement apportés aux usagers.

Les statistiques reproduites dans les rapports d'activité ou les données transmises à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sont cependant difficiles à exploiter dans la mesure où elles sont le plus souvent incomplètes. En outre, et faute de ressource interne pour assumer cette mission, seule la MDPH des Landes a cherché, avant 2011, à analyser la nature des recours intentés ou des décisions prononcées par les juridictions.

L'initiative récente de la MDPH de la Gironde montre que cette étude est pourtant un facteur précieux d'amélioration de la qualité du cycle d'instruction. Trente pour cent des décisions seraient ainsi modifiées au bénéfice du demandeur à l'issue de la procédure de recours gracieux. À l'origine de ces décisions figure, le plus souvent, un dossier médical mal construit ou incomplet au départ. La directrice en a conclu qu'un travail pédagogique auprès des médecins référents devait être effectué. A la suite, un article a été publié dans le bulletin du conseil national de l'ordre des médecins.

En outre, ses services analysent depuis 2011 les jugements du tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) afin de mieux appréhender les motifs d'infirmité des décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et d'y remédier le cas échéant. Cette étude se heurte cependant à l'absence de motivation individualisée des décisions notifiées, ce qui ne permet pas une complète compréhension de la décision.

Pour tenter de dépasser ces difficultés, la MDPH a pris les mesures suivantes :

- la présence systématique, depuis janvier 2011, d'un médecin de la MDPH à chaque audience du tribunal, ce qui permet une meilleure argumentation de la position prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et une confrontation avec le médecin du tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) ;
- l'organisation de journées de travail réunissant les membres de l'équipe pluridisciplinaire et les membres du TCI : une première journée a été organisée en mai 2011 sur les prestations du secteur enfance, une autre début 2012 sur le secteur adulte.

Ces rencontres avec les représentants du tribunal du contentieux de l'incapacité ont permis de mettre en lumière les positions de ce dernier, notamment dans le cas des demandes d'assistants de vie scolaire, au sujet desquelles les points de vue divergent singulièrement.

La loi du 28 juillet 2011 prévoit la publication par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT)²⁵ d'un rapport annuel sur sa jurisprudence, ce qui devrait permettre aux MDPH de mieux connaître les règles de droit applicables. À ce jour, ce rapport n'a pas été publié.

Enfin, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a signalé qu'elle avait récemment mis à disposition des MDPH un tableau recensant les règles de droit confirmées et/ou interprétées par la Cour de cassation ou la CNITAAT en matière de contentieux des décisions de la commission.

D - Les décisions doivent faire l'objet d'un suivi systématique

Les décisions des MDPH trouvent parfois difficilement à s'appliquer. C'est le cas en particulier lorsqu'est prononcée une orientation en établissements et services à caractère social et médico-social (ESMS). Les carences de l'offre dans certains secteurs géographiques ou pour certains types d'établissements peuvent conduire à différer, parfois de plusieurs années, la mise en œuvre effective de la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ou à lui substituer une orientation par défaut. Il en

²⁵ Instance d'appel du tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI).

va de même des attributions d'assistants de vie scolaire chargés d'accompagner les enfants handicapés intégrés en classe ordinaire.

De telles situations sont dommageables tant pour les personnes handicapées et leurs familles, dont les besoins pourtant reconnus par la MDPH ne peuvent pas toujours être satisfaits, que pour la crédibilité de celle-ci, lorsque ses décisions restent durablement inexécutées.

La difficulté en la matière tient au fait que les décisions de la commission ne portent que sur l'orientation vers un type de structure (service d'éducation spéciale et de soins (SESSAD), institut médico-éducatif (IME), foyer d'accueil médicalisé (FAM), maison d'accueil spécialisée (MAS), etc.) mais ne valent pas affectation dans un établissement ou service nommément désigné. Dans un contexte de saturation de l'offre, les familles en sont alors réduites à prospecter les établissements, dans lesquels les admissions sont prononcées par les seuls directeurs, et, assez souvent, à prendre rang sur une liste d'attente.

Certes, on ne saurait imputer aux MDPH les insuffisances de l'offre en établissements et services²⁶ pas plus que l'accentuation des tensions résultant de certaines décisions administratives récentes, tel le refus de l'agence régionale de santé (ARS) de continuer à financer la « suractivité²⁷ » des instituts médico-éducatifs (IME).

Pour autant, le souci d'assurer le suivi de leurs décisions ne constitue pas pour les MDPH d'Aquitaine une préoccupation prioritaire, alors même que l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles dispose explicitement que chaque maison départementale des personnes handicapées « recueille et transmet (...) les données relatives aux suites réservées aux orientations prononcées par la commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées, notamment auprès

²⁶Selon l'agence régionale de santé, si l'offre proposée aux personnes handicapées en Aquitaine apparaît globalement satisfaisante par rapport aux taux d'équipements nationaux, les besoins spécifiques afférents à certains handicaps ou à certaines zones géographiques demeurent encore insuffisamment couverts. Le schéma régional d'organisation médico-sociale 2012-2016 (SROMS) a, en outre, confirmé l'existence de disparités interdépartementales relativement importantes dans la répartition de l'offre.

²⁷ L'amendement Creton (1989) impose le maintien des jeunes adultes de plus de 20 ans dans les instituts médico-éducatifs (IME) quand ils ne peuvent accéder, faute de places, dans les structures adaptées pour adultes ; les financements accordés par les directions départementales d'action sanitaire et sociale (DDASS) jusqu'en 2010 ont permis aux établissements de financer cette suractivité. À partir de 2010, les agences régionales de santé (ARS) ont mis un terme à ces pratiques en ne finançant les établissements d'accueil que dans la limite de leur agrément.

des établissements et services susceptibles d'accueillir ou d'accompagner les personnes concernées ».

Faute d'un outil de mesure, il est par exemple impossible de savoir si toutes les personnes orientées vers le marché du travail par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ont effectivement bénéficié d'un accompagnement par les services de Pôle emploi ou Cap emploi.

La connaissance des places vacantes et des listes d'attente apparaît quant à elle au mieux empirique : la plupart des MDPH ignorent si les personnes concernées ont donné suite à la décision prise. Elles se heurtent de surcroît au difficile partage des données avec les établissements (listes d'admission et listes d'attente de places), qui rend délicate la réalisation du bilan annuel de scolarisation des élèves handicapés dans le département ou du nombre d'orientations en établissements. Le suivi de l'effectivité des décisions prononcées est de fait conditionné par la possibilité d'obtenir des retours de tous les acteurs chargés de leur mise en œuvre : conseils généraux pour le paiement de la prestation de compensation du handicap (PCH), caisse d'allocations familiales (CAF) pour le paiement de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'allocation d'éducation pour enfant handicapé (AEEH), établissements médico-sociaux pour les orientations.

Dans ces conditions, le caractère parcellaire et le manque de fiabilité du recensement des places disponibles en établissements d'une part, des personnes bénéficiaires d'une décision d'orientation en attente d'affectation d'autre part, ne peuvent que compliquer l'ajustement entre l'offre et la demande au risque de priver d'effectivité certaines décisions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Récemment, plusieurs MDPH ont toutefois entrepris de mettre en place des dispositifs *ad hoc* et développé des réunions partenariales avec les gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées pour la gestion partagée des listes d'attente avec les établissements.

L'exemple du dispositif de suivi mis en place par la MDPH de la Gironde

La direction de cette MDPH a lancé une campagne de recensement en juillet 2012. Des tableaux ont été envoyés aux établissements afin que ces derniers les renseignent sur les personnes qui se sont manifestées auprès d'eux, celles qui ont été admises et celles dont la candidature a été rejetée ou qui se sont désistées. Parallèlement, la MDPH s'attache à comparer les résultats avec les décisions d'orientation prises par la commission des droits et de l'autonomie et des personnes handicapées (CDAPH), dans le but d'identifier la proportion des décisions suivies d'effets. S'agissant des enfants, il est demandé aux établissements, au cours d'une campagne d'affectation, de communiquer leurs prévisions de mouvements et, à partir des orientations décidées par la commission des droits et de l'autonomie et des personnes handicapées (CDAPH), les services de la MDPH tentent de proposer aux familles des enfants concernés une ou plusieurs adresses d'établissements correspondant à la catégorie désignée par la décision. La famille prend ensuite contact avec le ou les établissements désignés et la décision de placement revient au directeur de l'établissement. Depuis septembre 2012, la décision de la CDAPH précise le type d'établissement (obligation légale) et identifie un à trois établissements susceptibles d'accueillir l'enfant (mission facultative mais concomitante). Il incombe alors à la famille d'effectuer son choix (non impératif).

Un questionnaire est également adressé à l'ensemble des établissements médico-sociaux de la Dordogne pour recenser des informations sur la population accueillie et dénombrer les personnes sur liste d'attente depuis 2011. La MDPH des Landes a pour sa part indiqué qu'une enquête auprès des personnes handicapées détentrices d'une orientation ainsi qu'une étude sur la mise en place d'un logiciel commun de gestion des listes d'attente pour les établissements étaient en cours.

D'après la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), un groupe de travail associant les fédérations d'établissements médico-sociaux, les MDPH, les conseils généraux, les associations et les caisses d'assurance maladie a été constitué début 2013. Les premiers résultats sont attendus fin 2013 afin de définir la cible recherchée pour la mise au point d'un système homogène de suivi des orientations vers les établissements et services médico-sociaux.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

En matière d'accueil, la création des MDPH a constitué un progrès incontestable par rapport au fonctionnement des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et des commissions départementales d'éducation spéciale (CDES), jugé trop déshumanisé.

L'important volume de demandes entraîne toutefois des difficultés de gestion, en particulier au niveau de l'accueil téléphonique. Cette situation résulte notamment du trop faible recours aux solutions numériques (site internet). Celles-ci, particulièrement adaptées à une partie du public considéré, permettraient, au minimum, aux demandeurs de suivre les différents stades du traitement de leur dossier en ligne.

Pour améliorer les évaluations pluridisciplinaires, les MDPH ont instauré un véritable dialogue entre le demandeur et l'équipe pluridisciplinaire chargée de l'évaluation de sa demande. Toutefois, les nécessités du traitement de masse des dossiers et la montée en charge de la prestation de compensation du handicap (PCH) ont conduit à réserver cette évaluation aux seules demandes de compensation.

Enfin, les MDPH d'Aquitaine sont dépourvues d'instrument de mesure de la qualité de service, le lien avec les associations d'usagers se faisant aujourd'hui de façon informelle. Elles tardent, en outre, à mesurer l'effectivité de leurs décisions, alors que certaines décisions d'orientation qu'elles prononcent ne peuvent parfois recevoir d'application concrète du fait de la saturation des structures d'accueil. Une telle situation est susceptible de compromettre la confiance et les espoirs que les usagers ont légitimement placés dans ces nouveaux organismes.

La Cour et la chambre régionale des comptes formulent les recommandations suivantes à destination des cinq MDPH de la région Aquitaine :

- 1. faciliter les relations entre les demandeurs et les équipes des MDPH en développant les espaces numériques en relation avec la CNSA ;*
 - 2. développer le suivi des résultats pour s'assurer de l'effectivité des décisions prises par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).*
-

Chapitre II

Les missions innovantes : une mise en œuvre encore partielle

La loi du 11 février 2005 a confié aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) des missions plus innovantes, notamment celles de constituer des observatoires du handicap, d'accompagner l'expression des besoins de la personne handicapée ou de développer à leur profit des services d'appui et d'information. Elles tardent à être mises en œuvre.

I - La connaissance des publics est rudimentaire

Faute d'outils adéquats, les MDPH n'ont pas les moyens d'apporter à l'État et aux conseils généraux les informations utiles à la planification des réponses aux besoins des personnes handicapées.

A - Le recensement des personnes handicapées est difficile

La définition légale du handicap se révélant susceptible d'interprétations plus ou moins larges, le recensement du nombre de personnes handicapées s'en trouve incontestablement compliqué, ainsi que le montrent les résultats parfois hétérogènes des diverses sources statistiques disponibles.

Le guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie, publié par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2009, se faisait l'écho de cette situation en ces termes : « L'estimation du nombre de personnes handicapées ou dépendantes, la connaissance de leurs caractéristiques, de leur situation et de leurs difficultés est un préalable essentiel pour la définition des politiques publiques visant à répondre au mieux à leurs besoins. Pourtant, la connaissance des personnes en situation de handicap ou de dépendance demeure lacunaire tant la notion est complexe et les données nombreuses mais parcellaires. Les frontières mêmes du handicap sont encore soumises à débat, y compris au niveau international ».

B - Le rôle d'observatoire du handicap n'est pas assuré

L'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit que, « dans le cadre d'un système d'information organisé par décret », les MDPH transmettent notamment à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des données « relatives aux caractéristiques des personnes concernées ». Au plan local, tirant profit de la position privilégiée que leur donne leur statut de guichet unique, les MDPH ont donc vocation à jouer le rôle d'observatoire du handicap afin d'éclairer le pilotage de l'ensemble des politiques publiques en matière de handicap.

Si le système d'information national n'est toujours pas en place, les MDPH ne disposent pas de leur côté des outils et des données suffisantes pour l'alimenter.

Elles se heurtent tout d'abord à la difficulté de recenser de façon exhaustive le nombre total de personnes en situation de handicap. Les données officielles disponibles en la matière se limitent, en effet, le plus souvent au dénombrement des bénéficiaires effectifs de droits (prestations, services ou orientations en établissement) accompagnés par la MDPH.

La demande potentielle reste mal connue, certaines situations demeurant ignorées en raison du choix de certaines familles de garder le silence sur le handicap qui touche l'un des leurs et de ne pas solliciter le soutien des dispositifs légaux de compensation ou d'allocation auxquels ils auraient droit. L'existence de ces personnes handicapées, dites « invisibles », n'ayant jamais bénéficié d'un accompagnement de la MDPH, n'est alors révélée qu'à l'occasion de la défaillance des aidants familiaux.

Les analyses épidémiologiques répartissant l'ensemble des personnes accompagnées entre les différents types de déficiences font par ailleurs défaut. Une tentative d'« enquête médicale départementale » visant à la codification médicale des déficiences et pathologies à l'origine des handicaps a été entreprise par les médecins de la MDPH des Landes entre 2007 et 2009. Cette démarche n'a toutefois pu alors être menée à terme en raison de certaines difficultés méthodologiques (absence de référentiels faisant autorité) et juridiques (confidentialité des données médicales). Plusieurs MDPH de l'Aquitaine ont d'ailleurs regretté que cette fonction d'observation n'ait pu être davantage accompagnée et harmonisée au niveau national.

En réponse, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) propose, depuis septembre 2013, un référentiel de codage des déficiences. Cet outil est le résultat d'un travail mené avec les équipes des MDPH à partir de la classification internationale des maladies (CIM 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)²⁸. Il permettra de disposer d'éléments statistiques sur la nature des handicaps présentés par les personnes connues de la MDPH et de croiser ces informations avec les décisions rendues par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Si l'on comprend que ces missions d'observation ne pouvaient être engagées qu'une fois l'organisation et le fonctionnement des groupements d'intérêt public (GIP) stabilisés, les conditions semblent désormais réunies pour que les MDPH développent les instruments permettant d'identifier les besoins et les réponses à apporter. La MDPH des Landes a ainsi indiqué qu'elle lancerait en 2014 un tel observatoire auquel participera l'ensemble des partenaires du champ du handicap.

II - L'expression de la personne handicapée demeure limitée

L'examen des situations individuelles est fondé sur l'expression des souhaits de la personne handicapée, si possible formalisés dans un projet de vie. La loi du 11 février 2005 a, en outre, garanti son droit à être

²⁸ Un groupe de travail issu des coordonnateurs a sélectionné un ensemble de codes représentant les pathologies les plus susceptibles d'être à l'origine de handicaps. Un recueil systématique et harmonisé des déficiences, et notamment de la déficience principale, a également été fourni aux maisons départementales des personnes handicapées.

entendue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). En pratique, ces principes ne sont pas toujours mis en œuvre.

A - Le recueil préalable des besoins est modeste

La reconnaissance de la place de la personne dans le processus d'instruction est un enjeu majeur pour l'appréciation individualisée et globale de sa situation, élément fondamental introduit par la loi Handicap.

L'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée s'effectue en théorie sur la base de son projet de vie et dans le cadre d'un dialogue avec celle-ci et ses proches.

1 - La notion de projet de vie n'a pas trouvé sa place

Aux termes de l'article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles, l'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée en tenant compte de ses souhaits, formalisés dans son projet de vie.

C'est au demandeur qu'il revient de s'exprimer librement sur ses aspirations, ses besoins et ses souhaits, dans le cadre du formulaire unique de demande. En l'absence de guide pratique, le contenu du projet de vie est cependant difficile à formaliser. Il manque souvent de détails concrets et pratiques qui permettraient de mieux cerner les besoins de la personne.

En 2010, seulement 9 % des personnes ayant déposé une demande auprès de la MDPH des Pyrénées-Atlantiques avaient bénéficié d'une aide à la rédaction d'un projet de vie. Les MDPH de la Dordogne, du Lot-et-Garonne et de la Gironde ne recensent ni les projets de vie exprimés, ni le nombre de personnes ayant bénéficié d'une aide à son élaboration. Quoiqu'il en soit, le nombre de personnes exprimant spontanément leur projet de vie reste en général très faible.

Il en résulte de nombreuses situations où les besoins n'ont pas été correctement compris et, partant, pas véritablement pris en compte. Déçus, beaucoup de demandeurs considèrent que les équipes préconisent des solutions en fonction des représentations qu'elles ont de certains handicaps et non en fonction du projet de vie des personnes. Cette remarque s'applique plus particulièrement aux demandes liées aux personnes atteintes de handicaps psychiques, dont les représentants associatifs estiment qu'ils sont très mal connus des MDPH.

En application de l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles qui dispose que « la MDPH assure à la personne handicapée

et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie », le cadre B du formulaire prévoit pourtant que la personne handicapée puisse demander à être aidée par un professionnel de la MDPH pour exprimer ses attentes et ses besoins. Mais les MDPH n'ont pu s'impliquer dans un premier temps dans l'élaboration du projet de vie, la démarche étant particulièrement consommatrice de temps.

Depuis 2009, des solutions concrètes ont commencé à être proposées en renforçant les moyens d'accueil :

- mise en place d'un second niveau d'accueil spécifique ;
- intervention d'une permanence sociale qui peut, sur demande des usagers et sur rendez-vous, les accompagner dans la démarche de rédaction ;
- extension de l'accueil des personnes handicapées dans tous les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), ce qui permettra d'apporter une nouvelle réponse pour aider à la formulation du projet de vie ;
- aide en ligne pour remplir le formulaire de demande, avec une partie projet de vie qui fera l'objet de recommandations et d'indications spécifiques.

Des expériences d'aide à l'expression du projet de vie par des associations, financées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ont en outre été menées, notamment dans certaines MDPH de la région.

Pourtant, au-delà de la question du coût de ce soutien et de la formation des intervenants, les demandeurs eux-mêmes remettent parfois en cause cette demande d'expression, la jugeant intrusive. Parmi eux, beaucoup ont en effet une demande bien précise (maintien dans l'emploi, obtention de ressources, demande de cartes, etc.) et ne voient pas l'intérêt de rédiger un tel projet.

En définitive, le « projet de vie » n'a pas encore trouvé pleinement sa place auprès des MDPH comme des demandeurs. Le conseil scientifique de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) vient d'engager des travaux sur ce concept et sur le type d'accompagnement possible.

2 - Les rencontres restent minoritaires

L'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles donne à l'équipe pluridisciplinaire la faculté d'entendre, « soit sur sa propre initiative, soit lorsqu'ils en font la demande », la personne handicapée,

ses parents lorsqu'elle est mineure, ou son représentant légal. À cette fin, elle peut choisir de se rendre sur le lieu de vie de la personne.

La question de la place réellement accordée à la personne lors de cette phase est difficile à établir, les MDPH du Lot-et-Garonne, de la Dordogne et de la Gironde ne recensant pas le nombre de rencontres effectuées à domicile ou au siège du groupement d'intérêt public (GIP). Les données disponibles et les témoignages des associations montrent toutefois que la nécessaire évaluation préalable des besoins de la personne handicapée ne semble pas donner lieu, dans les trois quarts des cas, à une rencontre physique.

Si une visite sur place est généralement prévue pour les demandes de prestation de compensation du handicap, elle est exceptionnelle dans tous les autres cas. Cette situation n'est pas critiquable en soi puisque, d'une part, une rencontre à la MDPH peut permettre de recueillir les attentes et les besoins du demandeur, et, d'autre part, la partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles réserve au seul médecin le travail d'instruction de certaines demandes de cartes²⁹. Dans la plupart des autres cas cependant, l'instruction est effectuée par un médecin seul, au vu du seul certificat médical, souvent sans visite à domicile ni visite médicale. Elle s'apparente alors à un traitement purement administratif³⁰ qui ne permet pas d'aborder les limitations rencontrées par la personne.

B - L'audition par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est rarement sollicitée

Conformément à la vocation de guichet unique des MDPH, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

²⁹ L'article R. 241-13 du code de l'action sociale et des familles précise que la demande d'une carte de priorité donne lieu à une évaluation par l'équipe pluridisciplinaire. Mais la pénibilité de la station debout, seule condition de délivrance de la carte, est appréciée par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire en fonction des effets de son handicap sur la vie sociale du demandeur. De façon similaire, l'article R. 241-17 dudit code indique que l'instruction de la demande de carte de stationnement adressée à la maison départementale des personnes handicapées est assurée par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire.

³⁰ Le guide barème signale pourtant explicitement que l'instruction du taux d'incapacité, qui détermine notamment l'attribution des cartes d'invalidité et d'une partie des demandes d'allocation aux adultes handicapés (AAH), ne peut se limiter à un constat médical.

(CDAPH) constitue depuis 2006, date de suppression des anciennes commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et des commissions départementales d'éducation spéciale (CDES), la seule instance de décision sur l'ensemble des demandes de droits présentées par ou pour les personnes handicapées en matière de prestations et d'orientations (scolaire ou professionnelle, avec ou sans hébergement).

Le fonctionnement de la commission a suscité des critiques récurrentes de la part des associations, notamment en raison de la généralisation de procédures permettant un examen accéléré des dossiers.

1 - Peu de dossiers sont examinés en séance

En général, les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées n'ouvrent qu'une très faible proportion des dossiers (moins de 1 %). Il s'agit le plus souvent de décisions de rejets de demande ou de réduction de droits ou encore de situations qui appellent une discussion approfondie et pas seulement une évaluation strictement médicale. Pour les autres demandes, le rôle de la commission se limite alors à celui d'une chambre d'enregistrement.

S'il ne saurait être question d'ouvrir tous les dossiers, les MDPH n'ont pas toutes défini des critères de tri. Quand elles l'ont fait, ces délais ne semblent pas toujours respectés. Selon les associations, certains dossiers seraient ouverts par sondage aléatoire ou à la discrétion d'un membre.

2 - Les auditions en commission sont rares

Les familles peuvent être reçues dans deux cas par les MDPH : soit lors de l'examen initial de leur dossier, ce qui est prévu par le code de l'action sociale et des familles³¹, soit en cas de recours gracieux.

Si, pour des raisons matérielles, il est effectivement difficile d'envisager de recevoir tous les usagers en commission, le nombre d'auditions reste dans l'ensemble très faible et totalement déconnecté du nombre total de décisions prises.

³¹ Article L. 241-7 du code de l'action sociale et des familles : « La personne adulte handicapée, le cas échéant son représentant légal, les parents ou le représentant légal de l'enfant ou de l'adolescent handicapé sont consultés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ou, le cas échéant, par la section locale ou la section spécialisée. Ils peuvent être assistés par une personne de leur choix ou se faire représenter. »

L'article R. 241-30 du code de l'action sociale et des familles dispose certes qu'il revient au groupement d'intérêt public (GIP) d'informer le demandeur. Il entretient toutefois une certaine ambiguïté sur la nécessité d'une convocation formelle : « La personne handicapée ou, le cas échéant, son représentant légal, est informée, au moins deux semaines à l'avance de la date et du lieu de la séance au cours de laquelle la commission se prononcera sur sa demande, ainsi que de la possibilité de se faire assister ou de se faire représenter par la personne de son choix ».

Selon les MDPH, le formulaire de demande leur donnerait la possibilité d'indiquer « explicitement »³² si elles souhaitent être reçues par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Il leur reviendrait donc d'en faire la demande et/ou de la confirmer avant leur passage en commission. Le plus souvent, la personne handicapée est ainsi informée de la date de présentation de sa demande à la commission et peut être entendue par celle-ci si elle en a exprimé le souhait.

Certes, la convocation systématique des intéressés conduirait à une augmentation importante du nombre d'auditions au risque de ralentir le rythme de travail de la commission, et donc le nombre de dossiers ouverts ou décidés par session. De plus, pour certaines décisions, notamment celles liées à des critères uniquement médicaux, l'audition par la commission ne présente pas d'utilité pour l'usager, celle-ci n'étant pas en mesure de remettre en question une décision médicale.

A contrario, pour les orientations, les demandes d'auxiliaire de vie scolaire ou en cas de désaccord sur le montant du plan personnalisé de compensation, l'intérêt des auditions est réel pour les intéressés, qui peuvent alors s'exprimer de façon plus approfondie sur leur situation. Même si la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) n'a pas vocation à se substituer au recueil de la parole de l'usager lors d'une évaluation approfondie, elle peut alors remédier aux éventuelles approximations qu'aurait pu commettre l'équipe évaluative par manque de temps et de moyens.

³² En réalité le cadre « K » invite le demandeur à indiquer s'il souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée. Il faut se reporter à la notice explicative pour comprendre qu'il doit cocher « NON » s'il souhaite être reçu par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

III - Les missions d'information et d'appui n'ont pas été mises en œuvre

La loi du 11 février 2005 avait prévu de faire des MDPH des véritables services de proximité et de soutien pour les personnes handicapées. Ces orientations n'ont été que partiellement mises en œuvre.

A - La médiation est peu utilisée

L'article L. 146-13 du code de l'action sociale et des familles dispose qu'une personne référente est désignée au sein de chaque maison départementale des personnes handicapées. Sa mission consiste à recevoir et orienter vers les services et autorités compétents les réclamations individuelles des personnes handicapées ou de leurs représentants formulées contre une personne morale ou physique de droit public ou privé.

Son rôle est donc ici d'accompagner les personnes handicapées dans leurs démarches pour garantir l'application de leurs droits, notamment auprès du Défenseur des droits.

Cette fonction n'a pas été mise en place dans certaines MDPH. Quand ces médiateurs ont été nommés, leur mission n'a pas rencontré d'écho auprès des personnes handicapées : ils ont été peu saisis.

B - La sensibilisation au handicap est demeurée lettre morte

La mission de sensibilisation au handicap entre dans le cadre plus large que confie la loi aux MDPH « de sensibilisation de tous les citoyens au handicap ».

De façon générale, cette mission n'a pas connu de traduction concrète, sinon à travers la participation sporadique des MDPH d'Aquitaine à quelques réunions qu'elles n'ont pas organisées.

En réponse, la MDPH du Lot-et-Garonne a indiqué que lors de la création des MDPH, la priorité avait dû être donnée à l'instruction des demandes et à la formation des personnels qui n'étaient pas issus des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel

(COTOREP) et des commissions départementales d'éducation spéciale (CDES)³³.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a précisé qu'elle ne disposait pas de moyens de coordonner les actions des MDPH en matière de sensibilisation au handicap de tous les citoyens, sa mission ne s'étendant pas au grand public. En revanche, elle contribuerait à l'échange de pratiques et à la formation des acteurs des MDPH et les accompagnerait, le cas échéant, dans les actions qu'ils mènent au niveau local voire régional.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

La montée en charge des demandes adressées aux MDPH d'Aquitaine a conduit celles-ci à développer prioritairement leurs missions d'accueil et d'instruction au détriment des missions plus innovantes que leur confiait la loi de 2005.

Faute d'outil adapté, les MDPH n'ont ainsi pas été en mesure de jouer leur rôle d'observatoire du handicap et de procéder à l'analyse des publics handicapés et de leurs besoins.

L'expression de la personne handicapée, pivot de la loi de 2005, n'est pas suffisante, tant en amont, lors de la formulation de la demande, qu'en aval, à l'occasion de l'examen de son dossier en commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Enfin, les MDPH n'exercent pas, pour l'instant, les missions d'information et d'appui aux personnes handicapées que leur confie la loi.

La Cour et la chambre régionale des comptes formulent la recommandation suivante à destination des cinq MDPH de la région Aquitaine :

3. mieux utiliser les outils disponibles pour améliorer la connaissance du handicap et des personnes handicapées.

³³ Constat partagé par la direction générale de la cohésion sociale.

Chapitre III

L'égalité des droits : des garanties encore insuffisamment assurées

I - Les conditions de montée en charge ont été variables

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont été inégalement affectées par le départ rapide des personnels de l'État transférés en 2006 et, le plus souvent, par leur non-remplacement.

In fine, les postes non pourvus ont été dans l'ensemble financièrement compensés mais les MDPH les plus touchées ont été fortement déstabilisées.

A - Les départs d'agents de l'État ont déstabilisé certaines maisons

Initialement, les MDPH se sont appuyées sur les personnels que leurs membres étaient tenus de mettre à leur disposition. Il s'agissait principalement de fonctionnaires d'État des administrations du travail, de la santé et de l'éducation nationale, antérieurement chargées des questions de handicap dans le cadre des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), des commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) et des sites pour la vie autonome (SVA).

Leur départ a inégalement affecté les MDPH de la région Aquitaine.

Tableau n° 8 : personnels en équivalents temps plein mis à disposition des MDPH par l'État

MDPH	Personnels initialement mis à disposition	Personnels présents fin 2010	Taux de couverture
Dordogne	14,1	12,1*	86 %
Gironde	40,9	7,9	19 %
Landes	11,6	7,35	63 %
Lot-et-Garonne	17,9	15,8	88 %
Pyrénées-Atlantiques	25	5,2	21 %

Source : MDPH

* données 2009

1 - Les départs ont perturbé le fonctionnement des équipes

Le départ massif des agents de l'État a fortement perturbé l'activité des MDPH de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques.

Une dizaine de fonctionnaires ont ainsi refusé leur mise à disposition de la MDPH des Pyrénées-Atlantiques dès 2007. Diverses raisons ont été avancées pour expliquer l'importance du phénomène : des consignes syndicales inspirées par l'incertitude des agents sur le devenir de la nouvelle MDPH, l'absence d'arrimage de cette dernière au département, le fait que la hiérarchie de l'État « n'aurait pas joué le jeu », le sentiment d'éloignement de leur maison-mère pour les agents mis à disposition (avec la crainte d'être « oubliés » lors des promotions) mais aussi la nouvelle approche professionnelle exigée des personnels dans un cadre moins administratif et davantage tourné vers l'utilisateur.

L'instabilité des équipes et la perte de savoir-faire qui en a résulté, alors que les MDPH devaient faire face à la montée en charge de leur activité, n'ont pas manqué de peser sur les délais de traitement des demandes, dans des proportions parfois difficilement acceptables pour des usagers chez qui la création des maisons avait fait naître de réelles espérances.

En Gironde, le mécontentement était tel que le conseil général a décidé, durant l'été 2007, de mettre en place un plan d'actions comprenant notamment l'intervention temporaire des services du

département et de prestataires extérieurs, ainsi que des mesures à plus long terme prévoyant l'augmentation des moyens et la réorganisation des tâches de gestion et des procédures d'instruction.

2 - En revanche, le maintien des agents de l'État a favorisé la transition

Dans le cas des Landes, du Lot-et-Garonne ou de la Dordogne, la continuité des effectifs a favorisé la transition avec l'ancien dispositif.

Lors de sa création, en 2006, la MDPH des Landes a ainsi fonctionné en réseau à partir de son siège administratif alors implanté dans les locaux du conseil général, les pôles « adultes », « enfance » et « aides techniques » étant pour leur part installés sur les sites préexistants, provisoirement maintenus, de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), de la commission départementale d'éducation spéciale (CDES) et des sites pour la vie autonome (SVA).

Tous ces services ont été réunis en novembre 2009 sur un site propre. Selon les dirigeants, le fait de préserver pendant trois ans l'affectation géographique et fonctionnelle des agents des anciennes structures aurait facilité leur adaptation au nouveau groupement d'intérêt public (GIP) et pourrait expliquer, entre autres raisons, le faible taux de retour à l'État des personnels mis à disposition de la MDPH lors de sa création.

B - Les compensations financières ont été versées tardivement

Faute de pourvoir les postes, l'État aurait dû compenser aux MDPH l'intégralité des coûts supportés par ces dernières pour pourvoir aux dites vacances par le recrutement d'agents contractuels, au demeurant souvent débutants. Or, pour des raisons diverses, cette compensation n'avait pas pleinement abouti fin 2010.

Les versements effectués ont, par ailleurs, été irréguliers dans leur périodicité, voire franchement incomplets dans les cas des MDPH des Pyrénées-Atlantiques ou de la Gironde, par ailleurs les plus touchées par ces départs. À partir d'un tableau récapitulant les sommes dues au titre de la convention constitutive et les versements effectivement réalisés par les services de l'État, les services de la MDPH de la Gironde parvenaient ainsi, fin 2010, à un manque à gagner cumulé depuis 2006 d'un montant de 773 176 €.

Ce n'est qu'en 2011 que l'État a procédé au règlement des sommes qu'il estimait devoir à ce titre³⁴, et ce, seulement après que le juge administratif a commencé à faire droit aux demandes des départements ayant engagé des contentieux sur ce point³⁵.

Les MDPH de la région considèrent aujourd'hui avoir recouvré la quasi-totalité des sommes dues.

Pour l'avenir, la loi du 28 juillet 2011³⁶ devait en théorie garantir la pérennité financière des groupements d'intérêt public (GIP) en prévoyant la signature de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM). Celles-ci déterminaient les missions et objectifs assignés aux MDPH ainsi que les moyens alloués pour les remplir sous la forme d'un avenant financier. La convention devait fixer, en particulier, le montant de la subvention de fonctionnement versée par l'État et préciser, pour la part correspondant aux personnels mis à disposition, le nombre d'équivalents temps plein qu'elle couvre.

Les conventions devaient entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2013. En l'absence de décret d'application, elles n'ont toutefois pas été signées.

C - Les recrutements demeurent difficiles

Les vacances de postes n'ayant pu être pourvues par l'État ni totalement compensées financièrement, la nécessité dans laquelle se sont alors trouvées les MDPH de remplacer des professionnels confirmés par des personnels nouvellement recrutés et dépourvus de toute expérience a fortement pénalisé leur activité.

Dans le cas de la MDPH des Pyrénées-Atlantiques, les incertitudes sur le montant des crédits transférés par l'État pour compenser la défection de ses agents auraient conduit, en outre, à la précarisation de nombreux postes, alors que la matière traitée exige une technicité certaine qui ne s'acquiert que par l'ancienneté. L'agent le plus expérimenté en poste au service accueil à la fin de l'année 2010 n'était ainsi présent que depuis septembre 2009.

³⁴ Selon des modalités précisées par une circulaire du 8 avril 2011.

³⁵ cf., par exemple, Cour administrative d'appel de Nantes, n° 10NT01816, 4 mars 2011, ministère du travail c/ groupement d'intérêt public maison départementale des personnes handicapées du Finistère.

³⁶ Loi du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap.

Pour remédier à ces situations, les départements ont recruté des agents pour les mettre à disposition des groupements d'intérêt public (GIP) ou entrepris de reprendre l'ensemble des personnels contractuels pour leur faire bénéficier de la convention des agents du département. Cette solution semble aujourd'hui la plus à même de stabiliser les effectifs et développer une culture professionnelle partagée.

MDPH du Lot-et-Garonne – Un régime indemnitaire commun

Afin de renforcer l'attractivité de la MDPH, une délibération de la commission exécutive (COMEX) en date du 17 novembre 2009 a créé un régime indemnitaire calqué sur celui du département. Il est applicable à compter du 1^{er} janvier 2010 pour les agents recrutés par le groupement d'intérêt public (GIP) en qualité de non titulaires de droit public. Ils bénéficient depuis 2013 de tous les avantages liés à l'action sociale du département.

Enfin, toutes les MDPH continuent à éprouver des difficultés à recruter des médecins, rendant délicate l'organisation des équipes pluridisciplinaires d'évaluation et dégradant le délai d'instruction des dossiers.

II - La mise en œuvre des droits n'est pas uniforme

A - D'importantes différences apparaissent entre les départements pour les montants accordés

Certaines prestations recouvrent des enjeux plus particulièrement sensibles en raison de leur incidence financière pour les budgets appelés à en supporter la charge.

L'ensemble des dépenses de prestation de compensation du handicap atteignait près de 76 M€ en Aquitaine en 2011, contre 3 M€ en 2007. Les allocations aux adultes handicapés payées par la caisse d'allocation familiale représentaient quant à elles plus de 364 M€.

1 - Les pratiques d'attribution de l'allocation adulte handicapé sont hétérogènes

Destinée à procurer un revenu de subsistance aux personnes exclues du marché du travail en raison de leur handicap, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est versée à la personne handicapée ne pouvant prétendre à un avantage vieillesse invalidité ou à une rente

d'accident du travail, d'un montant au moins égal à celui de l'AAH et remplissant un certain nombre de conditions. Le demandeur doit, en particulier, justifier d'un taux d'incapacité d'au moins 80 %, ou d'au moins 50 % si la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées reconnaît qu'il subit du fait de son handicap une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi (RSDAE).

La définition précise de cette notion de restriction substantielle et durable n'est cependant intervenue que tardivement puisque le décret d'application prévu par la loi de finances du 21 décembre 2006 n'est paru qu'en août 2011. En conséquence, son interprétation a donné lieu jusqu'en 2010 à d'importantes disparités dans les pratiques des commissions, relevées notamment par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

L'analyse des montants attribués dans les Landes et dans les Pyrénées-Atlantiques illustre ces écarts.

Dans les Landes, en 2010, les demandes d'allocation aux adultes handicapés représentaient 14,6 % du total des demandes adultes adressées à la MDPH. Leur progression sur la période 2007-2010 (17,5 %) était inférieure à celle de l'ensemble des demandes d'adultes mais leur impact financier apparaissait important pour l'État financeur, avec une dépense passée de 28,5 M€ en 2007 à 35,9 M€ en 2010 (soit 29,4 % du total de la masse financière influencée par les décisions de la MDPH).

Pour autant, celle-ci semblait peu exposée au reproche d'une excessive générosité dans l'attribution d'une prestation à la charge exclusive de l'État. En effet, les revalorisations nationales de l'allocation adulte handicapé (AAH) intervenues pendant la période récente (+ 25 % entre 2007 et 2012) expliquent bien davantage l'augmentation des montants versés que la progression du nombre d'allocataires (5 058 en 2010 contre 4 600 en 2007). En outre, le taux d'accord sur les demandes d'AAH a connu dans les Landes une réduction de 6 points entre 2007 et 2010 où il atteint un niveau de 70 %, le situant un point en dessous de la moyenne nationale de 71 %.

Avec une proportion d'allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH) de 2,2 % au 31 décembre 2010, les Landes se situaient d'ailleurs, selon l'INSEE, à la fois au dernier rang aquitain et en-deçà de la moyenne nationale (France métropolitaine) qui s'établissait alors à 2,4 %.

Dans les Pyrénées-Atlantiques en revanche, les dépenses d'allocation adulte handicapé (AAH) atteignaient 82 M€ en 2009, soit plus du tiers des dépenses placées relevant des décisions de la MDPH. La quantité historiquement élevée du nombre d'allocataires retient d'autant

plus l'attention qu'elle a continué à progresser ces dernières années (12 383 allocataires en 2009 contre 11 444 en 2006, soit une augmentation de 8 % en 4 ans). Ainsi, avec une proportion d'allocataires de 3,4 %, les Pyrénées-Atlantiques se classaient, en 2010, au premier rang des départements aquitains et au 10^{ème} rang français.

La tendance de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) des Pyrénées-Atlantiques en la matière était confirmée par le taux d'accord sur les demandes d'allocation adulte handicapé (AAH) de 79 % observé en 2010, soit 8 points au-dessus de la moyenne nationale de 71 % calculée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

En réponse à ces constats, la direction générale de la cohésion sociale a fait valoir que le pilotage de l'allocation adulte handicapé (AAH) avait connu depuis 2011 de substantielles améliorations visant à assurer une meilleure application du critère de la RSDAE :

- création d'un nouveau réseau territorial de référents AAH entre les différents services de l'État associés (DDCS³⁷, DDCSPP³⁸, DRJSCS³⁹), en relation étroite avec les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et leurs unités territoriales mais aussi avec les agences régionales de santé (ARS) ;
- formation des équipes pluridisciplinaires à la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi⁴⁰.

La réduction de la durée maximale d'attribution de cinq à deux ans vise également à assurer un meilleur contrôle des situations.

Enfin, l'arbre de décision annexé à la circulaire du 27 octobre 2011⁴¹ aurait permis d'améliorer l'homogénéité et la justesse de l'attribution de l'allocation.

Si les écarts constatés en 2010 perdurent en 2012 – les Landes présentent un taux d'allocataires de 2,4 % contre 3,7 % pour les Pyrénées-Atlantiques –, la diminution générale des taux d'accord entre 2011 et 2012, malgré une progression continue des demandes d'AAH, montre que les efforts réalisés ont commencé à porter leurs fruits.

³⁷ Direction départementale de la cohésion sociale.

³⁸ Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations.

³⁹ Direction régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

⁴⁰ En Dordogne, une formation interne a ainsi été organisée en 2012 pour permettre aux membres de l'équipe pluridisciplinaire de s'approprier ces nouvelles règles.

⁴¹ Circulaire de la direction générale de la cohésion sociale n° 2011-413.

Tableau n° 9 : nombre de demandes déposées d'AAH et taux d'accords en 2011 et 2012

	Nombre de demandes		Taux d'évolution des demandes	Taux d'accords		Taux d'évolution des accords
	2011	2012		2011	2012	
Dordogne	ND	2 563		67 %	64 %	- 4 %
Gironde	11 844	13 211	12 %	76 %	71 %	- 7 %
Landes	2 470	2 512	2 %	68 %	70 %	2 %
Lot-et-Garonne	3 035	3 257	7 %	71 %	70 %	- 1 %
Pyrénées-Atlantiques	4 986	5 302	6 %	77 %	75 %	- 3 %

Source : CNSA

2 - Les montants versés au titre de la prestation de compensation du handicap diffèrent sensiblement

La création des MDPH coïncide avec celle de la prestation de compensation du handicap (PCH), instituée par la loi du 11 février 2005. Cette prestation est une aide financière personnalisée destinée à compenser les besoins des personnes handicapées liés à la perte d'autonomie, en fonction de leur projet de vie.

Elle s'adresse aussi bien aux personnes vivant à leur domicile qu'à celles résidant en établissement. Elle finance essentiellement des aides humaines (auxiliaires de vie) et des aides techniques et matérielles (aménagement du logement et du véhicule), plus rarement, des aides animalières (frais d'entretien des chiens-guides pour déficients visuels).

Elle a remplacé en 2006 l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)⁴². À la différence de cette dernière, la PCH est versée sans condition de ressources mais la plus grande partie des ressources des personnes est exclue pour déterminer le taux de prise en charge (revenus d'activité professionnelle, de remplacement, prestations sociales). Son montant n'est pas forfaitaire, mais corrélé au besoin réel de compensation du demandeur. Son versement est conditionné à la production de pièces justificatives.

⁴² Les bénéficiaires de cette dernière à cette date pouvaient choisir de continuer à la percevoir tant qu'ils en rempliraient les conditions d'attribution et qu'ils en exprimeraient le choix à chaque renouvellement de leurs droits.

Les départements sont les payeurs d'une prestation dont le coût croissant n'est plus, depuis 2008, entièrement couvert par les dotations annuelles de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et, depuis 2010, par les excédents constitués en 2006 et 2007.

Tableau n° 10 : couverture des dépenses de prestation de compensation du handicap (PCH) des départements par les dotations annuelles de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dordogne	435 %	139 %	80 %	58 %	46 %	43 %
Gironde	265 %	109 %	65 %	35 %	34 %	29 %
Landes	364 %	94 %	65 %	49 %	43 %	43 %
Lot-et-Garonne	448 %	115 %	63 %	48 %	42 %	41 %
Pyrénées-Atlantiques	576 %	162 %	98 %	77 %	66 %	59 %

Source : Cour des comptes, données Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Comme l'a déjà souligné la Cour des comptes⁴³, cette charge doit toutefois être minorée des ressources antérieurement transférées par l'État pour financer le coût de l'allocation compensatrice pour tierce personne.

Le coût net de la prestation de compensation du handicap

Compte tenu de son mode de financement, le concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) versé aux départements en 2006 (523 M€) s'est révélé très supérieur aux dépenses exposées par ces derniers au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) (79 M€). Il en a été de même en 2007 (530 M€ contre 277 M€). Toutefois, ce concours relativement stable a, dès 2008, assuré un taux de couverture inférieur à 100 % et décroissant dans le temps. En 2011, ce taux s'établissait à 42 %, la charge nette supportée par les départements atteignant 731 M€.

⁴³ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013, Tome I, Volume I-1*, La situation et les perspectives financières des départements, p. 77. La Documentation française, 657 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Néanmoins, en prenant en compte les ressources antérieurement transférées pour financer le versement de l'allocation compensatrice pour tierce personne et les économies résultant de la diminution progressive de la charge de cette allocation pour les départements, le taux de couverture de la PCH par la solidarité nationale s'élevait, selon l'administration, à 60 % en 2011.

Les dépenses liées à la prestation de compensation du handicap (PCH) n'en constituent pas moins désormais une charge nette pour les budgets des départements aquitains depuis 2010. De surcroît, leur progression ne semble pas terminée.

Tableau n° 11 : dépenses de prestation de compensation du handicap (PCH) en euros

Département	2007	2008	2009	2010	2011
Dordogne	2 673 335	4 522 667	5 692 359	7 242 285	8 116 274
Gironde	11 439 179	18 808 206	31 819 330	36 578 086	45 261 867
Landes	2 860 088	4 255 824	5 016 872	5 817 779	6 190 622
Lot-et-Garonne	2 615 568	5 015 284	6 041 811	6 659 637	7 094 731
Pyrénées-Atlantiques	3 385 780	5 884 705	6 862 800	7 735 515	8 929 989
Aquitaine	22 973 950	38 486 686	55 433 173	64 033 301	75 593 483

Source : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Même si elle s'est ralentie après une phase de montée en charge, la progression des dépenses de prestation de compensation du handicap (PCH) en 2010 et 2011 est ainsi demeurée supérieure à 15 % en Aquitaine, et ce, malgré une diminution des taux d'accord depuis 2009.

Tableau n° 12 : taux d'accord sur les demandes de prestation de compensation du handicap (PCH) (adultes)

%	2009	2010	2011	2012
Dordogne	71	nd	55	50
Gironde	83	79	67	60
Landes	54	47	40	45
Lot-et-Garonne	48	44	51	51
Pyrénées-Atlantiques	ND	75	68	72
Taux national	67	56	56	51

Source : CNSA (données déclarées par les MDPH)

Le constat dressé en Aquitaine rejoint les observations de la Cour relatives au poids des aides à la personne transférées aux départements par l'État et dont la charge n'a cessé de croître (+ 2,7 % en 2011) pour atteindre au plan national près de 14,6 Md€ en 2011⁴⁴. Parmi celles-ci, les allocations versées aux personnes handicapées (1,8 Md€ dont 1,2 Md€ au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) et 0,5 Md€ au titre de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)) augmentaient de 8,5 %.

Dans le détail, l'engagement financier diffère selon les départements. La dépense par habitant varie ainsi de 20 € par habitant dans les Landes à 38 € en Gironde.

Tableau n° 13 : dépenses brutes de prestation de compensation du handicap (PCH) et d'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) hors frais de personnel en 2011

Département	€ par habitant	Rang	€ par bénéficiaire	Rang
Dordogne	27,4	52	5 755	29
Gironde	38,2	91	11 211	100
Landes	20,3	11	7 510	77
Lot-et-Garonne	28,7	59	6 763	56
Pyrénées-Atlantiques	22,3	24	7 103	61

Sources : Drees, enquêtes annuelles sur l'aide sociale ; INSEE, estimations de population au 01/01/2011

Cela dit, les bénéficiaires sont plus nombreux en Dordogne (3,7 pour 1 000 habitants) que dans les Landes par exemple (2,2), ce qui témoigne d'un taux de demande très différent d'un département à l'autre.

Les montants accordés présentent également des écarts significatifs, sans qu'on puisse avec certitude en comprendre les raisons : les dépenses par bénéficiaire varient ainsi de 5 755 € en Dordogne à 11 211 € en Gironde. Afin de les comprendre et les corriger, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) vient de lancer une étude sur les conditions de l'attribution de l'allocation personnalisée

⁴⁴ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013, Tome I, Volume I-1*, La situation et les perspectives financières des départements, p. 81. La Documentation française, 657 p., disponible sur www.ccomptes.fr

d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) dont les résultats seront connus fin 2014.

Enfin, la plus ou moins grande proximité des équipes du conseil général n'a pas vraiment d'impact sur les montants distribués. La MDPH du Lot-et-Garonne a par exemple choisi de confier l'intégralité de l'instruction de la prestation de compensation du handicap (PCH) aux équipes du conseil général. Une telle délégation met le département en position d'être à la fois instructeur, décideur et payeur de la prestation. Les taux d'accord constatés sont d'ailleurs particulièrement faibles et, jusqu'en 2011, très inférieurs aux moyennes nationales (51 % contre 56 %). Toutefois, le Lot-et-Garonne est, après la Gironde, le département aquitain qui consacre proportionnellement à sa taille le plus de ressources aux prestations de compensation, soit plus de 28 € par habitant.

C'est dans les Pyrénées-Atlantiques, où la MDPH est à l'inverse très autonome vis-à-vis du conseil général, que ce *ratio* est le plus faible (22 € par habitant), en raison principalement d'un nombre bien moindre de bénéficiaires (2,3 pour 1 000 habitants contre 3,5 en Lot-et-Garonne). Pourtant le taux d'accord est bien supérieur dans les Pyrénées-Atlantiques (68 % en 2011), ce qui traduit à nouveau une demande moindre que dans les autres départements.

B - Les modalités d'instruction de la PCH ne sont pas encore harmonisées

1 - Les référentiels développés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sont inégalement utilisés

Depuis 2008, le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées⁴⁵ (GEVA) est mis à la disposition des maisons départementales (MDPH) des personnes handicapées par la CNSA en application de l'article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles. Il permet en théorie de normaliser l'information recueillie pour l'évaluation, la méthode tenant compte à la fois des facteurs personnels et des facteurs environnementaux. Il constitue ainsi le support de la mise en place de l'égalité de traitement des demandes de compensation sur l'ensemble du territoire national.

Le décret du 6 février 2008 qui a donné force réglementaire au GEVA prévoyait qu'un bilan de son utilisation serait établi par la CNSA

⁴⁵ Officialisé par la parution de deux textes réglementaires : un décret et un arrêté du 6 février 2008.

un an après son entrée en vigueur. Ce bilan, finalisé en janvier 2010, a mis en évidence la nécessité de poursuivre et d'intensifier les actions en faveur de l'appropriation du GEVA. S'appuyant sur ces constats, la CNSA a adopté un plan d'action (2010-2012) visant à accompagner son appropriation. Son informatisation sera nécessaire dans un deuxième temps pour favoriser son usage et permettre la remontée des données de l'évaluation dans le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIpaPH).

En pratique, sa mise en place demeure très inégale en Aquitaine. Si la MDPH des Pyrénées-Atlantiques déclare utiliser le guide, il n'a en revanche pas été mis en place en Lot-et-Garonne⁴¹, sinon récemment et de façon ponctuelle. La MDPH a avancé l'argument de la complexité de l'outil, qui implique de lever de nombreux préalables au niveau des systèmes d'information. Sa mise en œuvre aboutirait, en outre, à des évaluations extrêmement longues, et le GIP ne dispose pas des moyens humains nécessaires à sa généralisation.

La CNSA a entrepris à cette fin un travail de formation des équipes et de construction en commun de référentiels d'appui aux pratiques ainsi que d'outils d'aide à la décision. L'objectif est d'éclairer les nombreuses règles applicables dont la complexité freine trop souvent une application homogène du guide. Elle manque toutefois de formateurs suffisamment spécialisés.

2 - L'externalisation des évaluations ne s'est pas accompagnée de la mise en place de procédures communes

La pratique courante qui consiste à impliquer les partenaires extérieurs dans la phase évaluative des dossiers n'offre pas la meilleure garantie d'un traitement homogène des demandes.

Les décisions des équipes y sont en effet prises au vu des éléments du dossier et de la connaissance de la situation par le partenaire concerné. L'évaluation des demandes repose donc largement sur l'expertise de ces partenaires qui ont, de surcroît, la plupart du temps, aidé en amont les demandeurs ou leur famille à formaliser la demande.

Le plan d'action destiné à accompagner l'appropriation du guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) a soutenu le développement « de la GEVA-compatibilité ». Cette démarche a pour but de permettre aux équipes des MDPH et aux

⁴¹ Il sera informatisé et opérationnel au 1^{er} janvier 2014.

autres acteurs de l'accompagnement des personnes handicapées d'articuler leurs interventions dans le recueil et le partage des informations pertinentes relatives à la situation de ces personnes. Un outil d'évaluation autre que le GEVA doit en effet pouvoir restituer les informations sous un format appropriable par les équipes pluridisciplinaires des MDPH.

En outre, la caisse a rappelé que les formations au GEVA concernent tous les partenaires des MDPH : associations, professionnels médico-sociaux, du champ de l'emploi ou de la scolarisation. En septembre 2012, un cahier pédagogique a ainsi été diffusé aux MDPH par la caisse afin d'apporter un éclairage sur les concepts qui sous-tendent le guide. Il s'agit de développer une culture commune à l'ensemble des acteurs concernés par l'évaluation des situations individuelles de handicap en vue de leur compensation, non seulement les équipes pluridisciplinaires des MDPH, mais aussi l'ensemble de leurs partenaires.

Le président de la MDPH des Landes a ainsi indiqué dans ses réponses que des sessions de formation sur cet outil seraient assurées en 2014 auprès des équipes externes conventionnées.

3 - L'élaboration des projets personnalisés de scolarisation (PPS) demeure le plus souvent confiée aux enseignants référents

Le projet personnalisé de scolarisation (PPS) est l'un des éléments du PPC élaboré par l'équipe pluridisciplinaire. Il remplace l'ancien projet individuel de scolarisation (PIS). Il a vocation à définir les aménagements de scolarité nécessaires à l'accueil ou au maintien de l'élève en situation de handicap dans des conditions ordinaires de scolarité, tout en assurant un accompagnement par des professionnels du monde médical et/ou médico-social.

Son contenu est déterminé par les dispositions de l'article D. 351-5 du code de l'éducation : « Un projet personnalisé de scolarisation définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap ».

Si le code prévoit que l'enseignant référent « contribue à l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire et à l'élaboration du PPS », c'est bien cette dernière qui en a la responsabilité. En réalité, les enseignants référents interviennent dans la plupart des MDPH en amont du premier PPS et fournissent à l'équipe pluridisciplinaire, soit directement, soit par l'intermédiaire des familles, les éléments indiqués.

Dans les faits, les équipes pluridisciplinaires se déchargent donc de l'élaboration des plans personnalisés de scolarisation sur les services de l'éducation nationale et l'enseignant référent, ce dernier participant parfois directement aux délibérations de l'équipe.

C - Les règles de fonctionnement des fonds départementaux de compensation du handicap (FDCH) sont propres à chaque département

La plupart des aides techniques sont partiellement remboursées par la sécurité sociale et les mutuelles. Un montant supplémentaire peut toutefois être accordé au titre de la PCH qui, paradoxalement, ne suffit pas toujours à couvrir le reste à charge.

La loi de 2005 a, par conséquent, prévu la création d'un fonds départemental de compensation du handicap (FDCH), géré par chaque MDPH. Il accorde des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la prestation de compensation. Le FDCH intervient ainsi en complément de la PCH pour l'aide technique, l'aménagement du logement, du véhicule, les surcoûts liés aux transports ou encore les charges exceptionnelles, après que les autres organismes (MSA, CAF, CPAM, mutuelle, assurance, etc.) ont apporté leur concours.

C'est généralement la MDPH qui instruit les demandes, les présente devant la commission d'attribution et notifie ensuite la décision à l'intéressé ainsi qu'au gestionnaire du fonds.

Dans les Landes, en Gironde et en Lot-et-Garonne, les financements accordés ont stagné, voire régressé, les fonds ne parvenant pas à consommer les excédents dont ils disposaient. À l'inverse, les contributions des fonds des Pyrénées-Atlantiques et de la Dordogne ont connu une progression régulière.

Tableau n° 14 : dépenses payées par les fonds

MDPH	2008	2009	2010	2011	2012
Dordogne	73 891	127 018	147 000	168 403	172 081
Gironde	595 856	566 894	535 691	370 530	854 845
Landes	48 384	121 501	68 649	81 340	131 945
Lot-et-Garonne	201 079	92 394	128 243	133 874	64 948
Pyrénées-Atlantiques	177 495	263 533	288 183	335 320	417 379

Source : CNSA (états financiers)

Ces disparités s'expliquent par les règles de fonctionnement, qui diffèrent d'un département à l'autre. Les financeurs déterminent en effet dans le cadre d'un règlement intérieur l'utilisation qu'ils souhaitent donner aux sommes versées. Cette liberté locale dans les modalités d'attribution des aides et de fonctionnement des fonds a été souhaitée par le législateur. Elle doit permettre une adaptation aux besoins de compensation des personnes handicapées et favoriser la mise en place de coopérations locales.

Dans le cas du Lot-et-Garonne, les contributions ne financent pas un compte commun et ne sont donc pas intégrées. Les plans d'aide sont alors élaborés au regard des critères de chaque membre au détriment des besoins spécifiques de la personne handicapée.

Le fonds départemental de compensation du handicap (FDCH) de la Gironde a, de son côté, mis en place une procédure simplifiée pour les demandes inférieures à 500 €⁴³. Il a également fixé des critères de plafonnement de l'aide : sont ainsi désormais rejetés les cas où la somme restant à la charge du demandeur est inférieure ou égale à 10 % de ses revenus nets d'impôts. Le sont également les cas où la demande a fait l'objet de financements par le biais de contributeurs ne siégeant pas au comité de gestion ou après application des plafonds prévus pour les aides relatives aux projets d'aménagement du véhicule et du logement. En revanche, il a été choisi d'ouvrir le dispositif à d'autres prestations que la PCH (ACTP notamment), contrairement à ce qui a pu être fait dans d'autres départements.

En Dordogne, les membres du comité de gestion avaient initialement choisi de solliciter tous les autres cofinanceurs potentiels. Or ces derniers mettaient parfois plus d'un an à répondre aux demandes qui leur étaient adressées, bloquant de fait l'instruction du dossier. Fin 2009, il a été décidé d'inverser les règles. Désormais, le fonds attribue son concours immédiatement et laisse une participation à la charge des demandeurs, qui peuvent alors se retourner vers les autres financeurs. Son intervention demeure toutefois limitée aux dossiers de PCH.

En définitive, l'autonomie de gestion du fonds au niveau local voulue par le législateur conduit à des différences de traitement dans les modalités d'attribution des aides. Selon la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), une réflexion serait en cours dans le cadre de la préparation du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement pour remédier à ces difficultés.

⁴³ La simplification consiste dans ces cas précis à ne pas rechercher d'autres financeurs que le fonds départemental de compensation du handicap (FDCH).

III - Les données collectées manquent de fiabilité

Les MDPH doivent remplir un rôle d'information et de collecte de l'ensemble de leurs données. Ces statistiques doivent permettre à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'analyser les pratiques de chaque MDPH, d'identifier les éventuelles différences de traitement et d'envisager à la suite des actions correctrices. Or les états transmis par les MDPH de la région Aquitaine ne sont ni homogènes, ni exhaustifs.

A - La maquette CNSA de consolidation des données financières est mal renseignée

Le budget des MDPH ne retrace pas la totalité des charges afférentes à leur fonctionnement. Selon les choix d'organisation qui ont été faits, et en raison même de leur structure de GIP, une partie des dépenses et des recettes est comptabilisée chez les partenaires qui contribuent ainsi à leur fonctionnement (mise à disposition des personnels notamment).

Pour y remédier, la CNSA a élaboré en 2008 une maquette budgétaire retraçant la valorisation des contributions des membres du GIP, tant en dotations financières qu'en mise à disposition de personnels ou prestations de service. Ces comptes administratifs consolidés, transmis chaque année à la CNSA, intègrent les charges de fonctionnement indirectes supportées par les signataires de la convention constitutive de la MDPH. Ils permettent donc en théorie de retracer dans un document unique l'ensemble des dépenses et recettes relevant du GIP, que celles-ci soient inscrites ou non dans les comptes de la MDPH.

En pratique, ces états sont mal renseignés.

D'une part, de fréquentes erreurs matérielles subsistent dans les états transmis, et ce en dépit des contrôles de cohérence menés par la CNSA afin d'harmoniser les remontées statistiques qu'elle exploite par la suite. Selon la Caisse, un encadrement renforcé et des séminaires annuels d'échanges avec les MDPH auraient permis une amélioration progressive de la qualité des maquettes. Cependant « les personnes qui remplissent la maquette ne sont pas nécessairement les mêmes d'une année sur l'autre or le coût d'entrée n'est pas négligeable pour quelqu'un qui découvre l'outil ».

D'autre part, cette valorisation ne procède le plus souvent pas d'une règle commune mais d'une évaluation menée par les

administrations, celles-ci paraissant les mieux à même d'estimer le temps et la valeur monétaire équivalente à ces mises à disposition. Les dépenses sont ainsi valorisées au moyen de règles de répartition que chaque membre du groupement détermine lui-même.

Cette situation rend toute analyse des résultats des MDPH peu significative, d'autant plus que certaines d'entre elles ont accumulé des excédents importants au cours des premiers exercices.

Le renforcement de la transparence sur les moyens apportés à la MDPH par les membres du groupement ainsi que la juste valorisation de ces derniers apparaissent par conséquent indispensables. Il en va non seulement de la qualité de l'information due à l'organe délibérant mais aussi du respect des prescriptions légales introduites en la matière par la loi du 28 juillet 2011 prévoyant le remboursement par la MDPH des frais afférents aux personnels de la fonction publique d'État mis à sa disposition.

B - Le recueil des données d'activité présente des lacunes

En application de l'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles, les MDPH transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des données relatives à l'activité des équipes pluridisciplinaires (« notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes ») et des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (notamment l'ensemble des décisions mentionnées à l'article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles).

Le choix a été fait dès le départ au niveau national de ne pas conserver les deux systèmes d'information des anciennes commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et des commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) (respectivement ITAC et OPALE). Pour autant, les travaux menés alors par la CNSA avec les départements, les MDPH et les éditeurs de logiciel pour la construction d'une application unique n'ont pas abouti.

Un des chantiers de la CNSA, sur lequel des avancées sont très attendues, est par conséquent celui de la mise en place du « système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées »

(SIpaPH)⁴⁶, qui permettra d'intégrer, en application du même article, les remontées automatisées d'informations sur :

- l'activité des MDPH ;
- les caractéristiques des personnes handicapées ;
- les suites réservées aux orientations prononcées par la CDAPH.

Le projet rencontre actuellement des difficultés techniques qui retardent sa mise en œuvre.

Les difficultés rencontrées par le projet SIpaPH

La mise en place des extracteurs de données d'activité des MDPH et leur introduction technique et statistique dans le système d'information partagé posent problème. D'où le lancement au premier semestre 2013 par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'un audit qui porte plus globalement sur le système d'information des MDPH. Il s'agit de proposer des *scenarii* en vue de déterminer la meilleure trajectoire pour garantir l'obtention des indicateurs souhaités, d'établir une vision partagée des difficultés rencontrées et d'identifier le périmètre fonctionnel nécessaire au système d'information des MDPH au regard de leurs missions.

Cet audit, auquel sont associés l'Assemblée des départements de France, les conseils généraux, les MDPH, le secrétariat du comité interministériel du Handicap et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), devait rendre ses conclusions fin 2013.

Dans cette attente, les MDPH adressent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des indicateurs quantitatifs (nombre de dossiers, nombre de décisions, délais moyens de traitement de la prestation de compensation du handicap (PCH), répartition des décisions entre CDA plénière et simplifiée, montants accordés, nature de l'aide) mais aussi qualitatifs (nombre de personnes reçues par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), projets de vie recensés, conventions passées pour l'évaluation, recours formés contre les décisions, etc.) qui permettent en théorie une mise en perspective des données départementales avec le niveau national.

En Aquitaine, il a été constaté à plusieurs reprises que les MDPH ne remplissaient pas certains indicateurs alors même que des réunions de

⁴⁶ Le SIpaPH constitue le système d'information prévu par la loi de 2005 et destiné à améliorer les connaissances sur les caractéristiques des personnes handicapées, leurs besoins et les réponses qui y sont apportées et contribuer à une meilleure gestion des politiques du handicap tant au niveau local que national.

travail sont organisées par la CNSA avec les équipes des GIP depuis 2010 pour revalider en commun les choix de définition des indicateurs et la manière de les faire remonter⁴⁷. En négligeant ce recensement obligatoire, elles compromettent la mission de la Caisse. Ainsi l'absence de transmission des statistiques concernant l'élaboration des projets de vie est préjudiciable à l'analyse des difficultés d'appropriation rencontrées aussi bien par les demandeurs que par les équipes.

De surcroît, des erreurs ont été régulièrement relevées dans les données transmises, et ce, malgré les échanges qui ont lieu chaque année entre les équipes de la Caisse et les services des MDPH.

MDPH du Lot-et-Garonne – Des indicateurs mal renseignés

La fiabilité des tableaux d'activité annuels transmis à la CNSA n'est pas apparue satisfaisante. Les états relatifs aux adultes comportaient en effet plusieurs erreurs.

En témoignent la répartition des demandes en 2009 (AAH : 703 premières demandes, 150 réexamens, pour 2553 dossiers déposés), les accords recensés (ORP : 141 accords et 59 refus pour 1218 décisions) ou le décompte des demandes d'ACTP en 2010 (toutes enregistrées comme des premières demandes alors que cette prestation ne peut *a priori* qu'être renouvelée). S'agissant des enfants, les demandes d'orientations en établissements ont été comptées avec les assistants de vie scolaire (AVS) en 2010.

La MDPH a assuré que les erreurs relevées avaient été rectifiées suite au contrôle.

Selon plusieurs directeurs, ce problème récurrent serait notamment lié à la difficulté d'interroger le système d'information. Si l'on comprend que la fusion des logiciels ITAC (adultes) et OPALE (enfants) en 2008 ait pu entraîner certains dysfonctionnements temporaires, les MDPH doivent aujourd'hui faire preuve d'une plus grande rigueur.

Il leur appartient enfin de tenir compte des définitions nationales des indicateurs pour s'assurer que les comparaisons départementales ne soient pas faussées. Or les protocoles de décompte formalisés par la CNSA ne sont pas toujours respectés.

S'agissant des demandes, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) retient ainsi l'ensemble des dossiers déposés quand certaines MDPH ne prennent en compte que les demandes ayant une date

⁴⁷ La Caisse a, par ailleurs, signalé que des fiches repères seront prochainement mises à la disposition des maisons départementales des personnes handicapées.

de recevabilité sur l'exercice et ayant fait l'objet d'une décision la même année.

S'agissant des décisions, la CNSA comptabilise une décision prise par demande de prestation de compensation du handicap (PCH) examinée alors que plusieurs MDPH considèrent les éléments qui la composent comme autant de décisions.

S'agissant du délai moyen de traitement, c'est la date de recevabilité – qui s'entend du jour auquel la demande, accompagnée du formulaire, d'une pièce d'identité et d'un certificat médical, a été communiquée à la MDPH – qui doit servir de base légale au calcul. Or il a pu être constaté que certaines MDPH calculaient ce délai à partir de la date de demande complète, qui dépend, quant à elle, de chaque prestation et correspond à la date à laquelle auront été déposées les pièces supplémentaires requises par chaque prestation. Cette pratique raccourcit artificiellement les délais moyens.

En définitive, et dans l'attente de la finalisation du système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIpaPH), la poursuite des travaux sur la qualité des données, impulsés par la CNSA, n'en est que plus nécessaire : une réunion a eu lieu en octobre 2013 avec une trentaine de MDPH pour valider la définition et la construction de nombreux indicateurs.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

À l'inverse de leurs trois homologues, les MDPH de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques ont vu leurs effectifs déstabilisés du fait du choix de la très grande majorité des personnels des anciennes structures de l'État de ne pas rejoindre le GIP, sans pour autant que l'État ait été en capacité de remplacer les intéressés. Leur activité en a été fortement perturbée.

La création de la PCH constituait la mesure la plus symbolique de la loi Handicap de 2005. Le guide d'évaluation des besoins des personnes handicapées n'est toutefois pas uniformément appliqué et l'intervention de partenaires extérieurs ne semble pas pilotée par des procédures rigoureuses. Les évaluations des prestations de compensation sont par conséquent source d'inégalités potentielles de traitement, et ce d'autant plus que les règles d'intervention des fonds départementaux de compensation du handicap diffèrent d'un département à l'autre.

Les décisions prononcées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) en matière d'allocation aux adultes handicapés (AAH) représentent un poids

financier considérable pour l'État. Les écarts relevés témoignent de pratiques encore peu harmonisées.

Enfin, la fiabilisation des données d'activité transmises apparaît aujourd'hui indispensable pour proposer des résultats comparables entre MDPH, leur fournir des données fiables et pertinentes pour l'exercice de leurs missions et assurer la réussite du système d'information partagé actuellement en cours de finalisation au plan national, et qui doit permettre à chaque MDPH de s'évaluer par rapport à ses pairs et d'améliorer ainsi la qualité de ses interventions.

La Cour et la chambre régionale des comptes formulent les recommandations suivantes à destination des cinq MDPH de la région Aquitaine :

- 4. généraliser l'application des référentiels d'évaluation et d'instruction des dossiers proposés par la CNSA ; en particulier, appliquer le guide d'évaluation multidimensionnel (GEVA), si nécessaire en améliorant la méthode ;*
 - 5. améliorer la fiabilité et la qualité de l'information communiquée par les MDPH à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en respectant les protocoles définis par la Caisse.*
-

Conclusion générale

Les MDPH d'Aquitaine assurent aujourd'hui leur mission de guichet unique

La période de 2006 à 2010 correspondait à celle de la création et de la mise en route de la structure. Or la loi du 11 février 2005 a défini des champs d'intervention qui n'existaient pas auparavant. Les MDPH ont ainsi dû développer des missions d'accueil et de communication, mettre en place la prestation de compensation du handicap (PCH), faire face à la refonte d'un système informatique et prendre en compte une croissance constante de leur activité avec des moyens qui n'ont pas évolué dans les mêmes proportions. L'instruction de la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi en vue d'attribuer à l'allocation aux adultes handicapés en 2007 et l'extension de la prestation de compensation du handicap aux enfants en 2008 se sont par la suite ajoutées à ces missions initiales.

Dans ce contexte contraint, la montée en charge des MDPH d'Aquitaine est réelle. Au cours des premières années qui ont suivi leur création, elles se sont ainsi consacrées prioritairement à leurs missions d'instruction et de gestion administrative des demandes. Elles sont désormais arrivées à maturité.

Les GIP les plus touchés par le départ des agents de l'État ont certes connu des difficultés de démarrage qui ont occasionné un retard significatif dans le traitement des dossiers. Pour autant, aucune des associations consultées lors des contrôles n'a contesté l'implication des équipes des MDPH ni le progrès que représentait leur création au regard de la situation antérieure.

En particulier, l'exercice des missions d'accueil et d'information a donné lieu à de réels progrès. Les MDPH ont le plus souvent donné suite aux observations des usagers et adapté les conditions d'accueil (notamment *via* la mise à disposition de moyens supplémentaires).

Le soutien financier et humain apporté par les départements, leur collectivité de rattachement, a été déterminant. Les MDPH les plus opérationnelles sont à cet égard celles qui sont adossées au conseil général, voire imbriquées dans ses services.

Des lacunes subsistent

Les missions plus ambitieuses confiées par la loi Handicap de 2005 tardent, en revanche, à être mises en œuvre.

Du fait de la forte progression des demandes adressées aux MDPH, celles-ci sont conduites à un traitement de masse purement administratif de la majorité des dossiers, au détriment de leur mission d'accompagnement individuel des personnes handicapées.

De façon générale, elles doivent assumer une tension permanente entre le respect des délais de traitement et la nécessité d'un traitement individualisé des demandes les plus complexes.

Elles s'efforcent alors de préserver une approche personnalisée pour les demandes présentant les enjeux les plus sensibles, en particulier celles relatives à la PCH. Toutefois, même en cette matière, la nécessaire évaluation préalable de ses besoins ne donne pas lieu, dans la majorité des cas, à une rencontre physique de la personne handicapée avec les services qui en ont la charge.

L'aide à l'expression du projet de vie, qui constitue pourtant un élément fondamental de la nouvelle démarche de compensation du handicap, tarde à être organisée.

Faute d'exprimer les limitations qu'elle rencontre dans sa vie quotidienne, la personne handicapée ne sollicite pas de besoins de compensation. Le nombre de plans personnalisés de compensation formalisés reste ainsi très peu élevé.

Enfin, la loi de 2005 avait explicitement placé la personne handicapée au centre de la politique de solidarité nationale du handicap. À cet égard, il est surprenant de constater que les MDPH ne se préoccupent pas davantage d'analyser la qualité du service rendu, sinon à travers le retour des seules associations présentes en commission exécutive (COMEX).

Une plus grande homogénéité et une meilleure maîtrise de l'effectivité de l'action des MDPH doivent être recherchées.

En premier lieu, comme l'a rappelé la Cour dans son rapport sur la mise en œuvre des missions de la CNSA, la Caisse ne peut exercer sa mission de pilotage national qu'à la condition de disposer de données fiables. Cet objectif étant loin d'être atteint en Aquitaine, il importe que les MDPH veillent à assurer la qualité des états transmis et à respecter les protocoles définis au plan national par la Caisse pour le calcul des indicateurs d'activité.

Par ailleurs, les MDPH doivent avoir le souci de fournir un service homogène aux personnes handicapées. À cet égard, même si de bonnes pratiques ont été observées dans certains départements, toutes les garanties ne sont pas encore suffisamment apportées. Il importe donc que les MDPH généralisent l'application du guide d'évaluation (GEVA), garant de l'homogénéité des pratiques d'évaluation. D'une manière générale, l'utilisation des référentiels et des méthodes proposés par la CNSA doit favoriser l'égalité de traitement, tout en tenant compte des contextes locaux et des situations particulières.

Dans le rapport d'information déjà cité du 12 juillet 2000, la commission des finances de l'Assemblée nationale regrettait que « les COTOREP ne disposent que de peu d'informations sur les débouchés concrètement offerts aux personnes qu'elles orientent (...) et manquent de statistiques sur les populations dont elles ont la charge. » Sur ce point, la situation n'a guère évolué, même si, là encore, des expériences positives ont été observées. Les MDPH, créées pour conduire ces missions d'observation, restent aujourd'hui centrées sur l'instruction et la gestion des dossiers individuels de demande de compensation et d'orientation. Il leur est par conséquent recommandé de mesurer l'effectivité des décisions des CDAPH et de mobiliser les outils statistiques désormais disponibles pour s'impliquer davantage dans l'analyse des publics handicapés et de leurs besoins.

La chambre régionale des comptes d'Aquitaine, Poitou-Charentes a formulé des recommandations dans les rapports qu'elle a adressés aux MDPH dont elle a examiné la gestion. D'une manière générale, les travaux de synthèse, confortés par l'enquête de la Cour sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), conduisent à formuler cinq recommandations visant à garantir une plus grande homogénéité de l'action des cinq maisons départementales et à mieux maîtriser l'effectivité des décisions prises.

Récapitulation des recommandations

La Cour et la chambre régionale des comptes formulent les recommandations suivantes à destination des cinq MDPH de la région Aquitaine :

1. faciliter les relations entre les demandeurs et les équipes des MDPH en développant les espaces numériques en relation avec la CNSA ;
2. développer le suivi des résultats pour s'assurer de l'effectivité des décisions prises par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
3. mieux utiliser les outils disponibles pour améliorer la connaissance du handicap et des personnes handicapées ;
4. généraliser l'application des référentiels d'évaluation et d'instruction des dossiers proposés par la CNSA ; en particulier, appliquer le guide d'évaluation multidimensionnel (GEVA), si nécessaire en améliorant la méthode ;
5. améliorer la fiabilité et la qualité de l'information communiquée par les MDPH à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en respectant les protocoles définis par la Caisse.

Table des sigles et des abréviations

Sigle	Signification
AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACFP	Allocation compensatrice pour frais professionnels
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
AEEH	Allocation d'éducation pour enfant handicapé
AGEFIPH	Association de gestion des fonds pour l'insertion des personnes handicapées
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
AVS	Assistant de vie scolaire
CAF	Caisse d'allocations familiales
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CDA/CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDES	Commission départementale d'éducation spéciale
CIM	Classification internationale des maladies
CLIC	Comité local d'information et de coordination
CLIS	Classe d'intégration scolaire
CNITAAT	Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DIRECCTE	Direction régionale de la consommation et de la concurrence, du travail et de l'emploi
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
ESMS	Établissements et services à caractère social et médico-social

ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ETP	Équivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FDCH	Fonds départemental de compensation du handicap
GEVA	Guide d'évaluation multidimensionnel
GIP	Groupement d'intérêt public
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IME	Institut médico-éducatif
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MAS	Maison d'accueil médicalisé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
ODAS	Observatoire national de l'action sociale décentralisée
ORP	Orientation professionnelle
PCH	Prestation de compensation du handicap
PIIS	Projet individuel d'intégration scolaire
PPC	Plan personnalisé de compensation
PPS	Projet personnalisé de scolarisation
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés
RSDAE	Restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SIPAPH	Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SVA	Site pour la vie autonome
TCI	Tribunal du contentieux de l'incapacité

RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS, DES COLLECTIVITÉS ET DES ORGANISMES CONCERNÉS

Sommaire

Ministre de l'économie et des finances Ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget	93
Ministre des affaires sociales et de la santé	94
Présidente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	95
Directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	96
Président de l'Assemblée des départements de France (ADF)	102
Préfet de la Dordogne	105
Préfet de la Gironde	107
Préfet de Lot-et-Garonne	109
Préfet des Pyrénées-Atlantiques	110
Président du conseil général de la Dordogne Président du Groupement d'intérêt public de la maison départementale des personnes handicapées de la Dordogne	111
Président du conseil général de la Gironde Président du Groupement d'intérêt public de la maison départementale des personnes handicapées de la Gironde	113
Président du conseil général des Landes Président du Groupement d'intérêt public "Maison landaise des personnes handicapées"	114
Président du conseil général de Lot-et-Garonne	115
Président du Groupement d'intérêt public de la maison départementale des personnes handicapées de Lot-et-Garonne	116
Président du conseil général des Pyrénées-Atlantiques Président du Groupement d'intérêt public de la maison départementale des personnes handicapées des Pyrénées-Atlantiques	123

Destinataire n'ayant pas répondu
Le préfet des Landes

**RÉPONSE COMMUNE DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES ET DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU
MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, CHARGÉ DU
BUDGET**

Les constats et recommandations effectués au niveau local en Aquitaine rejoignent largement les analyses conduites récemment au niveau national par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ou les conclusions rendues par la Cour des comptes en octobre 2013 dans son rapport La mise en œuvre des missions de la CNSA.

Ainsi, si les MDPH sont aujourd'hui opérationnelles et remplissent l'essentiel des missions qui leur ont été assignées par la loi du 11 février 2005, les questions d'une meilleure évaluation de l'employabilité des personnes handicapées et des écarts observés de taux d'accord et de montants accordés en matière de prestation de compensation du handicap (PCH) et d'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont clairement posées aujourd'hui. C'est pourquoi ces enjeux sont au cœur des démarches mises en œuvre actuellement par le Gouvernement.

Comme le note la Cour, l'expérimentation sur l'employabilité des demandeurs d'AAH va être généralisée en 2014. Par ailleurs, à la suite de l'évaluation de politique publique concernant l'AAH, décidée lors du comité interministériel de la modernisation de l'action publique du 18 décembre 2012, une mission de l'inspection générale des affaires sociales a été diligentée en septembre 2013 en collaboration avec le secrétariat général à la modernisation de l'action publique (SGMAP). Cette mission s'attachera notamment à proposer des nouveaux outils de nature à réduire les disparités territoriales dans l'accès aux prestations (outils d'homogénéisation des pratiques et d'objectivation de la proposition de décisions) ; elle devra en outre formuler des propositions de nature à renforcer les modalités d'échanges d'informations entre les acteurs concernés, au plan local et national. Enfin, le comité interministériel de la modernisation de l'action publique (CIMAP) du 18 décembre 2013 a acté, en association avec l'assemblée des départements de France, le lancement à partir du premier semestre 2014 du projet « IMPACT » (Innover et Moderniser les Processus MDPH pour l'Accès à la Compensation sur les Territoires) : une expérimentation sera lancée dans plusieurs MDPH pour améliorer le traitement des demandes de prise en charge du handicap.

L'ensemble des innovations proposées dans le cadre de ces démarches permettra, conformément à l'esprit de la loi handicap du 11 février 2005, de renforcer l'homogénéisation des pratiques et des droits, le traitement personnalisé des demandes tout en diminuant les délais de réponse et en facilitant le travail des agents.

**RÉPONSE DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTE**

Cette lecture ne me conduit pas à formuler d'autres remarques que celles que la directrice générale de la cohésion sociale vous a fait parvenir par son courrier du 18 octobre 2013 en réponse à votre saisine du 17 septembre 2013.

Je relève avec satisfaction que la Cour des comptes constate la réussite de la montée en charge des MDPH même si ce projet de rapport les engage à développer leur analyse quant à la qualité du service rendu aux usagers. Si je partage cette préoccupation, je souhaite mettre en exergue la création récente des MDPH dont la mise en place n'a pas entraîné de ruptures de droits pour les personnes handicapées.

Je souhaite également souligner tout particulièrement les actions que nous avons engagées à la suite des comités interministériels du handicap du 25 septembre 2013 et de modernisation de l'action publique du 18 décembre 2013 afin d'améliorer le fonctionnement des MDPH. Nos objectifs sont en effet de permettre la fiabilité des données d'activité transmises par les MDPH à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, de maîtriser l'effectivité des décisions rendues par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, de réduire les contraintes administratives dans le traitement des dossiers afin de favoriser un accompagnement individuel des demandeurs et d'assurer une meilleure égalité de traitement sur le territoire.

Enfin, les conclusions du conseiller d'Etat Denis Piveteau, que j'ai missionné avec la ministre chargée des personnes handicapées, pour proposer d'ici mai 2014 toutes les solutions aptes à faciliter l'admission et l'accueil durable des personnes en situation de handicap qui sont exposées à un risque de rupture de leur prise en charge, éclaireront le Gouvernement sur les moyens d'améliorer la coordination des acteurs dans l'orientation des personnes handicapées.

**RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DE DE LA CAISSE NATIONALE DE
SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE**

Je vous confirme que, pour ma part, je valide l'intégralité des propos de Monsieur Allaire, directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les éléments de réponse transmis par courrier, et destinés à être publiés.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

Des missions ambitieuses ont été confiées par la loi aux MDPH : supprimer le parcours du combattant auquel trop souvent les personnes handicapées et leurs familles étaient confrontées pour trouver les informations, les conseils et les décisions qui leur étaient indispensables.

La loi de 2005 a également défini de nouvelles procédures d'examen de la situation des personnes basées sur l'expression du projet de vie de chaque personne et d'une évaluation multidimensionnelle pour construire un plan personnalisé de compensation.

Désormais la Maison départementale est donc le point d'entrée identifiée sur le territoire départemental par toute personne concernée par le handicap ayant besoin d'une aide ou d'une prestation.

Les associations interrogées par la CNSA en mai 2005 sur la priorisation de leurs attentes vis-à-vis des MDPH avaient toutes souligné l'importance de la création de vrais services d'accueil qui manquaient complètement dans les anciennes structures.

La Cour souligne les efforts faits dans ce domaine par les MDPH de la région Aquitaine comme dans les autres régions de France par la création de locaux adaptés et accessible en général à la diversité des handicaps d'où les avis globalement positifs de la part des associations d'usagers.

Certes l'accueil téléphonique reste encore insuffisant pour faire face au volume d'appels. Il convient de noter la forte pression qui pèse sur ces services en raison de l'accroissement du nombre de personnes qui sollicitent la MDPH.

Une évolution des modes d'accueil est en cours pour les diversifier et faciliter les démarches des demandeurs notamment par la mise en place des sites internet comme celui des Landes. La CNSA accompagne les MDPH par la diffusion d'un guide sur la mise en place du suivi en ligne des demandes réalisé avec la DGCS, la MAP et plusieurs MDPH précurseurs dont celle de la Gironde.

Les démarches d'évaluation du service rendu reposant sur un questionnaire construit entre la CNSA, les associations et les MDPH n'ont pas rencontré le succès escompté en raison du faible nombre de personnes remplissant les questionnaires élaborés en commun. La longueur du questionnaire, trop ambitieux a sans doute dissuadé les personnes handicapées d'y répondre sans un appui spécifique. D'où la recherche en cours d'une nouvelle modalité d'enquête à construire en 2014 avec les associations et les MDPH et le soutien du SGMAP.

La mise en place d'équipes d'évaluation innovantes associant de nombreux professionnels y compris extérieurs à la MDPH, soulignée par la Cour est bien significative d'un changement de paradigme : l'évaluation n'est plus médicale ou administrative mais bien pluridisciplinaire. Ces équipes sont chargées d'évaluer les besoins des personnes et les éléments d'éligibilité à des prestations ou orientations dont le taux d'incapacité, pour proposer un plan de compensation personnalisé.

Les organisations variées mises en place au plan local tentent de trouver la meilleure manière de répondre à la diversité des âges, des types de handicap et des problématiques (emploi, éducation, vie à domicile...). Les quatre journées d'échanges organisées par la CNSA chaque année entre les coordonnateurs d'équipe pluridisciplinaires des MDPH constituent des occasions de réflexion sur les organisations mises en place et leurs avantages respectifs, ainsi que sur les pratiques des professionnels.

La notion de projet de vie, élément considéré comme essentiel par les associations de personnes handicapées n'a pas encore trouvé pleinement sa place auprès des demandeurs eux-mêmes qui souvent ne souhaitent pas s'exprimer sur leurs attentes et leurs besoins ou remettent en question cette disposition la trouvant trop intrusive.

Au-delà des moyens d'accompagnement mis en place dans les MDPH, la CNSA a souhaité encourager des expériences d'aide à la formulation du projet de vie notamment conduites par des associations. Ces démarches démontrent que l'accompagnement proposé facilite l'expression de la personne volontaire mais demande du temps et un certain savoir-faire et savoir-être. Le conseil scientifique de la CNSA a engagé au cours du troisième trimestre 2013 des travaux sur la notion de projet de vie et sur le type d'accompagnement possible.

Le rôle des MDPH en matière d'insertion professionnelle est essentiel comme acteur de l'orientation vers le marché ordinaire du travail ou le secteur protégé ou vers des actions de formation. De fait la moitié des demandes adultes présentent une composante d'étude de l'employabilité. Pour cela les équipes d'évaluation s'adjoignent des compétences issues des acteurs du service public de l'emploi (Pôle Emploi et Cap Emploi) et des structures spécialisées (AGEFIPH) qui sont chargés suite aux décisions d'orientation de la MDPH d'aider à l'insertion dans l'emploi les personnes orientées vers le marché du travail. C'est par leur intermédiaire que les MDPH sont en relations avec le monde du travail.

La convention multipartite d'objectifs et de moyens signée le 27 novembre entre les services de l'Etat (DGEFP, DGT), Pôle Emploi, l'AGEFIPH, le FIPHP, la CNSA, l'ARF et les caisses nationales maladie, confirme bien l'importance de l'articulation entre ces différents acteurs par le biais de conventions locales.

La Cour note également la charge de travail très forte qui pèse sur les services des MDPH et donc sur les commissions des droits. Cette charge est fortement croissante en région Aquitaine comme dans les autres régions en raison d'une meilleure visibilité des MDPH, de l'apparition de la nouvelle prestation de compensation mais aussi de l'ouverture à de nouveaux handicaps comme le handicap psychique identifié clairement dans la loi de 2005 ainsi qu'aux troubles des apprentissages des enfants.

L'impact des difficultés économiques, délicat à mesurer, contribue sans doute également à cette pression croissante. D'où un effort constant des MDPH pour davantage structurer leurs processus et adapter leurs personnels. Les membres de la COMEX dont les associations des personnes handicapées, les représentants de l'Etat et du Conseil général sont parties prenantes des évolutions à conduire.

Ces efforts peuvent être battus en brèche dans le cas d'absence de certains professionnels ou de départ difficiles à remplacer. Des postes de médecins notamment sont parfois vacants pendant plusieurs mois ce qui provoque des goulots d'étranglement source de reconstitution de stocks. Des changements réglementaires récents comme l'obligation de procéder à une analyse de la RQTH pour toute demande d'AAH ou la limitation de l'attribution de l'AAH à 2 ans au lieu de 5 contribuent à des augmentations mécaniques du nombre de décisions à prendre.

D'où la très grande difficulté d'un certain nombre de MDPH à respecter le délai de traitement de toutes les demandes en 4 mois soulignée par la cour en raison du caractère paradoxal d'une individualisation forte du traitement de chaque demande face à la nécessité d'un traitement de masse des dossiers, en nombre toujours croissant avec des moyens non extensibles.

Pour connaître l'effectivité des décisions qu'elles prennent, les MDPH doivent obtenir des retours de tous les acteurs chargés de leur mise en œuvre : conseils généraux pour le paiement de la PCH, de la CAF pour le paiement de l'AAH et de l'AEEH, des établissements médico-sociaux pour les orientations... La construction des circuits d'information nécessaires passe d'abord par des réflexions sur les finalités et le contenu des échanges entre ces partenaires, avant d'envisager leur dématérialisation.

La CNSA a conduit des travaux avec les différents partenaires sur les échanges avec les CAF et les acteurs du service public de l'emploi. Des travaux sont en cours avec l'Éducation Nationale. La dématérialisation des échanges entre CAF et MDPH fait l'objet d'une expérimentation dans plusieurs départements suite à la construction d'un web service par la CNAF.

Pour le suivi des orientations vers les établissements et services médico-sociaux, un groupe de travail associant les fédérations d'établissements médico-sociaux, les MDPH, les conseils généraux, les associations et les Caisses d'assurance maladie a été constitué début 2013.

Les premiers résultats de ces travaux, appuyés sur l'analyse des expériences locales, ont permis fin 2013 de modéliser l'existant et de définir les types de solutions possibles ainsi que les pré-requis indispensables pour la mise au point d'un système de suivi des orientations homogène France entière.

Les contacts pris entre la CNSA et les services du Défenseur des Droits en 2013 ont abouti à l'animation en décembre 2013, d'une première journée commune pour les MDPH et les délégués régionaux du Défenseur des Droits en vue de favoriser les échanges entre des acteurs mieux informés de leurs rôles respectifs et de renforcer la fonction de médiation.

Pour favoriser l'harmonisation de l'application des textes et des pratiques des équipes de MDPH, la CNSA a entrepris un travail important de formation des équipes et de construction en commun de référentiels d'appui aux pratiques ainsi que d'outils d'aide à la décision. Cette action est à poursuivre pour éclairer les nombreuses règles applicables dont la technicité voire la complexité sont trop souvent un frein à une application homogène. Approfondir la formation des équipes, à partir de travaux sur des études de cas complexes, nécessite le recours à des formateurs expérimentés.

Or on constate un manque important de formateurs suffisamment spécialisés, ce qui représente un sérieux frein au développement de telles formations. En effet l'expertise nécessaire ne se trouve pas dans les organismes de formation généralistes. D'autant plus que les formations les plus efficaces sont celles qui allient savoir théorique et échange de pratiques. Seuls peu de professionnels peuvent offrir cette double compétence.

C'est pourquoi la CNSA dans le cadre de sa convention avec le CNFPT recherche dans le milieu des professionnels des MDPH des personnes acceptant d'assurer cette fonction sachant que la CNSA peut leur donner les éléments de formation théorique nécessaires et le CNFPT les éléments de pédagogie indispensables. Mais peu de professionnels sont suffisamment disponibles pour assurer l'ensemble des séances de formation sur tout le territoire.

Ce manque se ressent d'autant plus que ces formations doivent concerner aussi tous les partenaires des MDPH : associations, professionnels médico-sociaux, du champ de l'emploi ou de la scolarisation.

Le taux de recours contentieux et gracieux par rapport au nombre de décisions prises atteint seulement 3 % l'ensemble des recours sachant que dans 86 % des MDPH il est inférieur à 3 %. Cependant la CNSA a mis en place de manière prioritaire et porté en région un dispositif de formation des personnels et des magistrats des TCI, formation indispensable pour leur faire découvrir les changements fondamentaux apportés par la loi de 2005. Seuls les présidents de TCI volontaires ont fait bénéficier leurs collègues de cette formation.

Pour mieux appréhender les moyens mis en œuvre par les MDPH pour faire face à leurs obligations la CNSA a élaboré depuis 2008 une maquette budgétaire retraçant la valorisation des contributions des membres du GIP, tant en dotations financières qu'en mise à disposition de personnel ou de prestations de services.

La Cour estime que ces maquettes sont mal renseignées. Les services de la CNSA effectuent chaque année un travail très rigoureux de relecture des données transmises par les 110 MDPH pour rectifier avec les acteurs locaux les chiffres mal renseignés suite à des erreurs de compte ou une double comptabilisation. C'est cependant au payeur départemental signataire du document et aux différents partenaires locaux qu'il appartient d'attester la véracité des chiffres transmis.

Une des difficultés rencontrées tient à l'impossibilité pour certains partenaires d'indiquer les montants réels. Le recours à la valorisation n'est admis que pour les apports des partenaires lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de donner le montant réel ou lorsque le partenaire ne communique pas les éléments à la MDPH. Dans ce cas, la valorisation (pour les personnels, qui représentent les montants les plus importants) est fondée sur la circulaire SG n° 2006-508 du 4 décembre 2006 et l'instruction n° DGCS/SD3C/2011/132 du 8 avril 2011. Il appartient aux partenaires de la MDPH (principalement conseils généraux et Etat) de connaître les montants réels de ce qu'ils dépensent (personnel ou autre) pour la MDPH et de les communiquer à la MDPH. Les échanges avec les correspondants au sein des MDPH et CG montrent par ailleurs que pour ceux des CG qui ont mis en place une comptabilité analytique, ils peuvent communiquer facilement les dépenses faites pour la MDPH.

La juste valorisation des contributions des partenaires des MDPH est en effet indispensable. En l'état, on peut considérer que ces données recueillies par le biais des maquettes sont dans l'ensemble fiables grâce à la signature du payeur et aux recoupements effectués. Quelques MDPH sous-estiment encore les dépenses des partenaires, mais elles apparaissent minoritaires et souvent de petite taille. D'année en année, les résultats des analyses qui s'améliorent sont concordants. De plus, les excédents ou déficits sont formellement séparés dans la maquette de façon à analyser les dépenses et recettes de la MDPH sur l'année ciblée uniquement.

L'objectif de la CNSA est désormais de se pencher davantage sur les indicateurs de gestion des MDPH, de façon à analyser et comparer les coûts de gestion entre MDPH. Cela permettra de fiabiliser davantage les données, et d'harmoniser encore les pratiques. Il apparaît également important de compléter le guide permettant de compléter la maquette, de progressivement automatiser le recueil des données et de demander la clarification juridique du flux financier du concours de la CNSA destiné à la MDPH.

Un des chantiers sur lequel des avancées sont très attendues est celui du système d'information partagé : construction d'un système de remontées automatisées d'informations sur l'activité des MDPH. La CNSA est chargée de mettre en place le SIpa PH, système d'information prévu par la loi de 2005 et destiné à améliorer les connaissances sur les caractéristiques des personnes handicapées, leurs besoins et les réponses qui y sont apportées et contribuer à une meilleure gestion des politiques du handicap tant au niveau local que national. Actuellement la mise en place des extracteurs de données d'activité des MDPH et leur introduction technique et statistique dans le SIpa PH posent problème. D'où le lancement au premier semestre 2013 par la CNSA d'un audit qui porte plus globalement sur le SI des MDPH afin de proposer des scénarios en vue de déterminer la meilleure trajectoire pour garantir l'obtention des indicateurs souhaités dans le SIpa PH. Cet audit, auquel sont associés l'Assemblée des départements de France, les conseils généraux et les MDPH, le secrétariat du Comité interministériel du Handicap et les directions d'administration centrale, rendra ses conclusions début 2014. Un arbitrage politique sera demandé dans les meilleurs délais pour choisir parmi les scénarios proposés celui qui sera retenu pour l'évolution du SI des MDPH.

Dans l'attente les travaux statistiques sur la qualité des données impulsées par la CNSA se poursuivent : une réunion a eu lieu en octobre 2013 avec une trentaine de MDPH pour valider la définition et la construction de nombreux indicateurs.

Au terme de ces premières années de fonctionnement des MDPH, il est important de reconnaître, comme le fait la Cour, le chemin déjà parcouru ainsi que les progrès qui restent à faire. Les MDPH déploient leur intervention au sein d'un réseau de partenaires qui sont eux-mêmes confrontés à une évolution importante de leur positionnement et de leurs pratiques. C'est ensemble qu'ils pourront relever les enjeux posés par la loi de 2005. Les associations de MDPH parties prenantes dans le fonctionnement des GIP MDPH ont confirmé, malgré les difficultés qui subsistent, leur intérêt pour cette institution tout à fait inédite comme modèle de participation des bénéficiaires à la mise en œuvre d'une politique publique.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE DES
DÉPARTEMENTS DE FRANCE (ADF)**

S'agissant de la question relative au fonctionnement des MDPH d'Aquitaine, il appartient aux Présidents de conseils généraux de cette région de répondre aux observations concernant leur gestion.

S'agissant de l'animation actuelle du réseau des MDPH par l'ADF, il a été fait le choix d'un mode de gouvernance basé sur la cogestion du dispositif.

Au plan institutionnel, le choix a été fait d'un statut juridique peu usité et très complexe, le Groupement d'Intérêt Public (GIP), et il est donné aux représentants des Personnes handicapées un quart des sièges. Ce choix du GIP a été largement débattu lors de l'élaboration de la loi du 11 février 2005. C'est ainsi que le statut de GIP a été adopté à une voix près par la commission mixte paritaire du Parlement.

Au plan des décisions individuelles, les représentants des Personnes handicapées ont un tiers de voix délibératives au sein de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

La loi du 28 juillet 2011 (dite « PPL Blanc ») avait prévu, dans le cadre du GIP, la mise en œuvre de solutions aux problèmes rencontrés au travers d'un CPOM entre l'Etat et le Président du Conseil général.

Sur cette base s'engage début 2012 la préparation des textes réglementaires d'application, travail achevé en avril 2012. Un seul point de litige subsiste au terme de ces travaux : la question de la sanctuarisation des moyens de l'Etat transférés en 2006 (dotations et ressources humaines) dans les CPOM.

Fin 2012, l'annonce est faite par le Ministère du report des CPOM compte tenu du projet de décentralisation et de départementalisation des MDPH avec leur intégration comme service du conseil général.

En effet, il s'agit de prime abord d'une simplification administrative et d'une rationalisation des organisations puisque les Conseils généraux sont déjà les pilotes des MDPH :

- le Président du Conseil général préside le GIP, nomme la directrice ou le directeur de la MDPH et assure la tutelle administrative et financière du GIP ;

- le Conseil général dispose de la majorité des voix en commission exécutive et finance majoritairement le fonctionnement de la MDPH ;

- la mutualisation avec les services des Conseils généraux est déjà réalisée librement chaque fois que les Départements l'ont souhaitée ainsi qu'en témoignent les différents niveaux d'intégration des GIP aux services

départementaux, de l'intégration la plus complète à l'autonomie de gestion la plus complète.

La décentralisation doit mettre fin à la complexité pour l'Etat de la gestion des financements et des postes mis à disposition. La PPL BLANC avait pour objet de régler ces deux sujets avec la signature des CPOM sur la base d'un engagement de sanctuarisation des moyens transférés en 2006.

L'ADF avait proposé, par amendement à la PPL BLANC, un regroupement des financements de l'Etat et de la CNSA dans une même enveloppe gérée par la CNSA, ce qui aurait constitué une mesure de simplification et de rationalisation efficace.

Cette mesure aurait pu être intégrée dans les conventions d'appui à la qualité de service (CAQuS) que la CNSA signe tous les trois ans avec les départements et aurait évité ainsi la signature d'un CPOM spécifique qui, de fait devaient s'articuler et être cohérente avec les CAQuS, créant une nouvelle complexité mainte fois relevée lors de l'élaboration des textes réglementaires. Il convient de souligner que le modèle cadre de cette CAQuS a été élaboré conjointement avec l'ADF.

La gestion des personnels mis à disposition par l'Etat selon les modalités statutaires de droit commun mises en œuvre à chaque étape de la décentralisation aurait évité les difficultés rencontrées en laissant aux agents une période suffisamment longue de mise à disposition avant d'exercer ou non un droit d'option.

Les MDPH développent leur mission d'observation et vont apporter à l'Etat, au travers de la CNSA et des ARS, et aux Conseils généraux, les informations utiles à la planification des réponses aux besoins des personnes handicapées, devenant ainsi le « creuset possible » des futures politiques publiques. C'est pourquoi les représentants de l'ADF au conseil d'administration de la CNSA ont soutenu le fait d'aller vers des systèmes d'information plus intégrés et de conditionner le financement des MDPH par la CNSA aux respects des engagements de la CAQuS.

La CNSA et l'ADF mènent actuellement le projet « Audit SI MDPH », dont le périmètre de l'étude est le suivant :

- *la gouvernance de l'écosystème (dont le rôle de la CNSA),*
- *les SI des MDPH,*
- *les échanges de la MDPH avec son environnement dont les échanges dématérialisés des MDPH avec leurs partenaires locaux,*
- *les remontées de données vers le SipaPH.*

Les objectifs visés de cette étude sont :

- *d'établir une vision partagée des difficultés rencontrées dans le projet SipapH (bilan technique, fonctionnel, organisationnel, financier, stratégique et règlementaire),*
- *d'identifier le périmètre fonctionnel du SI des MDPH (couverture fonctionnelle du SI par rapport aux missions des MDPH),*
- *d'identifier les attentes des MDPH relatives au SI et les besoins prioritaires d'échange des MDPH avec ses partenaires,*
- *de proposer des scénarios cibles d'évolution du SipapH et de l'écosystème (c'est à dire les SI des différents partenaires en relation),*
- *sur la base de deux scénarios cibles retenus, de proposer deux trajectoires de mise en œuvre,*
- *d'étudier les prérequis relatifs à la gouvernance pour appuyer ces trajectoires.*

Le projet est prévu sur une durée de 7 mois (entre juillet 2013 et janvier 2014).

Enfin, la transformation des MDPH en service intégré ne peut que faciliter leur mutation en Maisons départementales de l'Autonomie (MDA) puisque les équipes médico-sociales APA sont déjà intégrées dans les services des conseils généraux. Cette MDA pourrait être un budget annexe du département.

Un service intégré avec le maintien de la situation actuelle pour la commission des droits à l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et la création d'un conseil départemental de solidarité pour l'autonomie (CDSA) qui serait présidé par le président du conseil général et se verrait attribuer les compétences de l'ancienne commission exécutive du GIP MDPH, devrait donner entière satisfaction aux fédérations représentatives des personnes en situation de handicap.

RÉPONSE DU PRÉFET DE LA DORDOGNE

- Il est indiqué que hormis la MDPH des Pyrénées-Atlantiques, les autres MDPH paraissent « intégrées » et s'apparentent à un service du conseil général. Je tiens à préciser que pour la Dordogne, la MDPH se situe plutôt dans la catégorie « intermédiaire » avec des locaux indépendants, des échanges constants entre les directeurs du Conseil général et de l'État et les responsables techniques du GIP.

- Vous indiquez que l'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles dispose que chaque MDPH « recueille et transmet (...) les données relatives aux suites réservées aux orientations prononcées par la commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées, notamment auprès des établissements et services susceptibles d'accueillir ou d'accompagner les personnes concernées ».

Je partage votre analyse sur l'insuffisance de connaissance des suites faite d'outil de mesure. Les associations regrettent ainsi de ne pas avoir de retour sur les orientations effectives prononcées en CDA.

- Vous évoquez le référentiel de codage des déficiences. En Dordogne, il ressort une insatisfaction des représentants des associations sur le guide barème relatif au handicap psychique, notamment lors des séances de la commission départementale consultative des personnes handicapées (CDCPH). La prise en compte de ce type de handicap est considérée comme mal ou peu référencée dans le guide barème proposé par la CNSA.

- Le renforcement du contrôle des conditions d'attribution de l'AAH par la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations a permis de systématiser l'étude de cas concrets, avec analyse. Des sondages sont ainsi effectués sur des rejets et accords et les dossiers sont donc ouverts et détaillés en commission CDAPH.

- S'agissant des effectifs mis à disposition par l'État : il convient de mentionner en premier lieu que les effectifs de l'État, dans un contexte de restriction budgétaire et de baisse des effectifs avec le principe de non remplacement d'un fonctionnaire sur deux, n'a pas impacté les MDPH. Cela est vérifiable en Dordogne avec plusieurs départs à la retraite tous remplacés. Il convient donc de considérer que la gestion des droits des personnes handicapées reste bien une priorité de l'action de l'État.

Il me paraît également opportun d'infléchir le commentaire sur les refus de mise à disposition des agents de l'État auprès des MDPH. Si l'exemple de la Gironde et des Pyrénées Atlantiques est cité, force est de constater qu'en Dordogne, tous les agents ciblés au titre de la convention initiale ont accepté leur mise à disposition et que par la suite, aucun n'a émis le souhait d'un retour sur des missions autres de l'État.

- Sur le FDCPH : Il est noté que les contributions des fonds des Pyrénées-Atlantiques et de la Dordogne ont connu une progression régulière. Je tiens à préciser que malgré des dépenses en hausse en Dordogne pour le FDCPH, il reste excédentaire chaque année (2011 : 34 790 €, 2012 : 27 966 €, 2013 : 28 062 €).

RÉPONSE DU PRÉFET DE LA GIRONDE

Le projet de rapport public thématique appelle de ma part une réponse axée sur deux sujets principaux, la participation de l'État au fonctionnement des GIP et le rôle qu'il peut y jouer, afin de tendre vers plus d'harmonisation dans les modalités d'attribution des aides.

- En ce qui concerne la participation de l'État au budget de fonctionnement des GIP MDPH la déstabilisation engendrée en Gironde et dans les Pyrénées-Atlantiques par le choix opéré en 2006 par de nombreux agents de l'État mis à disposition d'effectuer un retour à leur administration d'origine, a été résolue dès l'exercice 2011, avec le paiement du solde de ce qui avait constitué une dette, à hauteur 755 555 € pour la seule Gironde.

Depuis cette date une demande récurrente émane du GIP-MDPH de la Gironde, tendant à obtenir une participation supérieure à celle évaluée par l'administration centrale, principalement du fait du refus par la direction du GIP d'appliquer l'instruction nationale DGCS/SD3C n° 2011-132 du 8 avril 2011, publiée au BO Santé - Protection sociale, qui définit notamment les forfaits annuels applicables en fonction de la situation des agents. Une part subsidiaire de cette différence d'évaluation de la participation de l'État tient à la diminution de la contribution du secteur Travail depuis 2011 pour le département de la Gironde, à hauteur de 87 261 €, non expliquée. A ce sujet j'ai adressé en novembre 2013 une demande au ministère du Travail, dont j'attends à ce jour la réponse.

Enfin, un contentieux engagé en 2011 par M. le président du GIP de la Gironde porte sur le principe de la compensation d'un agent de l'État en congé de longue maladie, qui n'a pas été remplacé sur les exercices 2010 et 2011, l'État ne remplaçant pas les agents dans cette position. Ce recours est toujours pendant devant le tribunal administratif de la Gironde.

Je tiens à noter que jusqu'à l'exercice 2012 inclus, tous les compte-administratifs des MDPH d'Aquitaine ont été présentés en équilibre, ce qui témoigne d'une participation de l'État comme des autres contributeurs à hauteur des besoins, malgré un contexte de hausse générale des demandes de prestations. Ainsi depuis 2011 l'État abonde à nouveau les Fonds de compensation du handicap, notamment en Gironde, alors même que l'avance de trésorerie consentie au GIP pour ce fonds en 2008 n'est toujours pas épuisée.

- En ce qui concerne le rôle de l'État au sein des GIP-MDPH d'Aquitaine, j'ai personnellement veillé à appliquer les directives nationales d'orientation à ce sujet.

Les services de l'État sont présents au sein des commissions exécutives des GIP, comme au sein des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), ainsi que des comités de gestion des fonds de compensation du handicap.

Depuis 2012, la nouvelle mission dénommée pilotage de l'allocation adulte handicapée a entraîné la désignation d'un référent départemental pour cette question au sein de chaque DDSCS(PP), d'un référent régional au sein de la DRJSCS, et de correspondants au sein des unités territoriales de la Direccte. L'homogénéisation des règles d'attribution de l'AAH, expérimentée en Gironde dès 2011, a permis de définir des règles harmonisées entre les différents départements pour l'obtention de cette prestation, dont les résultats sont déjà très sensibles au niveau statistique dans ce département et dans les Pyrénées-Atlantiques, comme l'indique précisément votre rapport (Cf. page 59). La poursuite de cette mission permettra d'optimiser l'harmonisation des critères d'attribution de cette prestation dans la région Aquitaine.

La mise en place de cette nouvelle politique a impliqué un effort important des services de l'Etat qui ont, dans certains départements réinvestis les CDAPH, se sont formés, et se sont coordonnés entre eux et avec les nombreux partenaires impliqués au sein des GIP (Education nationale, Assurance maladie, Associations...).

Enfin, j'estime que le chantier en cours au sein des GIP-MDPH sous la houlette de la CNSA, concernant la mise en place d'un système d'information performant et permettant des extractions de données uniformisées, est un préalable essentiel pour une lecture compréhensible des rapports d'activités, et pour permettre aux membres des commissions exécutives d'y définir une vraie politique tendant à assurer l'égalité d'accès aux prestations du handicap entre les différents départements.

Dans l'attente de cet outil d'information, personne n'est en mesure d'expliquer les différences de coût par habitant de la prestation de compensation du handicap (PCH,) entre les cinq départements de la région Aquitaine, pointées dans votre rapport aux pages 56 et 57.

Au-delà, seul un recueil national de données fiables sur les demandes de prestations et d'orientation des personnes handicapées, comme sur les réponses apportées, permettra d'objectiver les besoins dans ce domaine, et de donner des bases incontestables aux différents schémas du handicap, qu'ils relèvent des conseils généraux ou des agences régionales de santé.

Dès lors que ces recueils de données harmonisées seront possibles, les services de l'Etat pourront au sein des GIP, veiller à la fois à l'ouverture des droits des personnes handicapées, à l'égalité d'accès aux droits entre les départements et à la bonne application de la loi, à l'exemple de ce que le pilotage de l'AAH a déjà permis pour cette prestation.

RÉPONSE DU PRÉFET DE LOT-ET-GARONNE

- L'organisation de la maison départementale de Lot-et-Garonne :

Dans le projet de rapport, un encart est consacré à l'amélioration de l'accueil physique de la maison départementale de Lot-et-Garonne. Les travaux de restructuration des locaux qui sont évoqués, ont conduit à la création de deux box d'accueil individualisés qui garantissent la confidentialité des échanges.

Des permanences sont assurées avec le concours des associations.

- L'amélioration des procédures de décisions :

Je souhaite préciser que le renforcement du pilotage de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) par la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) de Lot-et-Garonne a permis l'examen en commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) des dossiers complexes de demandes d'AAH2 en cas de restriction substantielle et durable à l'emploi (RSDAE) à la suite des dispositions du décret du 16 août 2011. Jusqu'en 2012, seules les demandes de prestations de compensation du handicap (PCH) étaient soumises à la CDAPH pour les adultes.

Par ailleurs, les pratiques différentes des cinq MDPH de la région militent pour la tenue de travaux régionaux. Le premier d'entre eux s'est tenu ce mois-ci sur la situation des jeunes dits en aménagement Creton.

- Les conventions pluriannuelles d'objectif et de moyens (CPOM) :

La Cour considère que « pour l'avenir, la loi du 28 juillet 2011 devait en théorie garantir la pérennité financière des GIP en prévoyant la signature de CPOM ».

En l'absence de décret d'application nécessitant des consultations approfondies, la mise en œuvre des CPOM, fixée au 1er janvier 2013, a dû être reportée, en Lot-et-Garonne comme ailleurs puisque cela concerne la France entière.

RÉPONSE DU PRÉFET DES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

Comme vous le précisez, les caractéristiques propres au département des Pyrénées-Atlantiques ont conduit la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) à ouvrir une antenne basque, complémentaire de son siège palois. Il convient de souligner que cette situation n'est pas une originalité et se retrouve fréquemment dans tous les secteurs de l'action publique. Par ailleurs, et cela est également signalé, les deux sites gardent une gouvernance unifiée. Le rapport note à juste titre que les réunions plénières de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ont pour rôle d'assurer la cohérence des décisions des deux sections locales. Cette fonction est fondamentale dans la mesure où la MDPH dispose d'une grande autonomie par rapport au Conseil général. Il importe donc que sa pérennité soit assurée.

Par ailleurs, le rapport évoque les difficultés rencontrées en 2007 lors de la mise en place de la MDPH induites tant par le départ de plusieurs agents de l'État que par la compensation financière tardive, mais désormais réalisée, des recrutements d'agents contractuels, suivant en cela un schéma abondamment repéré à l'échelle nationale. Si cette perte de technicité, concomitante d'une forte progression des demandes déposées, a initialement pu peser sur la productivité des personnels, les nouvelles équipes sont désormais stabilisées et pleinement opérationnelles. Les agents de la MDPH ayant gagné en expérience et maîtrisant l'ensemble des compétences requises pour l'exercice optimal de leurs fonctions, leur performance générale en a été significativement améliorée, avec pour l'année 2012 des délais moyens d'instruction des demandes « adultes » et « enfants » ramenés respectivement à 2,8 et 3 mois, inférieurs aux moyennes nationales.

**RÉPONSE COMMUNE DU PRÉSIDENT DU GROUPEMENT
D'INTÉRÊT PUBLIC DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES
PERSONNES HANDICAPÉES DE LA DORDOGNE ET DU CONSEIL
GÉNÉRAL DE LA DORDOGNE**

Je note que le rapport prend en compte les observations formulées précédemment sur la synthèse des contrôles réalisés par la Chambre régionale des comptes d'Aquitaine auprès des cinq MDPH de la région.

Le rapport fait ainsi état des délais dans lesquels les maisons départementales ont dû se mettre en place, de la contrainte particulière liée à l'augmentation constante de leur activité et aux évolutions législatives et réglementaires successives, nécessitant une adaptation permanente de leur fonctionnement.

Il met également en avant les améliorations indéniables apportées par les MDPH par rapport aux COTOREP et CDES, notamment en ce qui concerne l'accueil des personnes en situation de handicap, ainsi que les efforts d'adaptation et les capacités d'innovation mises en œuvre par les groupements d'intérêt publics.

Je prends note des marges de progression constatées en matière d'information et de communication : les efforts déjà entrepris dans ces domaines seront poursuivis.

La Cour souligne également la difficile conciliation que doivent opérer les MDPH entre massification des demandes et personnalisation de la réponse à l'utilisateur, au plus près de ses besoins et attentes. Je réitère à cet égard le choix fait par la MDPH de la Dordogne de concentrer son dispositif d'accompagnement sur les situations les plus complexes et souhaite que des évolutions réglementaires puissent conforter la possibilité de traiter différemment les simples demandes d'ouverture de droits et les situations nécessitant de mobiliser partenariats et suivi médico-social soutenu.

Je prends acte des recommandations de la Cour :

- *Améliorer la fiabilité des données transmises à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) : ce travail est en cours dans le cadre de la mise en place du système d'information partagée sur l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH).*
- *Généraliser l'utilisation des référentiels d'évaluation : la MDPH continuera bien entendu, comme elle le fait depuis sa création, d'utiliser les outils réglementaires d'évaluation ainsi que les guides d'appui élaborés par la CNSA afin d'uniformiser les pratiques entre les départements.*
- *Mesurer l'effectivité des décisions des CDAPH et mobiliser davantage les outils de connaissance du handicap et des personnes*

handicapées : l'enquête réalisée annuellement auprès des établissements médico-sociaux pour recenser leurs listes d'attente et mieux connaître les caractéristiques des personnes accueillies se poursuit et a été complétée cette année d'un suivi individuel de toutes les décisions d'orientation en cours de validité. Ce travail de fond ne pouvait être réalisé qu'une fois l'organisation et le fonctionnement de la MDPH stabilisés. Toutefois, il serait souhaitable que cette fonction d'observation soit davantage soutenue et harmonisée à l'échelle nationale, chaque MDPH devant développer son propre dispositif, ce qui compliquera les comparaisons régionales et nationales.

Enfin, le rapport souligne le soutien indispensable des Départements aux MDPH pour leur permettre d'assurer leurs missions dans les meilleures conditions ; comme la Cour l'observe, « les MDPH les plus opérationnelles sont à cet égard celles qui sont adossées au Conseil général, voire imbriquées dans ses services ». Je ne peux que souscrire à cette affirmation, qu'une évolution future du statut des MDPH pourrait venir consacrer.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DE LA
GIRONDE ET DU PRÉSIDENT DU GROUPEMENT D'INTÉRÊT
PUBLIC DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES
HANDICAPÉES DE LA GIRONDE**

Je note avec satisfaction que le rapport souligne que, malgré les difficultés qui ont émaillé la mise en place des MDPH, ces dernières se sont installées avec succès dans l'organisation administrative et sont parvenues, dans un temps relativement bref, à remplir les missions premières que la loi leur a confiées, tout en faisant face par ailleurs à une augmentation spectaculaire de leur activité.

Les faiblesses pointées dans le rapport n'échappent, à l'heure actuelle, ni à la Commission Exécutive, ni à l'Assemblée Départementale que je préside.

En accompagnement des démarches de progrès déjà mises en place par la Directrice et les équipes de la MDPH, portant sur la rationalisation de l'organisation, sur la mise en place d'un suivi des décisions déjà opérationnel pour les enfants, ainsi que sur l'accompagnement des personnes dans l'élaboration et la formulation de leur projet de vie, la collectivité territoriale a engagé une réflexion globale sur l'évolution du GIP. Dans cette réflexion, l'organisation de l'accueil des personnes handicapées sur les territoires occupe une place prépondérante et devrait structurer l'organisation du futur Pôle de l'Autonomie, que le Conseil Général de la Gironde a en projet d'ériger dans les deux années à venir.

La question de l'évolution des systèmes d'information reste un sujet difficile. Les instances nationales devront être un appui fort des territoires pour leur évolution. A cet égard, la MDPH de la Gironde s'inscrit pleinement dans les réflexions conduites et participe activement aux travaux engagés par la CNSA à cette fin.

Au-delà de la simple évolution de ce système d'information, son interopérabilité avec les systèmes d'information des partenaires des MDPH est un point d'évolution central.

C'est grâce à cette interopérabilité aussi que la mission d'accompagnement par la MDPH de la personne handicapée pourra devenir effective. En effet, à ce jour, force est de constater que, face aux volumes d'activité que les MDPH se doivent d'absorber, et en l'absence d'outils technologiques adaptés, cette mission d'accompagnement dans la durée, voulue par le législateur de 2005, ne peut être assumée qu'à minima.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DES LANDES
ET DU PRÉSIDENT DU GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC
« MAISON LANDAISE DES PERSONNES HANDICAPÉES »**

Je tiens à vous informer, que certaines préconisations de votre rapporteur Aquitain sont déjà prises en compte, notamment, celles relatives à la mise en place d'un observatoire départemental du handicap.

Ce projet devrait se concrétiser au cours du premier semestre 2014, à partir d'un travail interne, qui porte notamment sur l'effectivité des décisions.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DE LOT-ET-
GARONNE**

Au regard de ce projet de rapport, et également en tant que Président du groupement d'intérêt public de la Maison des personnes handicapées de Lot-et-Garonne, je vous informe souscrire pleinement à la réponse formulée en date du 22 octobre 2013.

Après avoir fait face à une mise en œuvre plus ou moins difficile de la continuité d'un service public préexistant et pour lequel les fondements législatifs étaient bouleversés, les MDPH ont eu à développer des missions d'accueil, de communication, à faire face à la refonte d'un système informatique et à prendre en compte une évolution toujours croissante de leur activité avec des moyens mis à disposition qui n'ont pas évolué dans les mêmes proportions.

La période concernée par ce rapport est celle de la création et de la mise en route de la structure. La loi du 28 juillet 2011 a apporté quelques modifications au fonctionnement des MDPH amorçant une phase de maturation durant laquelle se développent des missions liées à l'observation, au suivi des décisions ou encore à la coordination des acteurs du handicap sur le territoire.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC
DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES
HANDICAPÉES DE LOT-ET-GARONNE**

INTRODUCTION

La MDPH de Lot-et-Garonne avait été contrôlée en 2011 et le rapport d'observations définitives communiqué aux membres de la COMEX le 4 octobre 2012 et à l'assemblée délibérante du Département le 8 novembre 2012.

Dans le chapeau introductif, après un rappel de l'historique de la création des MDPH et des missions qui leur ont été confiées par la loi du 11 février 2005, vous précisez que les MDPH n'ont été opérationnelles qu'en 2007. Il est à noter que dès 2006, elles ont évalué et instruit les demandes déposées par les usagers, certes dans des conditions différentes selon les départements, mais en Lot et Garonne plus de 12 000 demandes ont été instruites cette année-là, dans un délai moyen de moins de trois mois.

Concernant les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens qui étaient prévues dans la loi du 28 juillet 2011, celles-ci n'ont pas été signées, et les MDPH, au plan national, attendent toujours la parution des décrets d'application en la matière.

Enfin, le budget primitif 2009 de la MDPH 47 s'élevait à 23 000 euros en investissement et à 440 700 euros en fonctionnement (hors excédent reporté) soit un total de 463 700 euros et non 600 000 euros comme indiqué dans le tableau.

CHAPITRE I : les MDPH peinent à dépasser leur rôle de guichet

- Des progrès réels en matière d'accueil des usagers

Je note que vous soulignez les efforts engagés par la MDPH de Lot-et-Garonne en matière d'accueil et d'information des usagers.

En effet, un recrutement, combiné à des travaux de restructuration physique de l'accueil, ont permis d'améliorer la qualité du service rendu et la mise en œuvre, à compter de 2013, de permanences associatives.

Un livret d'accueil a également été créé, et des exemplaires sur CD et en braille ont été édités afin de les rendre accessibles. Enfin, des plaquettes thématiques sont en cours de création.

Des permanences d'accueil sont également organisées dans les centres médico-sociaux du département.

Concernant l'accueil téléphonique, la MDPH a changé son standard et repensé son organisation ; le taux de non réponse actuellement à l'accueil de la MDPH est de moins de 2 %. Deux niveaux d'accueil ont été mis en

place : 1^{er} niveau pour l'accueil simple, 2^{ème} niveau pour l'accueil individualisé pour l'accompagnement notamment à l'élaboration du projet de vie.

Enfin, l'accueil numérique, c'est-à-dire la création d'un site Internet, est en cours et devrait voir le jour dans le courant du premier semestre 2014.

- L'évaluation du service rendu

Le questionnaire de satisfaction mis à la disposition des MDPH par la CNSA s'avère trop compliqué à compléter pour les usagers, la CNSA en a pris acte et a prévu des groupes de travail pour revoir ce mode d'évaluation.

Je note que vous soulignez que dès 2007, la MDPH 47 avait mis en place des indicateurs d'activité.

- Le regard pluridisciplinaire

En Lot-et-Garonne, les équipes pluridisciplinaires existent depuis la création de la MDPH à savoir :

- équipe pluridisciplinaire adulte (demandes relatives à l'orientation professionnelle et allocation adulte handicapé),
- équipe pluridisciplinaire enfant (demandes relatives à l'orientation scolaire),
- équipe pluridisciplinaire PCH (demandes relatives à la PCH),
- équipes techniques (cartes, allocations diverses...).

Le projet de création de la cellule 16-25 ans est lancé ce qui permettra d'apporter un regard pluridisciplinaire sur ce public spécifique qui se situe à la charnière de la scolarisation et de l'insertion professionnelle.

○ L'accompagnement personnalisé de la personne handicapée

Depuis le 1^{er} janvier 2013, la MDPH de Lot-et-Garonne a mis en place un recensement des projets de vie exprimés par les usagers et propose dans ses procédures à chaque fois qu'un usager le demande, une rencontre afin de l'aider dans la formulation de ce projet de vie et de l'informer de ses droits.

Une visite à domicile est organisée pour toutes les demandes de PCH et un logiciel « accompagnement » a été développé afin de mieux recenser le nombre de personnes reçues à la MDPH. Les médecins, la psychologue, les travailleurs sociaux proposent des rendez vous à chaque fois que cela s'avère nécessaire.

Les PPC ne sont pas généralisés sauf pour la Prestation de compensation du handicap du fait de la masse importante de demandes instruites par l'équipe.

Un référent insertion professionnelle a été désigné en 2012 ; celui-ci participe aux équipes techniques, étudie et propose à la CDA les demandes d'AAH et d'orientation professionnelle.

Concernant l'orientation professionnelle, les décisions d'orientations professionnelles prononcées par la MDPH trouvent leurs limites dans la nature même des orientations possibles :

- orientation vers le marché du travail,*
- orientation en centre de rééducation professionnelle ou centre de pré-orientation,*
- orientation vers un ESAT.*

Les MDPH n'ont pas un accès direct aux prestations puisque l'AGEFIPH demande d'orienter les usagers vers Pôle emploi, ce dernier étant chargé d'orienter vers la prestation la plus adaptée.

Cette situation rend d'autant plus difficile l'accès aux dispositifs pour les personnes handicapées.

L'insertion des personnes handicapées dans le milieu ordinaire de travail relève d'une procédure réglementaire (obligation d'emploi de travailleurs handicapés) dont le cadre pourrait être plus prescriptif en matière d'emploi de travailleurs handicapés.

- Le traitement des demandes par la CDAPH
 - o *Le volume des dossiers déposés est considérable**

Il est effectivement difficile d'examiner individuellement toutes les demandes en CDAPH.

Sur les délais de traitement, la MDPH 47 traite les demandes dans un délai moyen de 2.5 mois pour les adultes et de 1 mois pour les enfants.

- o *Les CDAPH sont aujourd'hui perçues comme des chambres d'enregistrement*

A raison de plus de 18 400 demandes en 2012, il est effectivement difficile d'envisager de recevoir tous les usagers en CDAPH.

En Lot-et-Garonne, les commissions en formation simplifiée permettent de recevoir toutes les personnes qui le demandent notamment à l'occasion de recours gracieux et la commission plénière reçoit toutes les familles d'enfants handicapés qui le demandent.

- Les missions d'information

Le rôle d'observatoire du handicap n'est pas encore abouti à la MDPH 47, l'outil n'étant pas encore suffisamment adapté.

Les missions d'information ont été développées via des outils de communication.

Néanmoins, lors de la création des MDPH, la priorité a dû être donnée à l'instruction des demandes et à la formation des personnels qui n'étaient pas issus des COTOREP et CDES.

CHAPITRE II : Les conditions de fonctionnement ne garantissent pas l'égalité de traitement

- Le départ des agents de l'Etat a déstabilisé certaines MDPH

En Lot-et-Garonne, le maintien des agents de l'Etat a permis une transition en douceur de la COTOREP et de la CDES vers la MDPH.

De fait, les compensations attendues de l'Etat n'ont pas pesé dans le fonctionnement de la MDPH.

- Les MDPH sont confrontées à des difficultés de recrutement

La MDPH 47 se veut attractive et a mis en place, non seulement un régime indemnitaire calqué sur celui du Département, mais aussi depuis 2013 tous les avantages liés à l'action sociale du Département.

Néanmoins, les difficultés liées au recrutement de médecins poseront dans un avenir très proche d'importantes difficultés de fonctionnement aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation.

- La mise en œuvre des nouveaux droits à compensation

o La prestation de compensation du handicap

D'un point de vue général, les dépenses liées à la prestation de compensation du handicap pèsent de plus en plus fortement sur les budgets des départements, tandis que la compensation allouée par l'Etat via la CNSA n'évolue que marginalement.

En Lot-et-Garonne, l'équipe PCH est intégrée aux équipes du Conseil général.

La MDPH 47 constate que la Cour a pris acte de l'augmentation du niveau global des dépenses.

Le recul constaté en 2010 face à l'accroissement des demandes peut s'expliquer par une remise à plat, en lien avec les guides d'évaluation produits par la CNSA, des conditions d'octroi de l'aide humaine (par exemple : pas de service ménager dans l'aide humaine de la PCH).

La Chambre constate également que les dépenses par habitant sont supérieures aux moyennes et médianes et que la mise en œuvre de la PCH a été bien engagée sur le territoire départemental.

Enfin, la dégradation du taux d'accord peut venir du fait que plus la MDPH est connue et reconnue dans son rôle de guichet unique, plus les demandes sont multiples et, par voie de conséquence, un grand nombre d'entre elles est rejeté du fait de la non éligibilité à cette prestation. Un taux d'accord décroissant peut cacher un nombre croissant d'accords... .

Cette situation démontre que l'organisation de l'évaluation de la PCH au sein du Conseil général n'a pas d'incidence sur l'impartialité nécessaire à cette évaluation.

Concernant les référentiels et les procédures utilisées, le GEVA a été informatisé par la MDPH et va être déployé dès le mois de septembre 2013 sous forme de test puis opérationnel au 1^{er} janvier 2014.

- Le FDCH

Sur le département de Lot-et-Garonne, le FDCH fonctionne correctement grâce à la mobilisation de tous les financeurs ; en 2013 la Caisse d'allocations familiales y a été intégrée. Le comité de gestion a dû revoir les critères d'attribution des aides et a dû enregistrer le désengagement de l'un de ses partenaires, la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN).

- Les CDAPH doivent améliorer leurs procédures de décision

- Les décisions prononcées par la CDAPH ont une influence considérable sur les dépenses sociales des tiers*

La Cour recommande aux MDPH de mieux appréhender l'influence financière de leurs décisions. Cette recommandation doit néanmoins tenir compte du principe qui veut que les MDPH évaluent de façon stricte le besoin de compensation de la personne handicapée.

- Evaluation de la qualité des décisions de la CDAPH*

Concernant le fonctionnement des CDAPH et notamment, la « libéralité excessive » de certaines MDPH au regard de l'attribution de l'AAH, elle ne me semble pas attestée en Lot-et-Garonne. L'Etat, en la présence du représentant de la DDCSPP, siège à la CDAPH et a donc la possibilité de porter un regard sur les conditions d'octroi de cette allocation.

En Lot-et-Garonne, en concertation avec la DDCSPP, lors de chaque CDAPH, plusieurs dossiers sont présentés afin de permettre à la CDA de prendre sa décision en toute connaissance de cause.

L'arbre de décision est utilisé afin de mesurer la Restriction Substantielle et Durable d'Accès à l'Emploi (RSDAE).

- Depuis 2013, la MDPH a désigné deux conciliateurs et active une conciliation à chaque demande. Il convient de rappeler que cette mission est confiée à des personnes bénévoles sur la base du volontariat.

En Lot-et-Garonne, la mise en œuvre d'une procédure d'analyse des recours nécessiterait de trouver la ressource en interne pour assumer cette mission ce qui n'est pas actuellement envisageable.

- Le suivi de l'effectivité des décisions

Ce travail est prévu dans le schéma départemental du handicap adopté par le Conseil général en 2011 et doit débiter par la gestion partagée des listes d'attente avec les établissements.

- La fiabilité des données collectées

- Les états financiers sont peu transparents

Il est à noter qu'avant 2008 coexistaient deux systèmes d'informations et que durant plus d'un an, un travail d'unification des données dans un système d'information unique a été élaboré.

Les comptes administratifs consolidés transmis chaque année à la CNSA intègrent les charges de fonctionnement indirectes supportées par les signataires de la convention constitutive du GIP. Ces états ont connu des évolutions de 2006 à aujourd'hui au fur et à mesure des besoins de recensement identifiés par la CNSA. Celle-ci fait un contrôle de cohérence sur toutes ces données chiffrées ce qui relève quand même d'une volonté d'harmoniser les remontées statistiques qu'elle exploite par la suite.

- Les données d'activité

L'encadré sur le Lot-et-Garonne comporte des erreurs en 2009 ; AAH : 703 premières demandes, 1 850 réexamens soit un total de 2 553 demandes.

Quelques erreurs se sont effectivement glissées mais qui avaient été rectifiées au fur et à mesure du déroulement du contrôle.

La MDPH a été la deuxième MDPH de France à entrer en production dans le SIPaPH voulu par la CNSA ce qui permet de faire des remontées automatisées de nos éléments d'activité et donc évite les erreurs de saisie.

Au fur et à mesure de l'évolution des demandes de la CNSA, la MDPH 47 a fait évoluer son système d'informations, le Conseil général ayant développé en interne le logiciel.

Enfin, sur les modalités de calcul du délai moyen de traitement, nous respectons strictement les dispositions de la CNSA à savoir qu'un dossier est recevable à compter du jour où la demande comprend : le formulaire Cerfa, la pièce d'identité, le certificat médical et le justificatif de domicile. C'est

cette date qui est la date de début du délai d'instruction de la demande. La Chambre n'a pas validé cette explication.

CONCLUSION

La MDPH de Lot-et-Garonne a été contrôlée par la Chambre régionale des comptes en 2011 et a apporté de nombreuses réponses aux questions qui lui ont été posées.

La loi du 11 février 2005 se veut ambitieuse afin de répondre aux attentes des usagers dans des champs d'intervention qui n'existaient pas auparavant.

Après avoir fait face à une mise en œuvre plus ou moins difficile de la continuité d'un service public qui existait déjà et pour lequel les fondements législatifs étaient bouleversés, les MDPH ont eu à développer des missions d'accueil, de communication, à faire face à la refonte d'un système informatique et à prendre en compte une évolution toujours croissante de leur activité avec des moyens mis à disposition qui n'ont pas évolué dans les mêmes proportions.

La période concernée par ce contrôle était celle de la création et de la mise en route de la structure. La loi du 28 juillet 2011 a apporté quelques modifications au fonctionnement des MDPH.

La phase qui s'est amorcée à partir de 2011 constitue une phase de maturation durant laquelle se développent des missions liées à l'observation, au suivi des décisions ou encore à la coordination des acteurs du handicap sur le territoire.

Enfin, sans l'appui du Département, la MDPH de Lot-et-Garonne n'aurait pas pu assumer ses missions dans de bonnes conditions.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL
DES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES ET DU PRÉSIDENT DU
GROUPEMENT D'INTÉRÊT DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE
DES PERSONNES HANDICAPÉES DES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES**

Comme demandé, vous trouverez ci-dessous les modifications que je vous propose d'apporter :

- *Rajouter après le paragraphe sous l'encadré relatif à l'antenne de Bayonne : Néanmoins, même en favorisant des horaires adaptés et en continu sur la journée comme dans les Pyrénées-Atlantiques (9h-17h du lundi au jeudi et 9h-16h le vendredi), l'accueil n'est pas pour autant aussi diffus qu'il pourrait l'être.*
 - *Après le paragraphe « Dans les Pyrénées Atlantiques en revanche... » qui évoque les attributions de l'AAH, il me semble qu'il serait pertinent de faire le lien avec le rapport DRESS sorti en décembre : La prévalence d'allocataires AAH dans le département des Pyrénées-Atlantiques pourrait s'expliquer par les facteurs tels que : la ruralité, le vieillissement et le nombre d'établissements développés sur le département.*
-